

la Lettre

**Violences faites aux femmes :
se former en e-learning**

p. 12

**Refus de soins : les solutions
du défenseur des droits**

p. 13

**Le deuxième rapport de l'Ordre
sur l'accès aux soins**

p. 6



EUROPE CE QUE BRUXELLES PRÉPARE



5

L'ÉVÉNEMENT

Stabilité de la cotisation ordinale en 2019

ACTUALITÉS



- 6** SANTÉ PUBLIQUE
Près de 50 réseaux bucco-dentaires en France
- 9** COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES
Non, les assistants ne peuvent pas réaliser de radios !
- 10** STAND ADF
L'UIO et l'accès aux soins à l'honneur
- 12** VIOLENCES FAITES AUX FEMMES
Se former en e-learning
- 13** REFUS DE SOINS
Les solutions du défenseur des droits
- 16** EN BREF



17

DOSSIER

EUROPE

Ce que Bruxelles prépare

JURIDIQUE

- 26** RESPONSABILITÉ MÉDICALE
La charge de la preuve plus légère pour le praticien ?
- 31** CONSEIL D'ÉTAT
Pas de QPC sur la motivation des sanctions disciplinaires



LA LETTRE EXPRESS

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

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





La communication est l'affaire de tous

L'Ordre existe depuis plus de 70 ans, et jamais les chirurgiens-dentistes n'en ont eu autant besoin qu'aujourd'hui. Confrontés à un secteur de la santé en pleine mutation, à des tensions économiques croissantes, à des contraintes administratives draconiennes, à des attentes de patients de plus en plus exigeants, les praticiens doivent pouvoir compter sur un soutien déontologique, dynamique et confraternel de la part de leur Ordre.

Ce soutien pour une médecine bucco-dentaire de qualité et un accès aux soins pour tous, c'est le rôle premier de l'Ordre. Il l'assume à travers sa capacité à administrer et à réguler la profession, dans le cadre de sa mission de service public. Pourtant, ce rôle essentiel n'est pas toujours bien perçu ou bien compris par les confrères et le grand public. C'est pour l'amélioration de la communication que l'Ordre doit œuvrer. Cette ambition va mobiliser l'instance ordinale elle-même avec ses élus départementaux et régionaux, mais aussi l'ensemble de nos consœurs et de nos confrères qui, tous les jours, assurent leur mission de santé publique avec dévouement et compétence.

« LES CHIRURGIENS-DENTISTES DOIVENT POUVOIR COMPTER SUR UN SOUTIEN DÉONTOLOGIQUE, DYNAMIQUE ET CONFRATERNEL DE LA PART DE LEUR ORDRE. »

Il est en effet essentiel que chaque praticien, dans son exercice, soit le relais de cette communication en donnant de lui-même et, à travers lui, de la profession une image positive et valorisante.

Le terme « communication », parfois galvaudé et dévoyé notamment sur les réseaux sociaux, est devenu ambigu, et son art est difficile ! C'est avant tout le message d'une personne ou d'une profession destiné à faire valoir ce que l'on fait et ce que l'on est. Mais elle doit être associée à la qualité de l'écoute, et donc à l'empathie, ce qui requiert de l'intuition, de la sensibilité et de la disponibilité. Je suis persuadé que les chirurgiens-dentistes, dévoués à leur profession, sont en capacité de communiquer positivement sur leurs compétences et leur passion avec leurs patients. La solution à nos problèmes ne se trouvera pas dans l'isolement de nos idées, mais dans la communication et l'ouverture aux autres.

Je voudrais également, au nom de tout le Conseil national, vous souhaiter une bonne et belle année 2019.

Serge Fournier
Président du Conseil national

Rejoignez l'Ordre sur sa page Facebook

The image shows a screenshot of the Facebook page for the Ordre national des chirurgiens-dentistes. The page features a purple header with the organization's name and a search bar. Below the header is a collage of diverse people's faces. The main content area includes a video player with the title "VIDÉO - Quelle formation pour devenir chirurgien-dentiste?", a "Communauté" section showing 2,901 likes and 3,595 followers, and an "À Propos" section with contact information: 22, rue Émile-Mérion (5,43 km), 75116 Paris, France. The page also displays the organization's logo and a navigation menu on the left side.



Ordre national des chirurgiens-dentistes

Stabilité de la cotisation ordinale en 2019

Comme l'Ordre s'y était engagé, et grâce à une politique de maîtrise des dépenses, la cotisation ordinale n'augmente pas en 2019. Elle baisse même dès cette année pour les praticiens retraités.

Conformément aux engagements pris par le Conseil national, la cotisation ordinale n'augmente pas pour les praticiens en 2019. Elle reste fixée à 422 euros, montant inchangé depuis 2017. À cette stabilité, et toujours conformément aux engagements pris, s'ajoute la baisse de la cotisation des praticiens retraités dès cette année. Cette cotisation passe de 211 euros en 2018 à 115 euros en 2019. Pour l'institution ordinale en effet, il n'était pas question de maintenir le niveau de cotisation pour ces praticiens qui souhaitent maintenir le lien avec l'institution ordinale, entre autres en continuant à recevoir *La Lettre* de l'Ordre, et rester ainsi au plus près de l'actualité de la profession. En pratique, afin de permettre aux conseils départementaux et régionaux d'exercer pleinement leurs missions, c'est la part du Conseil national qui a été supprimée de cette cotisation des retraités.

Ce choix de stabilité et de diminution était l'un des objectifs posés par la nouvelle équipe du Conseil national dès son élection en juin 2018. Il est la conséquence

d'une politique d'économies et de maîtrise des dépenses que le bureau du Conseil national a impulsée dès le second semestre 2018.

RIGUEUR, EFFICACITÉ, MUTUALISATION

En effet, le mot d'ordre du président, Serge Fournier, avec les trésoriers, Guy Naudin et Jean-Baptiste Fournier, tient en trois points essentiels : rigueur, efficacité et mutualisation des dépenses entre les différents échelons ordinaires. Cette politique, qui a commencé à s'appliquer, a per-

mis de dégager des marges de manœuvre qui ont rendu cette décision possible, tout en maintenant les équilibres, notamment pour les conseils départementaux dont les finances sont parfois fragiles.

Rappelons que depuis 2018, c'est le Conseil national qui prend désormais en charge le recouvrement des cotisations et non plus les conseils départementaux.

Enfin, le Conseil national invite les praticiens à résolument privilégier le paiement en ligne (*lire l'encadré*). Ce mode de règlement, simple et efficace, doit devenir la règle. ■

Paiement en ligne, mode d'emploi

Simple, rapide, sûr, le paiement en ligne de la cotisation ordinale, mis en place voilà un an à partir de notre site www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr est appelé à devenir le moyen de règlement le plus courant. Pour ce faire, il vous suffit, muni de votre appel à cotisation, de vous rendre sur le site de l'Ordre et de cliquer sur le lien « *Payer la cotisation ordinale* » (colonne de gauche de la page d'accueil, rubrique « *Informations professionnelles* »), qui vous renvoie sur notre plate-forme sécurisée par laquelle vous pouvez également obtenir votre attestation de paiement.

POPULATIONS VULNÉRABLES PRÈS DE 50 RÉSEAUX BUCCO-DENTAIRES EN FRANCE



Dans sa deuxième édition présentée lors du Congrès de l'ADF, le rapport *Accès aux soins bucco-dentaires* du Conseil national montre une réelle dynamique engagée par la profession en faveur des populations vulnérables. Le mouvement est lancé ; il faut le poursuivre.

En 2018, un Français sur cinq n'accède pas (ou plus) aux soins bucco-dentaires sur le territoire national. Schématiquement, un premier tiers de ces exclus de la santé est en situation de handicap, le deuxième tiers est constitué de personnes âgées dépendantes, et le dernier tiers de personnes en situation de précarité. « *Nous ne pouvons pas rester impavides face à ces données : derrière les chiffres, des hommes et des femmes vivent dans la détresse* », explique Dominique Chave, secrétaire générale du Conseil national et présidente de la commission de la vigilance et des thérapeutiques. De fait, depuis 2011, le Conseil national se mobilise sur ce grand enjeu que constitue l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous. Deux commissions travaillent sur ce dossier au Conseil national : le pôle Patients, présidé par Christian Winkelmann, et la commission citée ci-dessus conduite par Dominique Chave.

UNE CARTOGRAPHIE PRÉCISE DE L'OFFRE DE SOINS

En pratique, l'équipe du Conseil national a procédé à une mise à jour complète du recensement des associations et des réseaux de soins engagés dans la prise en charge des personnes en situation de handicap, de précarité et de dépendance. Un travail qui s'est traduit par la publication du deuxième rapport de l'Ordre sur l'accès aux soins bucco-dentaires. Ce document propose une « *cartographie précise de l'offre et de la demande de soins sur le territoire qui va au-delà d'un simple travail de recensement. Il s'agit en effet de fédérer les énergies et d'aider au développement d'un maillage complet du territoire* », précise Dominique Chave.

Au total, l'Ordre a répertorié 46 réseaux de soins bucco-dentaires à partir des remontées d'informations des référents Handicap ordinaires présents dans chaque département, consolidées par les coordinateurs régionaux de l'Ordre. Précisons que ces données, en accès libre via le forum d'accès aux soins sur le site de l'Ordre, permettent d'orienter le patient (ou ses proches) à la recherche d'une prise en charge spécifique⁽¹⁾. Le rapport 2018 *Accès aux soins bucco-dentaires* présente également cinq dispositifs particulière-



« Il faut fédérer les énergies pour aider au développement d'un maillage complet sur le territoire. »

DOMINIQUE CHAVE, secrétaire générale du Conseil national



ment remarquables qui œuvrent en ce sens au quotidien. Les actions de l'UFSBD, du CLD (Collectif de lutte contre la dénutrition), des réseaux O-Rares et SBDH-RA (Santé bucco-dentaire et handicap-Rhône-Alpes) ainsi que de l'association Solident font ainsi l'objet d'une présentation détaillée⁽²⁾.

S'agissant du maillage territorial, une cartographie réalisée par l'Ordre montre clairement que les efforts doivent se poursuivre. Pour faire avancer ce chantier prioritaire, l'Ordre s'est engagé autour des sept axes de travail présentés ci-dessous.

1. Améliorer la formation initiale et continue

L'amélioration de la formation passe notamment par la réforme des DES, en particulier celui de médecine bucco-dentaire. « *Le rendez-vous est d'ailleurs pris entre l'Ordre et les universitaires qui se réuniront début 2019 pour réfléchir ensemble sur cette thématique* », indique Dominique Chave. >>>

»»» 2. Développer des techniques spécifiques

Il s'agit de former au sein des réseaux existants :

- des praticiens aux soins bucco-dentaires spécifiques (Méopa, hypnose, anesthésie générale sans intubation, etc.);
- des praticiens à la télémédecine, notamment au prédiagnostic à distance et à la télé-expertise avec des centres experts. Pour Dominique Chave, la télémédecine bucco-dentaire constitue un « levier pertinent pour améliorer l'accès aux soins, en particulier pour les résidents en Ehpad. Mais il faut aller plus loin, souligne-t-elle : les dépistages doivent systématiquement être suivis de soins lorsque ceux-ci s'avèrent nécessaires ».

3. Développer les centres ressources

Chaque territoire devrait disposer d'un centre ressources (service hospitalier, réseau, structure dédiée, etc.). Pour ce faire, il est indispensable de créer de nouvelles antennes odontologiques hospitalières, dispositif permettant de former les d'étudiants et de soigner les patients établis dans des déserts médicaux. S'agissant des patients précaires, l'Ordre milite pour la création dans les CHU de consultations odontologiques Pass (permanences d'accès aux soins de santé). Une Pass permet la prise en charge médicale et sociale des personnes dont l'accès aux soins est entravé, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie ou de leurs difficultés financières.

4. Développer des unités mobiles de soins

Il est question ici de bus dentaires et de cabinets démontables gérés ou adossés à des structures sociales (Croix-Rouge, Médecins du monde, Bus social dentaire).

5. Créer des postes de praticiens hospitaliers

L'Ordre milite pour que les services hospitaliers d'odontologie s'ouvrent aux praticiens libéraux et pour la création de postes de praticiens hospitaliers. Des plateaux techniques adaptés doivent ainsi être mis à la disposition des praticiens libéraux.

6. Identifier des partenaires financiers

En premier lieu, l'Ordre plaide depuis des années pour que la prise en charge des transports vers les cabinets dentaires libéraux ou les structures dédiées soit effective sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, un dialogue doit se nouer avec les Agences régionales de santé (ARS) qui ont la possibilité de débloquer des financements pour le développement d'actions d'accès aux soins. Les Unions régionales des professionnels de santé peuvent par ailleurs constituer des leviers utiles pour la formation des praticiens. Enfin, il s'agit de trouver des solutions de financement pour pérenniser l'ensemble de ces actions.

7. Les autres actions

Le Conseil national, en concertation avec les coordinateurs régionaux et les référents Handicap, élabore des protocoles destinés à accompagner les conseils ré-

gionaux de l'Ordre dans leurs échanges avec les ARS. Il travaille également sur le chantier de l'allègement du dispositif administratif dans le cadre de la prise en charge pour libérer du temps médical.

ÉVITER LES CONSÉQUENCES INVALIDANTES DES SOINS TROP TARDIFS

Le chantier de l'accès aux soins ne peut avancer sans l'implication de tous les acteurs de la santé bucco-dentaire : chirurgiens-dentistes salariés, libéraux, en cabinet de ville ou à l'hôpital, universitaires, associations d'usagers, monde médico-social et pouvoirs publics. Adressé aux organismes institutionnels et aux associations de santé (ministères, ARS, Ehpad, MPDH, etc.), le rapport *Accès aux soins bucco-dentaires* a pour objectif de créer et/ou de soutenir le développement des dispositifs les plus pertinents et basés sur des modèles efficaces. Avec une ambition, que rappelle avec force Dominique Chave : « Ces populations doivent avoir accès, comme tout un chacun, à une qualité de soins optimale. Un enjeu qui passe par la prévention et les soins conservateurs afin d'éviter autant que possible les thérapeutiques invalidantes telles que les avulsions multiples consécutives à des soins trop tardifs. » ■

(1) Des fiches élaborées pour chaque département peuvent être consultées sur <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/index.php/fiches-recensement-cdo/>

(2) Télécharger le rapport à partir de ce lien <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/espace-presse.html>

Non, les assistants ne peuvent pas réaliser de radios !

Contrairement à une rumeur qui circule, les assistants dentaires ne sont pas habilités à déclencher un appareil générant des rayonnements X.



de santé à la radioprotection des patients, ne mentionne pas les assistantes dentaires parmi les professionnels concernés.

Un assistant dentaire qui réalise des clichés radio peut se voir poursuivi pour exercice illégal de la profession de chirurgien-dentiste ou de manipulateur en électroradiologie médicale et encourt jusqu'à deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende ⁽²⁾. ■

(1) Article R. 1333-68 du CSP.

(2) D'après l'article L. 4161-5 du CSP.

En aucun cas un assistant dentaire n'est autorisé à prendre des clichés à partir des appareils générateurs de rayons X. Le Code de santé publique (CSP) est très clair sur la question : « *L'emploi des rayonnements ionisants sur le corps humain est réservé aux médecins et chirurgiens-dentistes justifiant des compétences requises pour réaliser des actes utilisant des rayonnements ionisants et, dans les conditions définies à l'article L. 4351-1, aux manipulateurs d'électroradiologie médicale* ⁽¹⁾. »

D'ailleurs, l'Autorité de sûreté nucléaire, dans sa décision n° 2017-DC-0585 du 14 mars 2017, qui encadre le dispositif de formation continue des professionnels

Assistants dentaires : s'inscrire à l'ARS

Comme tout professionnel de santé, les assistants dentaires doivent être enregistrés dans le répertoire Adeli, ce qui passe par une inscription formelle à l'Agence régionale de santé (ARS) dont ils dépendent. Mais certaines ARS semblent demander des pièces justificatives qui ne correspondent pas à la situation.

Voici la liste des justificatifs que l'assistant dentaire doit fournir :

- Un document attestant de son identité ;
- Le document attestant de son titre de formation ou de son autorisation d'exercer ⁽¹⁾ ;
- Le formulaire Cerfa n° 10906*07, disponible en téléchargement ⁽²⁾, dûment complété.

Le Conseil national recommande aux assistants dentaires de se renseigner auprès de l'ARS dont ils dépendent avant tout déplacement ou tout envoi postal.

(1) Article L. 4393-17 du CSP.

(2) www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/R18714



ADF : l'UIO et l'accès aux soins à l'honneur

Dans un stand de l'Ordre aux couleurs de son nouveau logo et exposant l'uniforme des experts de l'Unité d'identification odontologique (UIO), les conseillers nationaux ont répondu aux interrogations des praticiens et présenté le dernier rapport sur l'accès aux soins bucco-dentaires.

Le Congrès 2018 de l'ADF a été une très belle édition pour le Conseil national. De nombreux confrères et consœurs ont été reçus sur le stand de l'Ordre par les conseillers nationaux et leurs collaborateurs. Un stand relooké à l'image du nouveau logo de l'Ordre. Aux manettes, Serge Fournier, président de l'Ordre, et sa nouvelle équipe ont échangé avec les praticiens et les conseillers ordinaires venus de toutes les régions. En pratique,

nombreux ont été les praticiens désireux d'obtenir des informations concrètes au sujet des contrats d'exercice. Leurs interrogations portaient notamment sur le fonctionnement des Selarl, les contrats de collaboration et la fiscalité. Plus largement, le règlement général sur la protection des données (RGPD) et la publicité ont été les deux sujets majoritairement abordés au cours de cette édition du congrès. Cette année, outre la nouvelle iden-



Les membres de l'UIO portent désormais une tenue pour être identifiés par les autorités et intégrer le dispositif judiciaire.

tité visuelle de l'Ordre, l'Unité d'identification odontologique (UIO) était à l'honneur. Rappelons brièvement que l'UIO rassemble les experts en identification odontologique et coordonne leur action



auprès de la puissance publique en cas de catastrophe. Les praticiens intéressés ont ainsi pu obtenir la procédure pour intégrer l'UIO et bénéficier du retour d'expérience de ses membres. Autre événement, la deuxième édition du rapport sur l'accès aux soins bucco-dentaires

a été présentée lors du congrès. Réalisée par la commission de la vigilance et des thérapeutiques et le pôle Patients du Conseil national, elle propose un recensement des actions et une feuille de route établissant des axes de travail. Enfin, le Bus dentaire, cette année encore,

était présent sur le stand de l'Ordre. Soulignons que cette association, créée à l'initiative du Conseil national et qui a pour objet de faciliter l'accès aux soins des plus démunis à Paris et dans sa région, est constamment à la recherche de praticiens bénévoles... ■

L'Ordre dans la course!

Le 30 novembre dernier, en marge du Congrès ADF, une délégation d'une quinzaine de membres de l'Ordre et leurs collaborateurs, emmenée par Serge Fournier, président du Conseil national, a participé au Dental Run Care. Ensemble, ils ont éprouvé leurs tennis pendant les cinq kilomètres du parcours pour lever des fonds en faveur d'Handident Nord, une association dont l'objectif consiste à faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires et à développer la prévention auprès des personnes en situation de handicap. Les participants à cet événement étaient coachés par Ladji Doucouré, champion du monde du 110 mètres haies en 2005 à Helsinki.



L'équipe du Conseil national avec son coach du jour, le champion Ladji Doucouré.



Avec Steve Toupenay (à gauche), le D^r Serge Podpovitny, marathonien (Bretagne), et le D^r Anne-Laure Roux, traileuse (Savoie), ont joué le rôle de « lièvre » lors du Dental Run Care, au bénéfice d'Handident.

Violences faites aux femmes : se former en e-learning

Le Conseil national a développé un outil permettant aux praticiens de mieux repérer, prendre en charge et orienter les patientes victimes de violences.

Parce que les professionnels de santé, et parmi eux les chirurgiens-dentistes, sont en première ligne dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences, l'Ordre s'est particulièrement impliqué dans ce combat porté par la Miprof (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains). Ainsi, depuis quelques semaines, sur <http://formation.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>, les praticiens ont la possibilité de suivre une formation destinée à mieux repérer, prendre en charge et orienter les patientes victimes de violences. Réalisée par le Conseil national en étroite collaboration avec la Miprof, cette formation à distance d'une durée de deux heures est gratuite et réservée aux chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'Ordre.



Lors des 6^{es} Rencontres interprofessionnelles de la Miprof, Marlène Schiappa a salué l'implication de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Elle a pour ambition de permettre aux praticiens de respecter, sans trop de contraintes, l'obligation désormais faite aux professionnels de santé de suivre une formation sur cet enjeu de société. En pratique, la formation se compose de trois modules :

- Les violences faites aux femmes ;
- Le rôle du chirurgien-dentiste ;
- L'action du chirurgien-dentiste.

La formation peut être interrompue à la fin de chaque module pour être reprise ultérieurement. Une attestation peut être éditée par le praticien à l'issue de sa formation. À noter: les chirurgiens-dentistes doivent s'identifier une première fois et définir un mot de passe

avant de commencer la formation. Le déploiement de ce dispositif, porté par Geneviève Wagner, conseillère nationale, Christian Winkelmann, vice-président du Conseil national, et Jean-François Largy, président de l'Ordre de la Côte-d'Or, a été salué lors des 6^{es} Rencontres interprofessionnelles de la Miprof le 21 novembre dernier. En clôturant les travaux, Marlène Schiappa, secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, a en effet souligné l'implication de l'Ordre et relevé que notre profession médicale a été l'une des premières à proposer une formation en ligne pour ses ressortissants. ■



Christian Winkelmann (micro), à sa gauche, Geneviève Wagner et Jean-François Largy, aux 6^{es} Rencontres de la Miprof.



Refus de soins : les solutions du défenseur des droits

Un document en ligne destiné aux professionnels de santé vise à lutter contre les refus de soins. S'il rappelle les obligations des praticiens, il propose aussi des réponses pour réduire les risques de difficultés administratives.

Le défenseur des droits a fait de la question des refus de soins un de ses axes majeurs de travail. Pour marquer cet engagement, il vient d'éditer une fiche pratique à destination des professionnels de santé visant à lutter contre les pratiques discriminatoires de soins. Ce document, téléchargeable sur son site ⁽¹⁾, se décline en cinq volets :

- Qu'est-ce qu'un refus de soins ?
- Les refus de soins, une réalité !
- Que dit la loi ?

- Quels sont les différents types de refus de soins illégaux ?
- Comment améliorer sa pratique ?

Dans ce document, le défenseur des droits déplore que les refus de soins soient « *plus nombreux dans les territoires urbains [et] plus fréquents chez les médecins spécialistes ou les chirurgiens-dentistes* ». De fait, les refus de soins discriminatoires constituent des pratiques illégales et contraires à la déontologie des pro- >>>

»»» fessionnels de santé. S'ils sont le fait d'une minorité, ils entachent l'image d'une profession tout entière.

Christian Winkelmann, vice-président du Conseil national et président de la commission d'évaluation des pratiques de refus de soins, rappelle que «*la dimension sociale ne doit pas être négligée par les praticiens. La prise en charge des personnes en situation de handicap ou bénéficiaires d'une protection complémentaire (CMU-C, ACS et AME) doit être assurée par l'ensemble de la profession*» (lire son interview p. 13).

DISCRIMINATION DIRECTE ET INDIRECTE

En pratique, la fiche rappelle le distinguo entre discrimination directe et discrimination indirecte. Le refus de soins constitue une discrimination directe lorsque le professionnel de santé refuse de recevoir un patient du fait de sa protection sociale (CMU-C, ACS et AME) ou en raison d'un motif discriminatoire (état de santé, orientation sexuelle, handicap, etc.). Le plus souvent, il relève d'une discrimination indirecte et se manifeste de différentes manières :

- des orientations répétées et non justifiées vers un autre confrère, un hôpital ou un centre de santé, sans raison médicale particulière;
- des refus d'établir des devis;
- un rendez-vous proposé dans un délai anormalement long;
- un comportement discriminatoire, intentionnel ou non, caractérisé par des conditions différentes de prise en charge selon les patients (consultations en fin de journée, etc.).

Ce que dit le Code de déontologie

Article R. 4127-211

du Code de la santé publique (CSP)

« Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »

Article R. 4127-232 du CSP

« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :

1. *De ne jamais nuire de ce fait à son patient;*
2. *De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.*

Le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'article R. 4127-211. »

Article L. 1110-3 du CSP

« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du Code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du Code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles. »

Le document du défenseur des droits, s'il stigmatise ces pratiques, propose aussi une approche positive de la question. Ainsi, pour éviter de se placer dans une situation susceptible d'engendrer un refus de soins, il expose certaines pistes détaillées ci-dessous :

- **Pour éviter tout malentendu**, le praticien doit systématiquement s'informer sur les droits dont bénéficient les patients.
- **Il doit également s'assurer que les droits du patient** sont à jour afin d'éviter toute difficulté administrative. Si un patient n'est pas en possession de sa carte Vitale ou si elle n'est pas actualisée, le praticien peut recourir au dispositif de téléservice gratuit « *Acquisition des droits intégrés* » (Adri) de l'assurance maladie qui permet d'obtenir les droits à jour des patients.
- **Afin de réduire au minimum les rendez-vous manqués**, le praticien peut proposer différents modes d'organisation tels que des rappels de rendez-vous par SMS ou par mail et des plages de consultation sans rendez-vous.
- **Le praticien peut rappeler sur une affiche installée dans la salle d'attente** qu'en cas d'empêchement les patients doivent annuler leur rendez-vous.

Rappelons que le défenseur des droits peut réaliser, dans le cadre d'une enquête, des tests téléphoniques auprès d'un cabinet dentaire afin de vérifier l'existence d'une pratique discriminatoire lors de la prise de rendez-vous fondée sur le statut de bénéficiaire d'une aide de l'État. ■

(1) <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/fiches-thematiques/fiche-pratique-les-refus-de-soins>

TROIS QUESTIONS À CHRISTIAN WINKELMANN

Vice-président du Conseil national, président du pôle Patients et de la commission d'évaluation des pratiques de refus de soins



Quel est le rôle de la commission Refus de soins ?

En mai 2017, le Conseil national a créé la commission d'évaluation des pratiques de refus de soins, en application de la loi Touraine. Son rôle consiste à en évaluer le nombre et la nature par les moyens qu'elle juge appropriés. Elle analyse la nature, les causes et les évolutions de ces pratiques, puis produit des données statistiques sur la base de ces analyses. Elle émet aussi des recommandations dont l'objectif consiste à y mettre fin et à améliorer l'information des patients. Précisons qu'elle ne peut statuer sur les situations individuelles.

Qui la compose ?

Cette commission est composée de chirurgiens-dentistes, de représentants des usagers du système de santé, d'un représentant du Fonds CMU et d'un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Les associations qui siègent dans la

commission sont Aides, l'Association des paralysés de France (APF), France Assos Santé, le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) et l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei).

La commission a-t-elle reçu des signalements depuis sa création ?

En un an, nous avons reçu huit signalements de refus de soins émanant d'associations de patients ou de patients eux-mêmes. La majorité des refus de soins sont opposés à des bénéficiaires de la CMU-C. Ces signalements nous ont été transmis par le défenseur des droits et ont été transférés au président du conseil départemental dont dépend le praticien mis en cause en vue d'une conciliation. Même si les refus de soins sont le fait d'une petite minorité de praticiens, leur nombre limité est probablement dû à un renoncement des patients à les rapporter. Enfin, nous avons relevé que l'absence de compréhension de notre langue peut conduire à un refus de soins dans la mesure où le praticien ne peut pas établir correctement l'anamnèse du patient et donc le prendre en charge. Il s'agit ici d'un refus de soins légal. Quoi qu'il en soit, le praticien doit faire en sorte que la continuité des soins soit assurée, en adressant par exemple le patient à un confrère.

La composition de l'UIO

- Estelle Genon, coordinatrice administrative, présidente de la commission d'Odontologie médico-légale;
- Steve Toupenay, membre et coordinateur opérationnel, secrétaire général du Conseil national;
- Vincent Vincenti, membre;
- Geneviève Wagner, membre.

Comité de validation des candidatures :

- Estelle Genon;
- Steve Toupenay;
- Bruno Foti, représentant universitaire;
- Guy Collet, président de l'Association française d'identification odontologique (AfiO);
- Jean-Baptiste Fournier, représentant du Conseil national;
- Christophe Bou, conseiller universitaire;

Conseillers:

- Estelle Genon;
- Steve Toupenay;
- Christophe Bou, conseiller universitaire;
- Gwénola Drogou, conseillère opérationnelle;
- Aïda Bencheikh, conseillère internationale.

Les chiffres 2018 du Mois sans tabac

L'édition 2018 du Mois Sans Tabac s'est achevée avec des résultats très encourageants : 242 579 personnes ont participé à cette édition, soit 54 % de plus qu'en 2017 !

Lancée pour la première fois en 2016, cette campagne d'aide à l'arrêt du tabac mise sur un « élan collectif en incitant les fumeurs à arrêter tous ensemble pendant 30 jours, au mois de novembre », explique l'agence Santé publique France.

Distinction honorifique : précision

Bernard Placé, président du conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques, a été promu au grade de Chevalier dans l'ordre national du Mérite, cette dernière information ayant été omise dans le texte consacré à sa distinction paru dans *La Lettre* n° 173.

Toutes nos excuses à l'intéressé.

AVIS DE RECHERCHE AFIO-ONCD

LOIR-ET-CHER

Un corps en état de décomposition avancée a été découvert le 4 décembre 2018 à Blois (41).

Signalement

Sexe : masculin
Type : caucasien
Âge : environ 50 ans
Taille : 174 cm
Corpulence : 64 kg



Cheveux : mi-longs, poivre et sel
Signe particulier : tatouage à l'avant-bras droit avec un cœur traversé par une flèche

Renseignements

Tous renseignements susceptibles de permettre l'identification de la personne sont à faire parvenir au chef de groupe pour la lutte contre les stupéfiants et l'économie souterraine du Loir-et-Cher :
Brigadier-chef Christophe Lebis – DDSP 41
christophe.lebis@interieur.gouv.fr

Éléments dentaires importants

Absence de dents au maxillaire.
Aucune prothèse complète retrouvée
Importants problèmes parodontaux du bloc incisivo-canin mandibulaire
Fracture de la totalité des couronnes anatomiques de 47-46-45-44-31-34
Perte ancienne de 35-36-37



EUROPE

CE QUE BRUXELLES PRÉPARE

**ÉVALUATION DES FORMATIONS, PUBLICITÉ, CAPITAUX, PROPORTIONNALITÉ :
LE SECTEUR DENTAIRE DÉPEND DE L'AGENDA EUROPÉEN. SI CERTAINS
DOSSIERS AVANCENT DANS LE BON SENS, D'AUTRES, COMME LE TEXTE
DE PROPORTIONNALITÉ OU L'OUVERTURE AUX CAPITAUX, FONT L'OBJET DE
LA PLUS VIVE VIGILANCE DE L'ORDRE ET DE SES HOMOLOGUES EUROPÉENS.**

>>>

CONTRÔLE DES FORMATIONS : LENTEMENT MAIS SÛREMENT

La Commission européenne va enfin lancer une révision de l'enseignement dentaire en Europe. Dans le même temps, l'Ordre, avec ses partenaires du monde dentaire, multiplie les initiatives pour renforcer le contrôle formel de la qualité des formations.

Enfin! La décision est prise : au printemps 2019, la Commission européenne entamera le lourd et nécessaire chantier de la mise à jour de l'enseignement dentaire en Europe. Il s'agit d'une très bonne nouvelle, appelée de leurs vœux par tous les acteurs dentaires européens. Cette adaptation fait consensus dans le secteur dentaire, comme le Conseil national de l'Ordre l'a d'ailleurs rappelé lors de sa rencontre avec la Commission européenne, à Paris, le 7 novembre dernier. Juridiquement, la mise à jour passera par une procédure courte qui limite le champ de la révision. Par exemple, l'allongement de la durée de la formation (cinq ans à ce jour) ne sera pas à l'agenda des discussions. La révision précisera le contenu des matières d'enseignement et en ajoutera certaines, comme, peut-être, la gestion d'un cabinet dentaire ou l'implantologie. À terme, ces matières actualisées seront communes aux 200 écoles dentaires de l'UE.

Cette révision s'appuiera sur une enquête de la Commission sur « l'évolution des besoins de formation dans les États membres, en tenant compte des progrès scientifiques et techniques » que la profes-



sion et l'enseignement ont connus depuis 2005 et sur une « *compréhension commune avec les parties prenantes concernées de la faisabilité et de la pertinence d'une éventuelle mise à jour* ». Si le calendrier de la Commission est tenu, la mise à jour pourrait s'effectuer vers l'été 2021.

CHI VA PIANO VA SANO E VA LONTANO

Lentement mais sûrement se constitue un véritable espace européen de l'enseignement supérieur. L'enseignement dentaire en Europe y contribue. Compte tenu de la mission ordinaire de veiller à la protection du public, la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators – Fedcar), dont l'Ordre français est cofondateur, propose d'approfondir cet espace et de renforcer le contrôle de la qualité de l'enseignement supérieur.

Ce sujet était évidemment sur la table lors de la réunion annuelle de la Fedcar à Paris, le 30 novembre dernier. David O'Flynn, président irlandais de la Fedcar, a souligné l'apport essentiel du CED (Council of European Dentists) ainsi que de l'Association for Dental Education in Europe (ADEE) et de l'European Dental Students' Association (Edsa), qui étaient invités à débattre lors de cette réunion. De fait, la régularité du dialogue entre le monde de la régulation et le monde académique se tisse désormais depuis quelques années. L'espace européen de l'enseignement supérieur le rend nécessaire.

LA « DIVERSITÉ » DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE

Ainsi que l'Edsa (European Dental Students' Association) l'a rapporté lors de la Fedcar en 2016, l'enseignement dentaire est inégal en Europe. L'enseignement clinique est parfois même à la peine dans certains établissements. L'enquête de l'Edsa ne liste pas les écoles les plus en délicatesse dans l'Union. À la suite des étudiants européens, l'ADEE a conduit à son tour une enquête auprès de plus de 80 établissements et a, notamment, pris acte de la diversité des financements, de l'accès aux nouvelles technologies, etc. Or, exception notable dans l'espace européen de l'enseignement supérieur, les diplômés d'art dentaire bénéficient d'une reconnaissance automatique. La « diversité » des enseignements n'y change rien, même en matière de formation clinique. On comprend évidemment pourquoi la confiance mutuelle dans la reconnaissance automatique en est affectée lors de l'inscription du praticien au tableau.

QUEL CONTRÔLE ?

Le contrôle de la qualité existe. Les ministres responsables de l'enseignement supérieur ont adopté en 2015 des critères de contrôle pour l'enseignement supérieur en Europe. Étant entendu que ces « *critères ne sont pas des normes de qualité* » et qu'ils ne prescrivent pas non plus la manière dont les processus, « *d'assurance qualité seront mis en œuvre* », ils fournissent néanmoins des « *orientations couvrant les domaines essentiels au succès de la qualité d'apprentissage dans l'enseignement supérieur* »⁽¹⁾. Quid de la France ? Stéphanie Tubert-Jeannin, présidente de l'ADEE, a évoqué, lors de la réunion de la Fedcar du 30 novembre, le système français. Elle a cité l'exemple de la faculté de Clermont-Ferrand – dont elle en est la doyenne –, où

la formation est évaluée tous les quatre ans avec un double rapport produit par la faculté elle-même et par un organisme externe. Elle a par ailleurs indiqué que l'ADEE participe à l'accréditation d'écoles dentaires depuis 1997 dans et hors l'UE. En somme, le contrôle de la qualité de l'enseignement dentaire n'est pas à créer en Europe. Il existe une volonté politique pour le mettre en œuvre et, dans le même temps, une expérience académique est en train de se consolider.

UNE ÉVALUATION PUBLIQUE, RÉGULIÈRE ET INDÉPENDANTE

Pour renforcer la qualité de l'enseignement dentaire en UE, deux solutions sont donc disponibles.

● **Primo : améliorer le contenu minimal de la formation en Europe.**



»»» En 2017, le CED a préparé une mise à jour des enseignements prévus par la directive 2005/36. La Fedcar l'a approuvé. L'ADEE, quant à elle, a préparé une mise à jour des compétences à acquérir (elle organise d'ailleurs un nouveau congrès sur l'enseignement dentaire en avril 2019 avec son homologue américain).

● **Secundo : renforcer juridiquement partout en Europe le contrôle de la qualité des formations.**

La Fedcar a ouvert auprès du CED, de l'ADEE et de l'Edsa une discussion sur l'organisation dans les États, chacun selon sa méthode, d'une «évaluation publique, régulière et indépendante» de toutes les institutions délivrant une qualification bénéficiant d'une reconnaissance automatique. Une fois le résultat de cette évaluation connu, il serait notifié à la Commission européenne. La Fedcar insiste sur ce triptyque fondé sur la triple dimension publique, régulière et indépendante.

Dans cette hypothèse, le contrôle n'aboutirait pas seulement à des notifications et à des recommandations. Chaque État, telle est la nouveauté proposée, devrait ainsi avoir le pouvoir de retirer la reconnaissance accordée aux institutions de sa juridiction qui ne respecteraient pas les normes requises pour former les étudiants à exercer en toute sécurité la médecine bucco-dentaire. L'approfondissement de l'espace européen de l'enseignement supérieur se poursuit. ■

(1) Ces critères et lignes directrices pour l'assurance qualité dans l'espace européen de l'enseignement supérieur sont disponibles en anglais dans le document « *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area (ESG)* ».

PUBLICITÉ SOUS CONTRÔLE

Pour la Cour de justice de l'Union européenne, la publicité ne doit pas porter atteinte à la dignité de la profession ni entamer la relation de confiance entre le chirurgien-dentiste et son patient.

Dans son arrêt Vanderborght du 4 mai 2017, la Cour de justice de l'UE (CJUE) considère que la directive sur le commerce électronique et la libre prestation de services s'oppose à la législation de la Belgique qui «interdit de manière générale et absolue» toute publicité relative à des prestations de soins bucco-dentaires, y compris au moyen d'un site Internet créé par un chirurgien-dentiste⁽¹⁾.

Consultée récemment sur la situation française par la chambre disciplinaire de première instance (CDPI) de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Midi-Pyrénées, la Cour répète la décision Vanderborght. Puisque selon l'actuel article R. 4127-215 du Code de la santé publique, «sont notamment interdits [...] tous procédés directs ou indirects de publicité», pour un chirurgien-dentiste en France, la CJUE condamne cette interdiction.

Dans son ordonnance rendue le 23 octobre 2018⁽²⁾, la CJUE indique que la directive sur le commerce électronique doit être interprétée comme s'opposant à une réglementation nationale prohibant «de manière générale et absolue toute publicité des membres de la profession dentaire, en tant que celle-ci

leur interdit tout recours à des procédés publicitaires de valorisation de leur personne ou de leur société sur leur site Internet».

PAS D'INTERDICTION GÉNÉRALE ET ABSOLUE

La CJUE estime donc qu'une interdiction générale et absolue de toute publicité dépasse ce qui est nécessaire pour rendre effectifs les objectifs de protection de la santé publique poursuivis. Ces derniers peuvent être atteints au moyen de mesures moins restrictives encadrant, le cas échéant de manière étroite, les formes et les modalités que peuvent valablement revêtir les outils de communication utilisés par les chirurgiens-dentistes⁽³⁾. Le droit européen renvoie souvent, en effet, aux Codes professionnels pour encadrer les pratiques publicitaires. Dans cette veine, le juge entoure la publicité de deux garde-fous : «la protection de la dignité de la profession de dentiste» et «l'importance de la relation de confiance devant prévaloir entre le dentiste et son patient».

Et, pour être explicite, le juge, toujours dans cette même décision, prend soin d'avertir le professionnel comme le régu-



lateur : « L'usage intensif de publicités ou le choix de messages promotionnels agressifs, voire de nature à induire les patients en erreur sur les soins proposés, est susceptible, en détériorant l'image de la profession de dentiste, en altérant la relation entre les dentistes et leurs patients, ainsi qu'en favorisant la réalisation de soins non appropriés ou non nécessaires, de nuire à la protection de la santé et de porter atteinte à la dignité de la profession de dentiste. »

Cet avertissement a beau ne pas être repris dans l'ordonnance du 23 octobre 2018, il n'en devient pas obsolète pour autant. S'il le faut, une autre question préjudicielle peut même s'en assurer. Les sites Internet ne peuvent donc s'affranchir des règles professionnelles. Pas plus en France que dans le reste de l'Union l'ordonnance du 23 octobre 2018 du juge européen ne les dévalue.

LES SOLUTIONS NATIONALES PRÉFÉRÉES À L'HARMONISATION

Lors de la réunion de la Fedcar du 30 novembre dernier, le représentant de la Commission européenne a estimé qu'une harmonisation des règles nationales sur la publicité des professions de santé semblait inenvisageable. La préférence va plutôt aux solutions nationales, mais encadrées par la jurisprudence Vanderborgh. Cela a, au moins, le mérite d'être clair.

NE MENTIONNER QUE LES SPÉCIALITÉS RECONNUES PAR L'ÉTAT

Ces solutions nationales ont été passées en revue lors de la réunion de la Fedcar mais deux constantes les traversent. Premièrement, la revendication des spécialités et des titres professionnels ne supporte aucune fantaisie : seules les mentions reconnues

par l'État ou le régulateur sont légitimes. Ainsi, en Belgique, l'annuaire des praticiens est géré par l'État et consigne les spécialités du professionnel, que le patient peut consulter. Il en va de la confiance accordée aux qualifications professionnelles. Deuxièmement, et tout en découle, la publicité ne peut pas induire en erreur le patient, ni sur les mérites du professionnel, ni sur la pertinence des soins. ■

(1) Affaire C-339/15.

(2) Ordonnance du 23 octobre 2018, conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de la Haute-Garonne, affaire C-296/18.

(3) En matière de chirurgie esthétique, le juge a indiqué que la directive sur les pratiques commerciales déloyales ne s'oppose pas à une législation nationale, comme celle de la Belgique, « qui protège la santé publique ainsi que la dignité et l'intégrité des professions de chirurgien esthétique et de médecin esthétique en interdisant à toute personne physique ou morale de diffuser de la publicité relative aux actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale » (ordonnance du 26 octobre 2017, affaire C-356/16).



FERMETÉ SUR L'ACCÈS AUX CAPITAUX

La question de l'ouverture des sociétés d'exercice à des capitaux extérieurs à la profession est ouvertement posée par des représentants d'investisseurs. Ce sujet a longtemps été abordé entre les Ordres français et allemands, dans le cadre des Journées dentaires des 8 et 9 novembre de l'Ordre allemand (le Bzäek), auxquelles Christian Winkelmann, vice-président du Conseil national, a participé à Francfort. Les fonds d'investissement s'intéressent en effet de très près au marché des soins de santé chez nos voisins d'outre-Rhin. Invité par la Fedcar, le président de l'Ordre du Québec, le Dr Barry Dolman, a fait état de l'évolution au Canada et aux États-Unis des règles d'investissement par lesquelles des chaînes de cliniques dentaires peuvent voir le jour (dont l'une, au Québec, a été créée par un denturologue). Sans surprise, cette course au profit s'accommode mal de la déontologie, tant en matière de publicité que de qualité des soins. Plus proche de nous, l'Espagne en a fait l'amère expérience. Elle a été marquée par le scandale de la société iDental qui, après avoir été créée en 2014 par plusieurs compagnies, a été revendue en 2017 à un fonds d'investissement pour 25 millions d'euros. iDental employait plus de 3 000 employés dont 800 chirurgiens-dentistes. Le souci de rentabilité, les mauvaises conditions de travail et

le surtraitement en ont eu raison : elle a déposé le bilan en 2018. Immanquablement, les patients subissent le même sort que ceux de Dentexia en France. Depuis cette faillite, l'Ordre espagnol, le Consejo General de Dentistas, plaide auprès du gouvernement national pour soumettre les sociétés d'exercice aux mêmes règles déontologiques que les chirurgiens-dentistes. En France, pour les SEL, l'Ordre estime que la réglementation actuelle est efficace : « *La règle sécurisante des 50 % au moins du capital détenu par les associés exerçant, le reste du capital étant ouvert aux seules professions libérales de santé inscrites au Code de la santé publique (CSP), doit être maintenue à l'exclusion des sept professions énumérées à l'article R. 4113-14 dudit Code pour lequel il existe un risque de compéragé* », plaide André Micouleau, président de la commission des Contrats du Conseil national. Quelques chiffres : l'exercice en groupe ou en société se développe nettement chez les praticiens libéraux ou mixtes, puisqu'il concerne 55 % d'entre eux en 2016, contre 33 % en 2001. À la lumière de la réunion de la Fedcar comme des Journées dentaires en Allemagne, l'Ordre plaide fermement pour que l'accès aux capitaux des groupements reste ouvert aux seules professions de santé afin de préserver la sécurité et la qualité des soins prodigués à la population.

PROPORTIONNALITÉ : TRADUISEZ BIEN-FONDÉ DES RÈGLES DE LA PROFESSION

La directive « *test de proportionnalité* » vise à s'assurer de la pertinence de toute nouvelle réglementation professionnelle. C'est un système de vérification du bien-fondé de l'encadrement de la profession dont Bruxelles anticipe déjà l'application en 2020.

Solidement, et en avance, la Commission européenne prépare la mise en œuvre de la directive « *test de proportionnalité* »⁽¹⁾. Ce texte consiste à s'assurer de la pertinence de toute nouvelle réglementation professionnelle, y compris dans le secteur de la santé. Derrière cette formule se trouve ni plus ni moins la mise en place d'une recertification de toute réglementation professionnelle. La France et les autres pays doivent transposer cette directive au plus tard le 30 juillet 2020. Les professions de santé ont argué de leur spécificité pendant les débats législatifs qui ont nourri l'adoption de la directive. Cet été, la Commission européenne a publié un appel d'offres pour en vérifier le bien-fondé. Elle a ainsi commandité une étude relative à l'« *Analyse comportementale économique des motivations des professionnels dans les professions de santé* ». L'étude durera un an et ne sera rendue publique que si la Commission le décide. Son objectif : « *Fournir une analyse théorique et empirique sur la manière dont*



la réglementation professionnelle dans le secteur de la santé [influence sur la] réalisation des objectifs d'intérêt public visés par cette réglementation.»

Seront donc comparées en Europe les règles touchant à :

- L'accès au capital avec des questions du type : « *De quelle manière la motivation éthique ou commerciale de l'apporteur en capital influence le service fourni au consommateur ?* »;

- La forme sociale avec des questions du type : « *De quelle manière la responsabilité personnelle illimitée affecte le niveau de l'effort du professionnel ?* »;

- La restriction aux pratiques multidisciplinaires avec des questions du type : « *La réputation collective à l'œuvre dans une pratique conjointe peut-elle affecter les incitations du professionnel à fournir de bons services ?* »

Dans le cas où l'étude serait rendue publique, sa conclusion est prévue pour l'été prochain, un an donc avant l'entrée en vigueur de la directive sur le test de proportionnalité. Elle répondra à la question suivante : « *Comment les résultats de l'étude peuvent-ils être utilisés pour favoriser la fourniture de services de haute qualité et pour assurer la poursuite de l'objectif de politique publique poursuivi sans imposer des restrictions inutiles ?* »

La définition de l'inutile n'est pas donnée dans l'appel d'offres. ■

(1) Directive 2018/958 du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions. >>>

L'ORDRE RÉAFFIRME SON OPPOSITION À L'ACCÈS PARTIEL

Au cours d'un colloque auxquels participaient les sept Ordres de santé, le Conseil national a exposé son point de vue sur l'accès partiel à notre profession.

L'Ordre des chirurgiens-dentistes a participé, le 14 novembre dernier, avec les six autres Ordres de santé ⁽¹⁾, à un colloque organisé par la chaire Santé de Sciences Po et l'Institut Droit et Santé (université Paris Descartes). Intitulé «*La réforme des*

professions de santé : entre droit européen et ordonnances», ce colloque a été l'occasion de répéter que «*la spécificité des professions de santé en France*» n'était pas assez prise en considération et aussi pour le Conseil national – tel était l'objet de sa présentation – de réaffirmer les raisons

de son opposition à l'accès partiel à notre profession ⁽²⁾. Pour rappel, l'accès partiel est un dispositif autorisant un professionnel d'un État membre de l'UE à réaliser en France une partie des actes réservés à une profession (par exemple celle de chirurgien-dentiste), alors même qu'il ne dispose ni du diplôme adéquat, ni d'une équivalence, ni des compétences pour exercer pleinement cette activité.

LES FRANÇAIS ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Le colloque réunissant les Ordres de santé a été l'occasion de présenter le Baromètre santé 360 d'Odoxa consacré aux professions libérales de santé, selon lequel 86 % des Français ont une bonne opinion des chirurgiens-dentistes. 72 % d'entre eux recommanderaient d'ailleurs à leurs enfants d'exercer notre profession. 87 % des Français déclarent également entretenir de bonnes relations avec les chirurgiens-dentistes, opinion partagée par 88 % des praticiens concernant leurs relations avec les patients. Mais le tableau s'assombrit lorsque les chirurgiens-dentistes sont interrogés sur leurs relations avec les pouvoirs publics puisque 56 % d'entre eux considèrent qu'elles ne sont pas bonnes. Si, d'autre part, 59 % des Français jugent que l'image de notre profession s'est améliorée depuis ces dix dernières années, les chirurgiens-dentistes ne partagent hélas pas leur avis : ils estiment quant à eux à hauteur de 92 % que leur image s'est détériorée.

EXAMINER LES PROFESSIONS AU CAS PAR CAS

Pour le Conseil national, l'accès partiel doit garder sa place d'exception et ne peut pas remettre en cause l'organisation nationale des soins et des métiers. Surtout, bien que cette disposition s'applique à certaines professions de santé, l'Ordre considère que l'art dentaire est exclu en réalité de son champ car, estime-t-il, le législateur européen en a écarté les professions bénéficiant de la reconnaissance automatique des diplômes.

Lors de ce colloque, Pascale Mathieu, présidente du Conseil national de l'Ordre des masseurs-

kinésithérapeutes, a indiqué que sa profession de santé a dû faire face cette année à un «*afflux de demandes de professionnels souhaitant venir exercer via l'accès partiel, qui, de fait, se sont avérées illégitimes*».

Le colloque s'est tenu après publication d'une récente décision du Conseil d'État du 25 octobre sur un recours en annulation déposé par huit syndicats de santé ⁽³⁾ contre l'ordonnance transposant l'accès partiel. Cette décision ravive le débat. Dans un considérant, le juge indique qu'*«il ne peut par ailleurs être sérieusement soutenu que, de manière générale, les activités des professionnels de santé telles que définies par la réglementation nationale formeraient nécessairement des ensembles indivisibles»* échappant à l'accès partiel ⁽⁴⁾. Pour en finir avec l'accès partiel, il faudra quitter les généralités et distinguer dans le détail les professions en cause. Le dernier mot appartiendra alors à la Cour européenne de justice. ■

(1) Les Ordres des infirmiers, des médecins, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues.

(2) Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans les États membres de l'UE.

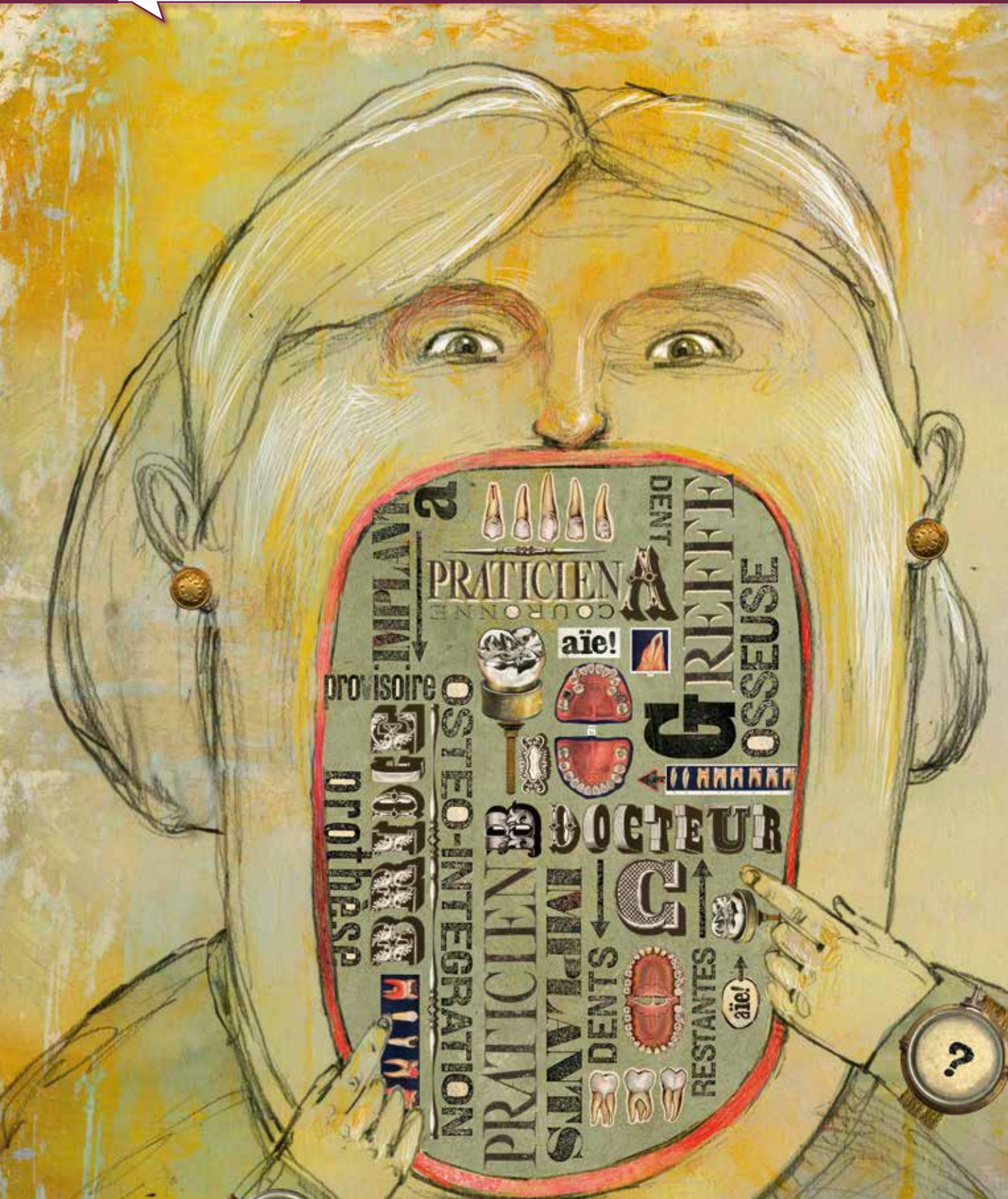
(3) La Fédération nationale des orthophonistes, la Fédération nationale des infirmiers, Convergence infirmière, le Syndicat national des audioprothésistes Unsaf, le Syndicat national autonome des orthoptistes, la Fédération nationale des podologues, le Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs et la Fédération française des praticiens de santé.

(4) Consulter la décision à partir du lien <https://juricaf.org/arret/FRANCE-CONSEILDETAT-20181025-417011>



BREXIT : WAIT AND SEE

Gouverner c'est prévoir : alors que les scénarios relatifs au Brexit se contredisent et se multiplient, l'Ordre britannique (le General Dental Council) a voulu connaître l'état d'esprit des praticiens européens exerçant au Royaume-Uni avant le 29 mars 2019, date officielle du Brexit. Le système de soins britannique repose sur le recrutement de professionnels européens (16 % de chirurgiens-dentistes, 16 % de sages-femmes, 20 % de chirurgiens) et extra-européens. La baisse des nouvelles inscriptions est déjà significative : il est aussi décisif pour le General Dental Council que pour les pays européens qui les accueilleraient de se préparer à une éventuelle vague de départ. Pour le savoir, le General Dental Council a réalisé une enquête qui s'est terminée en septembre dernier. Sur 6 300 chirurgiens-dentistes européens, 2 400 praticiens ont accepté d'y participer. Résultat : seul un tiers d'entre eux se dit prêt à quitter la Grande-Bretagne, les praticiens récemment installés étant les plus sensibles à cette option. À l'évidence, une fois clarifiée, la situation aidera à la décision. En attendant, la lucidité se porte ailleurs et sur le court terme : la profession britannique s'attend à une baisse des primo-inscrits européens (et donc des recrutements en cabinet dentaire) ainsi qu'à une augmentation du coût de la vie et à une baisse conséquente du recours aux soins bucco-dentaires. Le General Dental Council est prêt à répondre à ces nouvelles situations, et comme les autres observateurs du Brexit, il attend que se cristallise sa version définitive.



LA CHARGE DE LA PREUVE PLUS LÉGÈRE POUR LE PRATICIEN ?

En résumé

La responsabilité civile d'un chirurgien-dentiste constitue le thème d'un récent arrêt rendu par une cour d'appel qui, en définitive, adopte une approche de la preuve favorable aux intérêts du praticien. Ce dernier prouve avoir bien informé sa patiente non seulement des risques encourus, à partir d'un document standardisé et de différents entretiens, mais encore des « coûts » des soins (deux chirurgiens-dentistes sont intervenus successivement). La patiente, quant à elle, ne prouve pas les deux autres manquements invoqués (absence de qualité et défaut de suivi des soins).

Le contexte

La responsabilité médicale est encore à l'honneur, à la fois dans un contexte stimulant et dans le cadre d'un litige dont l'issue n'a pas été défavorable au chirurgien-dentiste. Une cour d'appel⁽¹⁾ a récemment donné une leçon intéressante sur le plan de la preuve, tant en matière de défaut d'information que de fautes techniques.

Les faits, mentionnés dans l'arrêt méritent d'être relatés. En début

d'année 2013, une patiente désireuse d'engager un traitement d'implantologie dentaire, alors qu'elle avait perdu « des dents du haut à la suite d'un accident de la circulation survenu une vingtaine d'années auparavant » (est-il écrit dans l'arrêt), a consulté son chirurgien-dentiste traitant (le D^r A), lequel l'a adressée au D^r B. Aussi est-elle suivie par les deux praticiens : le premier est donc son chirurgien-dentiste habituel (le praticien A), et le second le chirurgien-dentiste chargé spécialement d'une restauration prothétique implanto-portée du maxillaire,

nécessitant « une greffe osseuse [dans le] sinus maxillaire et crâniale, la pose d'un implant [ainsi que] l'extraction de dents restantes [et] l'aménagement parodontal avec pose des implants dentaires avec mise en charge immédiate d'un bridge provisoire, implanto-porté ». Il était convenu que le praticien A devait poser la prothèse définitive.

Mais, à la suite de complications, la patiente a consulté un autre praticien (le D^r C) pour la prothèse définitive, lequel a constaté « la non-ostéo-intégration de certains implants dans la zone de >>>

» greffe osseuse». Très exactement le 16 mai 2014, le D^r C a déposé le bridge provisoire, retiré deux implants et renvoyé la patiente au D^r B pour qu'il prenne en charge les implants non ostéo-intégrés. Ce dernier, en juin 2014, a donc retiré les implants 15 et 17 non ostéo-intégrés, puis, quelques mois plus tard, le 10 octobre, a repositionné gratuitement trois implants. Il est à noter que ce praticien et la patiente étaient convenus que celle-ci se présenterait de nouveau «le même jour au cabinet vers 19 heures pour la pose d'une prothèse provisoire vissée et la mise en charge immédiate sur les nouveaux implants». Cependant, elle ne se rendra pas au rendez-vous.

En définitive, une prothèse totale transitoire a été réalisée par le D^r B. Il est, en outre, constaté que la patiente porte une prothèse provisoire en résine, les implants étant en place avec les piliers de jonction au maxillaire. Aucun autre soin ne sera effectué... avant que la patiente ne saisisse le tribunal de grande instance aux fins d'obtenir la condamnation du seul D^r B à lui verser des dommages-intérêts réparant les différents préjudices subis. Elle lui reproche trois manquements : un défaut d'information, une absence de qualité des soins et une faute dans le suivi des soins. Par un arrêt, minutieusement motivé, la cour d'appel ne lui donne que très partiellement raison : le D^r B engage sa responsabilité en raison d'une faute technique mise en lumière par l'expert judiciaire, qu'il n'a du reste pas niée.

L'analyse

Tout d'abord, s'agissant du manquement au devoir d'information, il est soutenu que le praticien a insuffisamment informé la patiente «du coût et des risques associés au plan de traitement». Nul n'ignore qu'il appartient au professionnel de santé de prouver qu'il a informé : la charge de la preuve pèse sur ses épaules. En ce qui concerne le coût, le débat portait sur le «coût total», c'est-à-dire sur les honoraires sollicités à la fois par le D^r A et par le D^r B. La patiente plaidait ne pas avoir été renseignée sur le fait que la somme due devait correspondre à l'addition des honoraires de l'un et de l'autre ! Le praticien B produit en justice un document, signé le 25 juillet 2013

implants ; la quatrième (six mois après la cicatrisation), la réalisation de la prothèse définitive par le D^r A».

Ce document a été remis à la patiente avant la réalisation du traitement ; il mentionne bien l'intervention successive des D^{rs} B, puis A. Le praticien B communique également le devis détaillé et signé de la patiente mentionnant la somme de 13 400 euros. Que disent alors les juges ? «La lecture de [ces pièces] permet aisément de se convaincre, même pour un néophyte, qu'elle ne comprenait pas la mise en place d'une prothèse définitive ; [...] il est démontré que M^{me} M a été informée, avant même le démarrage des travaux, du coût de l'intervention du D^r B et de ce qu'elle aurait à déboursier une somme supplémentaire pour la fin des travaux.» On apprend, de sur-

En matière de respect de l'obligation d'information, la charge de la preuve incombe au professionnel de santé, la conviction devant être établie à partir de données factuelles vraisemblables.

de la main de la patiente, intitulé «Projet thérapeutique» qui décrit quatre phases, «la première comprenant l'aménagement pré-implantaire, un traitement PRF, [un] traitement laser et la mise en place d'un implant provisoire ; la seconde, la dépose du fil de suture et la pose du bridge provisoire ; la troisième, la mise en place de six ou huit implants et la mise en charge immédiate de l'appareil provisoire fixé sur les

croît, que le devis du D^r A a été signé en septembre 2013 par la patiente. Et les juges finalement de conclure : «Il était difficile pour le D^r B de faire signer à M^{me} M un devis pour des soins qui seraient réalisés par un autre praticien, mais il indique qu'il pratique toujours de cette façon, connaissant les prix pratiqués par son correspondant, ce qui est confirmé par l'attestation de deux clients déclarant que le D^r B les



avait informés du prix de cette prothèse qui avait été confirmé par leur dentiste.»

Bref, les juges admettent que la patiente a été correctement informée sur le coût du traitement. Les juges raisonnent semble-t-il par référence à «la preuve par conviction» à partir des «données factuelles vraisemblables» inscrites dans une temporalité : le document et le devis signé produits par le D^r B, les attestations d'autres patients dévoilant une pratique habituelle, le devis du D^r A signé par la suite. Un autre point attire l'attention. Le D^r B avait sollicité et obtenu paiement d'acomptes (1 500 euros au total) avant la remise du document en juillet 2013, et antérieurement à la signature du devis. N'est-ce pas

là «forcer» le consentement de la patiente, qui pouvait considérer ne plus pouvoir changer d'avis une fois le devis présenté ? Les juges y voient bien une «atteinte à la liberté du consentement» que rien ne peut justifier, mais ils admettent qu'au regard de l'état dentaire très dégradé de la patiente et de sa demande insistante de bénéficier d'une réhabilitation implantaire le libre consentement est démontré. Conclusion qui laisse quelque peu perplexe !

Le praticien avait obtenu le paiement d'un acompte avant la signature de son devis. N'est-ce pas là une atteinte à la liberté du consentement ?

En ce qui concerne cette fois l'information sur «les risques», le D^r B produit un formulaire de consentement éclairé, signé par M^{me} M, portant la mention «lu et approuvé», daté du 28 août 2013 par lequel «elle reconnaît avoir été informée par le D^r B que des traitements classiques par prothèses sans implant seraient possibles mais que, dans son cas, elle choisit la pose chirurgicale d'implants, que cette technique est possible mais qu'aucune garantie ne peut être assurée et que le cas échéant l'implant sera déposé et remplacé, si possible, sans frais supplémentaires».

Le praticien prouve-t-il par cet écrit standard, impersonnel, avoir rempli son devoir d'information ? Oui, selon la cour d'appel, qui déclare : «Ce document démontre qu'une information suffisante a été donnée à M^{me} M concernant le risque de perte d'implants puisqu'il est invoqué l'éventualité d'une dépose et du remplacement de ces implants.» Affirmation qui laisserait songeur si la cour n'avait pas précisé également : «Lors des nombreuses consultations préalables de M^{me} M chez le D^r B avant le traitement, il a été nécessairement discuté des effets positifs et négatifs du traitement prothétique envisagé.» Un document standardisé signé et des entretiens avant traite- >>>

» ment, voilà les indices qui convainquent la présente cour d'appel du respect de l'obligation d'information. C'est à relever!

Dans le prolongement, la patiente arguait n'avoir pas été informée du «risque de lésion du sinus», risque indiscutablement non mentionné dans le formulaire précité. Peu importe, répond le juge : M^{me} M ne subit pas de préjudice réparable car ledit risque ne s'est pas réalisé, l'expert judiciaire ayant constaté l'absence d'altération des fosses nasales. En cela, la cour d'appel s'inspire d'un arrêt de la Cour de cassation qui écarte tout préjudice d'impréparation résultant du défaut d'information en cas de risque non réalisé⁽²⁾.

Ensuite, s'agissant de la qualité des soins, la cour rappelle que le chirurgien-dentiste n'engage sa responsabilité qu'en cas de faute,

la prothèse définitive. » La patiente critique ce rapport : selon elle, le D^r B lui a «proposé un traitement d'implantologie lourd pour le maxillaire supérieur sans tenir compte de ce qu'il en aurait résulté un défaut d'occlusion majeur pour les dents du bas et elle soutient qu'avant d'envisager l'implantologie en haut il était indispensable de corriger l'occlusion des dents du bas». La cour ne suit pas son raisonnement puisqu'elle ne prouve pas ses dires – la preuve encore et encore : ainsi constate-t-elle que la patiente «ne verse aux débats aucune pièce médicale de nature à contredire l'avis de l'expert en ce qu'il a validé la technique utilisée». Toutefois, elle retient au titre de la faute technique les observations de l'expert concernant la stabilité et l'axe de certains implants, faute qui n'est du reste pas

étant prévus par l'expert, sans oublier les 720 euros des honoraires du médecin-conseil de la patiente. Enfin, pour le supposé manquement lié au suivi des soins, M^{me} M reproche au D^r B de s'être désintéressé d'elle une fois les complications survenues. Encore une fois, la cour écarte ce grief dans la mesure où la preuve du manquement n'est pas établie par la patiente. Il est même relevé par la cour des faits qui démontrent l'inverse : une attestation qui mentionne qu'elle avait été jointe à plusieurs reprises par le cabinet du D^r B, une intervention gratuite le 10 octobre et le rendez-vous non honoré le même jour après 19 heures (pour la pose d'une prothèse provisoire vissée et la mise en charge immédiate sur les nouveaux implants). D'autres éléments complètent ces faits : deux lettres recommandées ont été émises par le D^r B pour lui demander (avec insistance) de prendre rendez-vous. Ces courriers, la patiente nie les avoir reçus, ce qui ne saurait être imputé au praticien, tranche la cour! Soulignons que ce dernier a été bien inspiré de s'adresser par écrit à sa patiente en l'invitant à se rendre à son cabinet; ce faisant, il disposait d'un indice permettant d'étayer l'argument selon lequel il ne s'était pas désintéressé d'elle. Les démarches prouvées – du praticien vers la patiente – rendent plausible la volonté du premier de suivre la seconde. ■

David Jacotot

(1) Aix-en-Provence, 10^e chambre, 8 novembre 2018, n° 17/11005.

(2) Cass., 1^e chambre civile, 23 janvier 2014, n° 12-22123.

Tout préjudice d'impréparation résultant d'un défaut d'information ne saurait être indemnisé qu'en présence d'un risque qui s'est effectivement produit.

laquelle doit être prouvée par la victime (contrairement au défaut d'information). Elle s'appuie sur l'avis de l'expert judiciaire, comme souvent dans la pratique. Il est écrit dans son rapport : «Le diagnostic et le choix de la thérapie étaient tout à fait conformes aux bonnes pratiques, mais le D^r B voit par contre sa responsabilité engagée dans la stabilité et le bon axe des implants, les implants 11 (mobilité) et 21 (défaut d'axe et exposition) étant à remplacer avant

discutée par le D^r B, lequel n'engage donc sa responsabilité que sur ce point. Quant à l'indemnisation des préjudices subis, elle s'élève à 2 400 euros (remplacement de deux implants), auxquels sont ajoutés 2 000 euros (liés à la réalisation d'une nouvelle prothèse provisoire), 3 000 euros pour les souffrances endurées (qui correspondent «à 1/7 du fait des deux implants à remplacer»), 4 400 euros au titre des dépenses de santé futures, tous ces frais

PAS DE QPC SUR LA MOTIVATION DES SANCTIONS DISCIPLINAIRES

Non sans audace, des chirurgiens-dentistes ont soulevé devant le Conseil d'État une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), aux fins d'obtenir l'annulation d'une décision d'une juridiction disciplinaire prononçant à leur encontre une interdiction temporaire d'exercer. Ils prétendaient que la disposition légale du Code de la santé publique qui énumère les « *peines disciplinaires* » (par exemple, le blâme ou l'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis) était contraire aux principes constitutionnels de légalité et d'individualisation des peines, qui imposent la motivation des jugements de condamnation, pour la culpabilité comme pour la peine. Considérant que la question soulevée n'est ni nouvelle ni empreinte d'un caractère sérieux, le Conseil d'État a refusé de la transmettre au Conseil constitutionnel. Bref, la constitutionnalité de la disposition du Code de la santé publique n'est pas remise en cause.

En résumé

Le contexte

Le texte du Code de la santé publique qui énumère les sanctions disciplinaires susceptibles d'être infligées à un professionnel de santé qui méconnaît

des devoirs déontologiques est-il contraire à la Constitution française? Telle est la question à laquelle a été confronté le Conseil d'État, à l'initiative non seulement de deux chirurgiens-dentistes, mais aussi de deux médecins. Cette interrogation a été soulevée à l'occasion d'un litige ayant pour objet d'obtenir l'annulation de deux

décisions de chambres disciplinaires d'appel (l'une rendue par celle de l'Ordre des médecins, l'autre par celle de l'Ordre des chirurgiens-dentistes), lesquelles prononcèrent à l'encontre des praticiens une interdiction d'exercer leur profession respectivement pendant « six mois » et « un mois, dix jours ». Stratégie intéressante >>>

»»» sante : bien que le manquement déontologique puisse être établi et la sanction légitimée, la décision du juge disciplinaire est critiquée sous un autre angle dont il est espéré qu'il provoque l'annulation de la décision, et donc de la sanction.

Ces praticiens soulèvent, en définitive, l'inconstitutionnalité d'une disposition légale qui fonde juridiquement la sanction. Le droit

devant une juridiction, et donc à titre incident, à tout moment de la procédure, tant en première instance qu'en appel ou en cassation. Elle est recevable devant toutes les juridictions de l'ordre administratif, comme en l'espèce, et judiciaire (la Cour de cassation). Elle permet de vérifier si une disposition législative heurte ou non «*les droits et libertés que la Constitution garantit*», qui résultent de la

En l'espèce, les requérants prétendaient que l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique ⁽¹⁾ méconnaît les principes constitutionnels de légalité et d'individualisation des peines résultant des articles 7, 8 et 9 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, qui imposent la motivation des jugements de condamnation, pour la culpabilité comme pour la peine. Le texte contesté contient bien la formule «*peine disciplinaire*», celle-ci étant synonyme de «*sanction disciplinaire*». Le Conseil d'État décide par deux arrêts, l'un concernant les chirurgiens-dentistes et l'autre les médecins ⁽²⁾ qu'il n'y a pas lieu de renvoyer au Conseil constitutionnel les QPC soulevées. Pourquoi?

Depuis la réforme constitutionnelle de 2008, la conformité à la Constitution d'une loi entrée en vigueur peut être contestée dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité.

français est souvent représenté comme un système hiérarchisé composé de normes dites «supérieures» et «inférieures» : les secondes (ici les normes législatives) doivent être conformes aux premières (ici la Constitution, norme souvent présentée comme suprême). Pendant longtemps, le contrôle de constitutionnalité d'une loi par le Conseil constitutionnel était réalisé exclusivement en amont de la promulgation de la loi, avant que cette dernière ne naisse et ne soit appliquée. Depuis la réforme constitutionnelle du 23 juillet 2008, il est dorénavant possible de contester la conformité à la Constitution d'une loi déjà entrée en vigueur et appliquée sur le fondement de l'article 61-1 de la Constitution dans le cadre d'une «*question prioritaire de constitutionnalité*» (QPC).

Une QPC peut être posée par une partie à une instance en cours

Constitution de 1958 elle-même (notamment la liberté individuelle) et des textes auxquels renvoie le préambule de la Constitution, à savoir la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (le droit de propriété, l'égalité devant la loi, la liberté d'expression, etc.), le préambule de la Constitution de 1946, soit les droits économiques et sociaux énumérés (liberté syndicale, droit de grève...), les «*Principes fondamentaux reconnus par les lois de la République*» (liberté d'association...) ainsi que la Charte de l'environnement de 2004. La juridiction saisie – dans le présent litige le Conseil d'État – n'a pas la compétence pour statuer sur la constitutionnalité de la loi et décide simplement de renvoyer ou non la question au Conseil constitutionnel, disposant seul du pouvoir de conclure à la non-constitutionnalité d'un texte législatif.

L'analyse

À des fins d'encadrement du recours à la QPC, il doit être démontré devant les juridictions saisies (le Conseil d'État en l'occurrence) la réunion de trois conditions cumulatives. La première concerne l'applicabilité de la loi au litige : bref, la disposition législative en cause doit être applicable au litige ou à la procédure, ou constituer le fondement des poursuites. Elle est remplie en l'espèce.

Deuxièmement, la règle légale critiquée ne doit pas avoir déjà été déclarée conforme aux normes constitutionnelles évoquées ci-dessus. Autrement dit, l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique ne doit pas avoir déjà »»»



»»» été déclaré conforme à la Constitution par le Conseil constitutionnel, à la fois dans les motifs et le dispositif de l'une de ses décisions. Cette condition s'applique même dans le cas où il est invoqué un nouveau fondement d'atteinte aux droits et aux libertés constitutionnels; seul un changement des circonstances peut permettre de poser une QPC sur une disposition dont la conformité a été préalablement admise. Comment le vérifier? Un tableau sur le site Internet du Conseil constitutionnel dresse, à titre informatif, la liste de ces dispositions. Cette condition est ici également satisfaite.

Reste la troisième, aux termes de laquelle est exigé le caractère sérieux ou nouveau de la question. Le Conseil d'État conclut que tel n'est pas le cas. D'une part, l'article L. 4124-6 ne dispense pas le juge disciplinaire de l'obligation de motiver le choix de la sanction qu'il prononce. L'argument est en conséquence inopérant. D'autre part, les articles L. 4124-7, V et L. 4122-3, V, du Code de la santé publique précisent que les décisions des juridictions discipli-



lesquels il retient l'existence d'une faute disciplinaire ainsi que la sanction qu'il inflige. Le Conseil d'État livre un «guide» a minima de motivation : «C'est une faute parce que...» Il ajoute une précision : la juridiction n'est pas contrainte de justifier spécifiquement ni de l'éventuel écart entre la sanction infligée en appel et en première instance ni, pour la sanction qu'il retient, du choix de sa période d'exécution.

Ces arrêts en rappellent un autre, rendu en 2010⁽¹⁾ : il a été décidé qu'«il appartient au juge disciplinaire de motiver suffisamment les raisons de droit et de fait pour lesquelles des griefs reprochés à un praticien constituent des fautes au

pas tenu de motiver le choix de la sanction, alors même que le juge d'appel aggraverait ou diminuerait la sanction infligée en première instance».

Les arrêts de 2018 n'infléchissent pas cette dernière affirmation dès lors qu'il est commandé au juge disciplinaire d'«énoncer les motifs pour lesquels il retient [l'existence d'une faute disciplinaire] ainsi que la sanction qu'il inflige»? Pas nécessairement. Faut-il y voir une distinction où la motivation de la sanction (qui est exigée) ne va pas jusqu'à la motivation du choix entre les différentes sanctions, n'imposant donc pas d'expliquer pourquoi telle sanction plutôt que telle autre est requise? Les arrêts du Conseil d'État auraient pu être plus... précisément motivés. ■

David Jacotot

Si le juge disciplinaire est bien tenu de motiver sa décision, il n'est en revanche pas contraint de justifier l'éventuel écart entre la sanction infligée en appel et en première instance ni le choix de sa période d'exécution.

naires des Ordres des médecins et des chirurgiens-dentistes «doivent être motivées». Aussi, légalement, le juge disciplinaire est bel et bien tenu de motiver sa décision et donc d'énoncer les motifs pour

sens de l'article L. 145-1 du Code de la sécurité sociale de nature à entraîner une des sanctions prévues à l'article L. 145-2 du même code». Il avait, en revanche, été considéré que le juge disciplinaire «n'était

(1) Il énumère des différentes peines à appliquer, notamment l'avertissement, le blâme ou l'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis, et en fixe le régime.

(2) Conseil d'État, 4^e et 1^{re} chambres réunies, 22 octobre 2018, n° 422797, inédit, et, à la même date, n° 420178, publié aux tables du Recueil Lebon.

(3) CE, 23 juillet 2010, n° 329191, mentionné aux tables du Recueil Lebon.

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ FORMATION EN LIGNE

Pour permettre aux praticiens de respecter leurs obligations en termes de formation au repérage et à l'accompagnement des femmes victimes de violences, le Conseil national met à la disposition des chirurgiens-dentistes une formation de deux heures en e-learning sur <http://formation.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>.



✓ ASSISTANTS DENTAIRES (II)

Les assistants dentaires ne sont pas habilités à déclencher les appareils électriques générant des rayonnements X. Le Code de la santé publique l'interdit expressément et, de surcroît, l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) ne mentionne en aucun cas les assistants dentaires parmi les professionnels concernés par la formation à la radioprotection.

✓ REFUS DE SOINS

Le défenseur des droits met à la disposition des professionnels de santé un document en ligne visant à lutter contre les refus de soins. Il rappelle les obligations des praticiens et propose dans le même temps des solutions aux professionnels de santé pour éviter tout risque de comportement discriminatoire.

✓ ASSISTANTS DENTAIRES (I)

Les assistants dentaires doivent se faire enregistrer dans leur Agence régionale de santé (ARS). Ils sont ainsi tenus de fournir les pièces attestant de leur identité, de leur titre de formation ou de leur autorisation d'exercer et le formulaire Cerfa n° 10906*07, qui peut être téléchargé, dûment complété.



**MIEUX REPÉRER ET ACCOMPAGNER
LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES**

UNE FORMATION EN E-LEARNING

POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES



**Le Conseil national met à la disposition des praticiens
une formation en ligne sur les violences faites aux femmes.
Connectez-vous sur <http://formation.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>**



ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES