

Forte poussée du tourisme dentaire en 2014

p. 10

Pas de QPC pour le Clesi

p. 16

L'Ordre signe la charte Handicap

p. 22



Où va le DPC des chirurgiens-dentistes ?



4

L'ÉVÉNEMENT

Où va le DPC des chirurgiens-dentistes ?

ACTUALITÉS

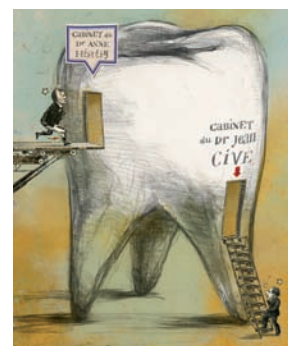
- 10** SOINS À L'ÉTRANGER
Forte poussée du tourisme dentaire en 2014
- 16** FORMATION INITIALE
Pas de QPC pour le Clesi
- 18** APPEL À CANDIDATURES
Élection complémentaire des membres du Conseil national
- 20** STATISTIQUES
Dès la maternelle, l'inégalité face à la carie demeure
- 22** HANDICAP
Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées
- 24** EN BREF

JURIDIQUE

- 25** DROIT À L'INFORMATION
Restituer ou non les originaux des moulages dentaires au patient...



- 28** DÉONTOLOGIE
Où la définition précise de l'« immeuble » impacte l'installation du praticien



- 32** CAPACITÉ PROFESSIONNELLE
Un cas de demande de qualification en ODF rejeté

PORTRAIT

- 34** PIERRE LE COQ
Si tu vas à Rio 2016

LA LETTRE EXPRESS

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

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





Gilbert Bouteille
Président
du Conseil national

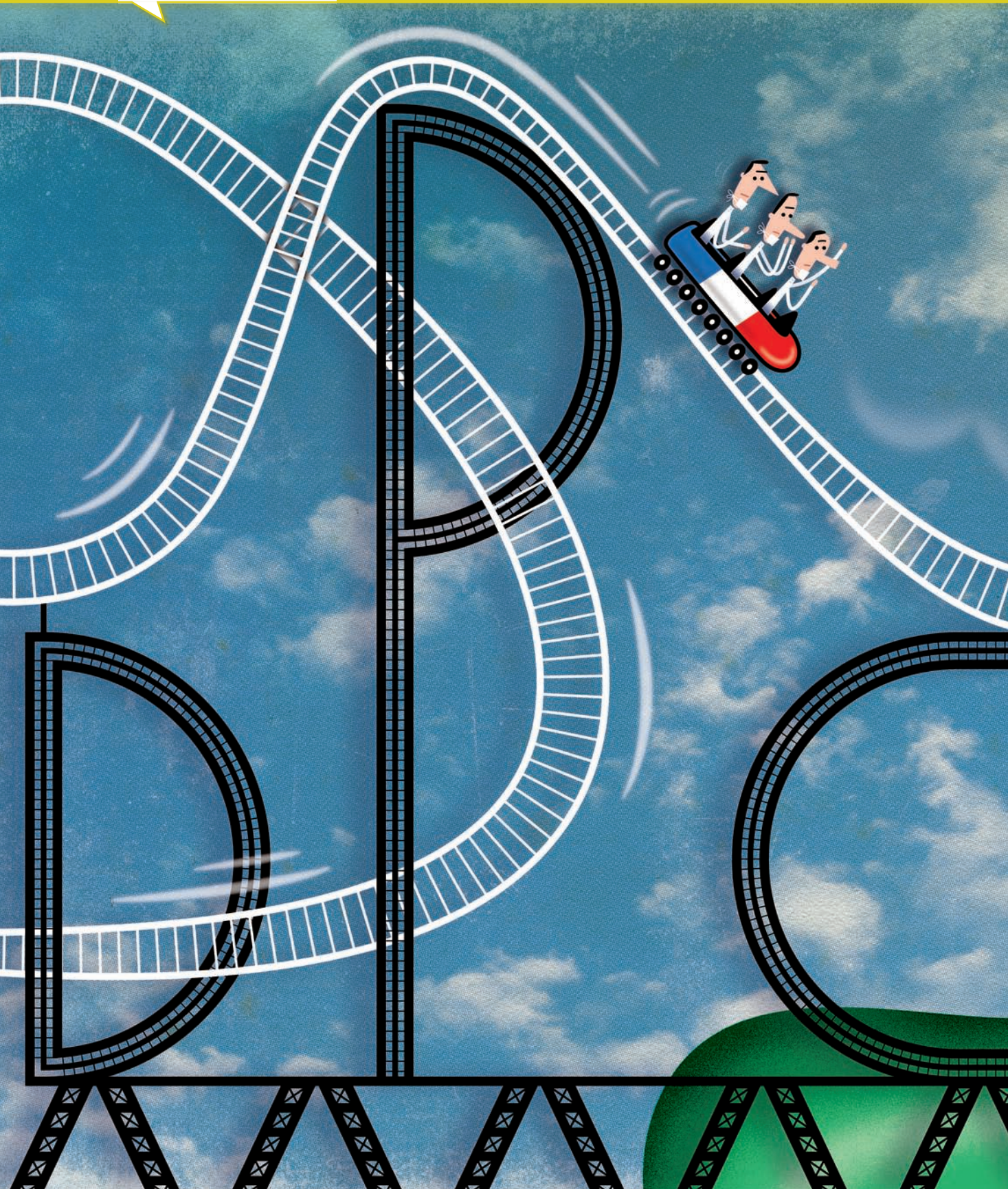
Indépendance et responsabilité

Comment ne pas s'interroger sur la décision de l'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) d'interrompre le financement du DPC des chirurgiens-dentistes pour 2015 ? Une décision d'autant plus incompréhensible que, dans le même temps, d'autres professions voyaient augmenter leur budget DPC pour cette même année 2015. Fort opportunément, la profession, plutôt que de se perdre en conjectures sur les raisons de cette décision, a décidé de regarder de l'avant en créant le Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes (CNP). L'Ordre est pleinement partie prenante du CNP – avec toutes les composantes de la profession – pour porter les valeurs d'une formation continue efficiente, indépendante et calibrée selon les besoins des chirurgiens-dentistes. Un objectif essentiel puisque le DPC va être réformé dans le cadre de la loi Touraine, dont l'adoption définitive est annoncée à l'automne. L'Ordre est d'autant plus partie prenante

« Porter les valeurs d'une formation continue efficiente, indépendante et calibrée selon les besoins des praticiens : telle est la vocation du CNP. »

de ce CNP que la formation continue est une obligation déontologique. À cet égard, aucun praticien

ne peut revendiquer quelque indépendance thérapeutique que ce soit s'il ne dispose pas des compétences nécessaires à l'exercice de sa pratique. Il n'existe pas d'indépendance thérapeutique sans mise à jour de ses connaissances. Ce sont ces compétences qui permettent de proposer aux patients toutes les options thérapeutiques disponibles. Et ce qui garantit cette compétence, c'est précisément la formation continue et l'évaluation des pratiques, seules à même de permettre le maintien de ses connaissances au plus haut niveau. Pour garantir en permanence la qualité et la sécurité des soins auxquelles les patients ont droit.



Où va le DPC des chirurgiens-dentistes ?

L'Organisme gestionnaire du Développement professionnel continu (OGDPC) n'est plus en capacité de financer les sessions de DPC des chirurgiens-dentistes depuis juin 2015, alors que les autres professions ont vu leur budget augmenter. Ce nouvel avatar du DPC, mal conçu et sous-financé, confirme que la profession doit reprendre la main sur sa formation continue et l'évaluation de ses pratiques. Sur fond de réforme de l'OGDPC par la loi Touraine, c'est tout l'enjeu du Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes (CNP), créé par la profession, qui entend donner au DPC des chirurgiens-dentistes une orientation concrète et applicative.



C'est officiel : l'enveloppe du Développement professionnel continu (DPC) allouée aux chirurgiens-dentistes est totalement consommée depuis juin 2015. Une situation qui fait suite à une décision du Conseil de gestion de l'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) réduisant à 5 millions d'euros le budget destiné à financer la formation continue obligatoire des praticiens. En conséquence, les sessions du deuxième semestre de l'année 2015 ne seront pas prises en charge par l'OGDPC.

Il est grinçant de constater que notre profession est l'une des seules à être soumise à cette restriction budgétaire. En effet, la majorité des professions de santé ont vu leur budget non seulement maintenu, mais augmenté en 2015 *via* notamment une redistribution des reliquats des années précédentes.

Comment interpréter ce « *traitement de faveur* » réservé aux chirurgiens-dentistes ? Au sein de la profession, c'est l'étonnement. Cette décision de l'OGDPC apparaît comme un nouvel avatar du



ment de cette décision incompréhensible de l'OGDPC pour 2015, la dotation globale annuelle, pour les chirurgiens-dentistes, ne couvre que 20 % des besoins de financement.

sion tout à fait justifiées au sein de notre profession. À commencer par celle du Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes (CNP), une structure associative récente et regroupant les instances professionnelles représentatives, dont l'Ordre. Dans un courrier adressé au ministère de la Santé et à l'OGDPC, le CNP explique que « *cette enveloppe rectificative, destinée à subvenir au financement du DPC pour l'année 2015, est très inférieure aux besoins réels, même si l'on prend en compte la périodicité portée à trois ans* ».

Le Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes entend jouer un rôle d'interface entre la profession et les pouvoirs publics pour agir et proposer plutôt que réagir et subir.

pilotage à vue de ce système DPC mal né, mal conçu, et financièrement sous-doté. Sur ce dernier point en effet, et indépendam-

La clôture du financement des sessions de DPC 2015 pour les chirurgiens-dentistes a suscité des réactions d'incompréh-

Et d'ajouter que « cette subvention est marquée par son pourcentage d'augmentation nul, voire en recul, et par la non-fongibilité des enveloppes entre professions ». En conséquence, « la qualité de nos organismes formateurs ainsi que leur pérennité risquent d'être compromises par l'insuffisance de ce traitement ».

Il faut relever que, bien au-delà de cette « péripétie » touchant au financement 2015, la profession nourrit des inquiétudes plus profondes sur l'état actuel de sa formation continue et sur la façon dont le DPC, que la loi Touraine prévoit de réformer, va s'appliquer pour les chirurgiens-dentistes. Disons le clairement : les représentants de la profession, dont l'Ordre, ont souhaité, via la création de ce CNP, reprendre la main sur leur for-

L'ESSENTIEL

- ✓ L'enveloppe financière allouée aux chirurgiens-dentistes dans le cadre du DPC en 2015 a été ramenée à 5 millions d'euros et est épuisée à ce jour.
- ✓ Les sessions 2015 ne sont désormais plus prises en charge par l'Organisme de gestion du DPC.
- ✓ Créé en mai dernier, le Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes (CNP) entend devenir l'interlocuteur privilégié de l'OGDPC afin de proposer des améliorations concrètes du dispositif DPC.

Les missions du CNP des chirurgiens-dentistes

- Permettre les échanges et favoriser la convergence des orientations entre les différentes composantes de la profession ;
- Jouer un rôle d'interface entre la profession, les pouvoirs publics et les autres institutions intervenant dans le champ de la santé ;
- Organiser une réflexion sur les besoins en matière de DPC, l'évolution des connaissances, l'analyse des pratiques professionnelles et la définition des orientations prioritaires de la formation continue en chirurgie dentaire.
- Définir le parcours pluriannuel DPC pour le praticien (enchaînement des actions de formation continue, analyse, évaluation et amélioration tant des pratiques que de la gestion des risques, principes directeurs estimés nécessaires par la profession pour le maintien, mais aussi l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques).

mation continue. C'est d'ailleurs dans le fil de la réforme du DPC prévue dans la future loi de santé qu'il a été créé, en mai dernier. Pour agir et proposer plutôt que réagir et subir.

Le CNP est l'expression concrète et la conséquence logique du « Manifeste pour la défense de la formation continue » du 13 janvier 2015, émanant de la profession et que *La Lettre* avait reproduit *in extenso* ⁽¹⁾.

Ce texte prônait une participation active de la profession à la promotion d'une « formation continue adaptée à la santé, à la sécurité des patients et à la qualité des soins, aux besoins de la médecine bucco-dentaire et aux objectifs de santé publique ».

Formé en association loi 1901, le CNP des chirurgiens-dentistes est une instance indépen-

dante composée des organismes professionnels représentatifs suivants : Conseil national de l'Ordre, Conférence des doyens des facultés de chirurgie dentaire, Conférence des chefs de service d'odontologie des CHU, Commission scientifique indépendante, Association dentaire française, Collège des bonnes pratiques, Confédération nationale des syndicats dentaires, Fédération des syndicats dentaires libéraux, Union des jeunes chirurgiens-dentistes, Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux et une personnalité qualifiée extérieure désignée par le président du Conseil national de l'Ordre.

Le CNP entend jouer un rôle d'interface entre la profession et les pouvoirs publics (minis- >>>

»» tère de la Santé, Haute Autorité de santé, Union nationale des caisses d'assurance maladie, OGDPC). Il entend devenir l'interlocuteur de ce nouvel organisme gestionnaire du DPC que sera l'Agence nationale du DPC (prévue dans la proposition de loi Touraine) afin de faciliter la démarche DPC des praticiens.

En pratique, le CNP se donne pour mission de réfléchir aux besoins concrets en matière de DPC des praticiens, à l'évolution des connaissances, à l'analyse des pratiques professionnelles et à la définition des orientations prioritaires de notre formation continue.

Le CNP veut contribuer à bâtir un parcours pluriannuel de DPC permettant réellement à chaque praticien de satisfaire à ses obligations en matière de formation continue.

Paul Samakh, vice-président de l'Ordre et président du CNP, souligne que l'objectif de cet organisme «*créé par les chirurgiens-dentistes pour les chirurgiens-dentistes consiste à intégrer la profession au cœur du dispositif DPC. Nous travaillons pour une organisation plus lisible qui doit aller dans le sens des besoins spécifiques et des axes prioritaires de notre profession*» (lire aussi son interview ci-contre).

Pour le Conseil national, les objectifs du CNP participent pleinement de la mission de l'Ordre consistant à garantir la qualité et la sécurité des soins aux patients. ■

(1) Lire *La Lettre* n° 135, février-mars 2015, page 10.

Trois questions à Paul Samakh, président du Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes

Qui est à l'origine du Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes ?

La création du CNP s'est faite en deux étapes. Face au dispositif DPC en perte de vitesse et confronté à de nombreuses difficultés, la profession a décidé de produire en janvier dernier un *Manifeste pour la défense de la formation continue*. Les principaux organismes professionnels y ont exprimé leurs inquiétudes quant au devenir du DPC et leur intérêt pour l'évaluation des bonnes pratiques préconisées par la Haute Autorité de santé (HAS).

Nous appelions dans ce document à la mise en place d'un organisme chargé de définir les objectifs de formation et intégrant l'obligation de suivre le DPC. Peu après la publication de ce manifeste, quatre journées d'information ont été organisées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) avec les parties prenantes afin d'émettre des proposi-

tions de réforme du dispositif DPC. Notre réflexion commune s'est alors orientée vers la création du CNP des chirurgiens-dentistes, une structure devant être en prise directe avec le Conseil scientifique du DPC. Il nous a fallu moins d'un mois pour le créer sous la forme d'une association de loi 1901, au sein de laquelle les principaux organismes professionnels sont désormais réunis pour peser sur le dispositif DPC.

Quels sont les objectifs du CNP ?

Notre priorité : devenir l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et notamment de l'Organisme gestionnaire du DPC afin d'organiser une réflexion pertinente sur les besoins des chirurgiens-dentistes. Par sa composition, le CNP se situe au cœur de notre profession et de ses trois spécialités. Il a pour but d'identifier précisément les besoins et les actions prioritaires des chirurgiens-

dentistes pour améliorer notre pratique de la médecine bucco-dentaire. En revanche, la mission de contrôle qui sera désormais réalisée tous les trois ans n'incombera pas au CNP, mais peut-être, car rien n'est encore arrêté, au Conseil de l'Ordre. Rappelons en effet que l'obligation de suivre un programme de DPC n'est plus annuelle mais désormais triennale.

Quelles sont les premières actions du CNP ?

Après avoir été informés que le budget destiné à financer le DPC des chirurgiens-dentistes était déjà épuisé pour 2015, nous avons immédiatement écrit à l'OGDPC, au ministère de la Santé ainsi qu'à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) pour explorer toutes les possibilités de revalorisation de cette subvention. Nous attendons leur réponse.

Parallèlement, nous élaborons des préconisations sur le contenu et les axes prioritaires du parcours pluriannuel de DPC en conjonction avec la DGOS. Ce dispositif est une démarche globale comprenant des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques et de gestion des risques. Même si nous n'existons que depuis le mois de mai, nous nous sommes d'ores et déjà engagés dans l'élaboration des orientations prioritaires 2016-2018.



LE BUREAU DU CNP

Le bureau du Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes se compose comme suit :

Président : Paul Samakh

Vice-président : Philippe Brenier

Secrétaire général : Benoît Lefèvre

Tésorier : Christian Decloquement



Forte poussée du tourisme dentaire en 2014



Malgré une « consommation » de soins dentaires à l'étranger très marginale puisqu'elle représente 0,10 % de la prise en charge globale par l'assurance maladie, les remboursements des soins réalisés hors du territoire national sont en hausse de 16 % en 2014. Le top quatre des destinations reste la Hongrie, l'Espagne le Portugal et l'Italie. >>>

Le tourisme dentaire séduit chaque année un peu plus de Français. Pour preuve, les remboursements aux assurés ont augmenté de 16 % en 2014 par rapport à 2013. C'est l'un des chiffres marquants livrés par le Centre national de soins à l'étranger (CNSE), qui centralise au sein de l'assurance maladie toutes les demandes de prise en charge des soins reçus à l'étranger pour le régime général.

Dans le détail, le CNSE recense en 2014 près de 24 500 demandes de remboursement de soins dentaires réalisés à l'étranger pour lesquels les assurés ont dépensé 11,7 millions

d'euros (soit une augmentation de 10 % par rapport à 2013) avec, au total, des remboursements s'élevant à 2,7 millions d'euros (en hausse de 16 % par rapport à 2013).

Des données brutes qui peuvent interpeller, voire

Plus du tiers des assurés qui recourent au tourisme dentaire sont issus de la région Île-de-France et 8 % du nombre total de dossiers incombe à la CPAM de Paris.

inquiéter, laissant penser que le tourisme dentaire est un phénomène qui connaît un véritable essor. Mais ce serait sans compter sur la mise en perspective des données du CNSE avec les chiffres globaux de prise en charge des soins den-

taires en et hors de France. À titre de comparaison, le CNSE relève ainsi que « 2,63 milliards d'euros ont été remboursés pour des soins dentaires en France en 2014 ». Autrement dit, la part des soins dentaires réalisés à

continue certes à se développer mais, ne constitue donc pas, et de loin, une pratique massive des Français en matière de soins dentaires.

À partir des données issues des caisses du régime général, le CNSE constate que les soins dentaires à l'étranger concernent l'ensemble des CPAM de métropole et les quatre caisses des DOM, mais avec une répartition très hétérogène. En effet, les assurés ayant bénéficié des soins dentaires hors de France sont majoritairement affiliés aux caisses de la région Île-de-France (37,7 %), loin devant les régions Rhône-Alpes (8,3 %), Paca (7,5 %) et

l'étranger et remboursés par l'assurance maladie ne représente que 0,10 % de la prise en charge globale des soins dentaires sur le territoire national et hors de nos frontières en 2014 (0,087 % en 2013). Le tourisme dentaire

LE TOP 10 DES DESTINATIONS DE SOINS

Pays de soins	Nombre de dossiers	Dépense de l'assuré (€)	Dépense moyenne (€)	Montant remboursé (€)	Taux de prise en charge (%)
HONGRIE	2279	3253606	1428	746734	23,0
ESPAGNE	4469	2742924	614	512357	18,7
PORTUGAL	7959	1706260	214	574074	33,6
ITALIE	1224	1122052	917	176163	15,7
ALLEMAGNE	1862	656921	353	135133	20,6
ROUMANIE	526	543570	1033	151931	28,0
BELGIQUE	1388	299916	216	67450	22,5
POLOGNE	849	270302	318	89072	33,0
BULGARIE	164	78337	478	29537	37,7
PAYS-BAS	225	75968	338	16690	22,0
TOTAL UE	20945	10749856	513	2499141	23,2

Source : CNSE. États de l'Union européenne classés par ordre décroissant des dépenses pour les assurés.

Alsace (6,2 %). La CPAM de Paris a enregistré à elle seule 1 935 dossiers (soit près de 8 % du nombre total de dossiers en 2014) avec un remboursement total s'élevant à 189 592 euros.

Quelles sont les destinations européennes du tourisme dentaire ? Sans surprise, et pour la seconde année consécutive, la Hongrie, l'Espagne, le Portugal et l'Italie sont les destinations phares des Français, le montant dépensé par les assurés dépassant le million d'euros dans chacun de ces quatre pays.

En termes de dépenses de soins, trois profils se dégagent : en Hongrie et en Roumanie, le coût des soins est, en moyenne, supérieur à 1 000 euros pour des soins essentiellement prothétiques. En Espagne et en Italie, les coûts sont compris entre 500 et 1 000 euros. Pour les autres pays, les coûts se situent dans une fourchette allant de 200 à 500 euros (voir le détail dans le tableau *Top 10 des destinations de soins*).

Relevons que l'Espagne et l'Italie continuent de profiter de leur statut de pays frontaliers puisqu'une grande part de la demande de remboursement provient respectivement d'habitants des Pyrénées-Atlantiques et

des Alpes-Maritimes.

Le CNSE constate par ailleurs que les assurés sont de plus en plus nombreux à se faire soigner en Europe. En effet, le montant des dépenses dans l'Union européenne, l'Espace économique européen et la Suisse (UE-EEE-Suisse) a augmenté de 11,5 % par rapport à 2013 (et de plus de 20,4 % par rapport à 2011). Mais le CNSE précise que cette tendance « cache des évolutions bien plus importantes : la dépense pour les soins dentaires en Espagne et au Portugal a progressé respectivement de 25,1 % et 30,8 %. La dépense italienne a chuté de 8,5 % par rapport à 2013, mais

En dehors de l'UE et très accessoirement, les États-Unis, le Maroc, le Canada, la Chine et le Liban recueillent la majorité des dépenses de soins dentaires.

il faut ajouter que le montant dépensé en Italie pour des soins dentaires a augmenté de 164,8 % entre 2011 et 2014.

Les Français privilégient donc l'UE pour leurs soins dentaires. Ils sont une majorité dans ce cas puisque, en 2014, 92,2 % des dossiers, 95,4 % des dépenses et 95,9 % des remboursements concernent des soins effectués au sein de la zone UE-EEE-Suisse. À l'inverse, et fort logiquement le montant des dé-

penses en dehors de la zone UE-EEE-Suisse ne cesse de diminuer (-13,7 % par rapport à 2013 et -55,7 % par rapport à 2011). Par ordre décroissant, les

cinq pays pour lesquels les montants dépensés en soins dentaires sont les plus élevés hors UE sont les États-Unis (365 dossiers), le Maroc (199), le Canada (272), la Chine (91) et le Liban (34).

Enfin, la dépense moyenne par dossier a diminué, passant de 500 euros en 2013 à 479 euros (-4,4 %) en 2014, mais le remboursement moyen par dossier a très légèrement augmenté et passe de 109 euros à 110 euros.

L'ESSENTIEL

- ✓ Les données 2014 du Centre national de soins dentaires à l'étranger (CNSE) confirment le développement du tourisme dentaire, mais les chiffres restent encore très modestes.
- ✓ Le montant des dépenses des assurés et des remboursements de l'assurance maladie ont augmenté respectivement de 10 % et de 16 % par rapport à 2013.
- ✓ Le profil des prestations dentaires diffère selon les pays. Les soins prothétiques sont majoritaires en Hongrie, en Italie, en Espagne et au Portugal, lequel enregistre aussi une part non négligeable de soins conservateurs.

Globalement, les chiffres 2014 des soins dentaires à l'étranger confirment une tendance que l'on ne peut ignorer, mais qui suit une courbe lente et progressive. Cette hausse correspond d'ailleurs à celle observée pour l'ensemble des soins remboursés par la France, qui est de 22,2 % (113,4 millions d'euros) en 2014, contre 10,2 % en 2013. Reste la question de la responsabilité lors du suivi thérapeutique pour des soins réalisés, parfois, à des milliers de kilomètres de son lieu de vie. ■

Pour aller plus loin

Saisissez « Rapport CNSE 2014 » sur votre moteur de recherche pour télécharger le rapport au format PDF.



Focus sur les quatre principales destinations de soins dentaires

Le Centre national de soins à l'étranger (CNSE) propose une analyse centrée sur les quatre pays figurant en tête des dépenses de soins des assurés du régime général français. Ce top 4 reste inchangé par rapport à 2013. Pour la Hongrie, l'Espagne, le Portugal et l'Italie, 8,8 millions d'euros ont été dépensés par les assurés. Dans le détail, 3,2 millions d'euros en Hongrie, 2,7 en Espagne, 1,7 au Portugal et 1,1 en Italie. À eux seuls, «ces quatre pays concentrent 15 924 assurés soit 65 % des dossiers dentaires traités par le CNSE et correspondent à 75,2 % des dépenses des assurés et 74,5 % des remboursements de l'assurance maladie, soit 2 millions d'euros».

HONGRIE

Le coût moyen des prestations s'élève à 1 428 euros (contre 1 557 en 2013), soit une prise en charge évaluée à 23 % par le CNSE pour «des soins essentiellement prothétiques». L'origine géographique des assurés est marquée par une grande diversité. Ils résident dans 92 départements et dans les 4 DOM. Dans le classement par département, Paris (7,4 %) se positionne devant le Val d'Oise (4,1 %), la Haute-Savoie (3,7 %), la Seine-Saint-Denis, l'Essonne et le Haut-Rhin (3,6 % chacun).

ESPAGNE

Le coût moyen des prestations s'élève à 614 euros (contre 640 en 2013), soit une prise en charge évaluée à 18,7 % par le CNSE pour «une grande majorité de soins prothé-

tiques». L'effet de la proximité géographique constitue un levier fort puisque les Pyrénées-Atlantiques se classent au deuxième rang du nombre de dossiers traités, les Pyrénées-Orientales et la Haute-Garonne occupant respectivement la troisième et la quatrième position. Paris se classe néanmoins au premier rang avec 6,9 % des dossiers traités par le CNSE.

PORTUGAL

Le coût moyen des prestations s'élève à 214 euros (contre 219 euros en 2013), soit une prise en charge évaluée à 33,6 % par le CNSE pour «des soins prothétiques, mais aussi une part non négligeable de soins conservateurs». Les assurés qui ont bénéficié de ces soins sont principalement issus de l'Île-de-France devant la région

Rhône-Alpes (53,9 % contre 8,0 %). À l'échelle départementale, l'Essonne se classe en première position (7,9 %), suivie par le Val-de-Marne (7,8 %) et la Seine-et-Marne (7,6 %).

ITALIE

Le coût moyen des prestations s'élève à 917 euros (contre 992 euros en 2013), soit une prise en charge évaluée à 15,7 % par le CNSE pour «une majorité de soins prothétiques». De même que pour le Portugal, la proximité géographique est déterminante puisque le département des Alpes-Maritimes représente à lui seul 38,3 % des dossiers traités, suivi de loin par Paris (9 %), des Hauts-de-Seine (4,6 %) et du Var (4,3 %).

Toute l'information pratique en ligne



Contrats, petites annonces, actualités, réglementation... Le site Internet de l'Ordre met à disposition des confrères tous les outils pour sécuriser et améliorer leur exercice.

Pas de QPC pour le Clesi

La cour d'appel d'Aix-en-Provence n'a pas suivi l'argumentaire du Clesi (ex-Pessoa) et a opposé un refus à la transmission d'une question prioritaire de constitutionnalité déposée par le très contesté centre d'enseignement, dont les établissements de Toulon et de Béziers demeurent encore aujourd'hui en activité.

Pas de question prioritaire de constitutionnalité (QPC) pour le Clesi. Par un arrêt du 19 mai 2015, la cour d'appel d'Aix-en-Provence n'a pas accédé à la requête du Clesi (ex-Pessoa) destinée à transmettre une QPC à la Cour de cassation. Même si l'arrêt ne l'indique pas, et à bien lire entre les lignes, la cour d'appel refuse de consentir à ce qui apparaît comme une ma-

noeuvre visant à gagner du temps dans le combat judiciaire qui oppose le Clesi à l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes.

Dans son arrêt, la cour d'appel d'Aix-en-Provence constate en effet que «*toute l'argumentation du Clesi repose non pas sur l'impossibilité ou a fortiori l'interdiction d'ouvrir un établissement privé d'enseignement supérieur, mais sur l'impossibilité future d'obtenir un double*

conventionnement et donc l'agrément, impossibilité qui ne résulte elle-même que d'une anticipation non vérifiée». En d'autres termes, le Clesi ne peut spéculer sur un éventuel rejet d'agrément. C'est la raison pour laquelle la cour d'appel d'Aix-en-Provence a décidé de renvoyer l'affaire au fond.

Rappelons que le tribunal de grande instance (TGI) de Toulon avait condamné le Clesi à fermer ses établissements à Toulon et à Béziers, en septembre 2014, considérant que l'activité du Clesi tombait sous le coup de l'agrément ministériel – désormais rendu obligatoire par la loi «Fioraso» du 22 juillet 2013 – agrément subordonné à la signature d'une convention avec une université et un établissement de santé. En faisant appel de la décision,

L'ESSENTIEL

- ✓ La cour d'appel d'Aix-en-Provence a rejeté la requête du Clesi visant à transmettre à la Cour de Cassation une question prioritaire de constitutionnalité (QPC).
- ✓ Le Clesi a été condamné par le TGI de Toulon à fermer ses deux centres en septembre 2014, mais la cour d'appel d'Aix-en-Provence avait jugé «*manifestement excessive*» cette décision, suspendant ainsi l'exécution du jugement.
- ✓ Le Clesi continue à dispenser ses formations en attendant que l'affaire soit jugée en appel sur le fond par la cour d'appel d'Aix-en-Provence.



le Clesi avait obtenu en référé qu'elle soit suspendue. Il avait obtenu gain de cause puisque cette fermeture a été jugée « *manifestement excessive* » par la cour d'appel d'Aix-en-Provence.

Depuis l'ouverture de ses centres, le Clesi ne cesse de contester les dispositions de la loi Fioraso. C'est donc un nouveau levier qu'il actionnait en demandant à la cour

rir un diplôme » puisque, en effet, le Clesi n'en délivre aucun. Les étudiants entament leurs études en France puis achèvent leur formation dans un autre pays européen comme l'Italie, la Roumanie, la Slovaquie ou encore le Portugal selon la spécialité choisie.

Malgré cette QPC rejetée, la volonté du Clesi de maintenir ses centres ouverts ne faiblit pas. En

Après s'être acquittés des droits annuels d'inscription de 9 500 euros, les étudiants doivent achever leur formation dans un autre pays européen pour obtenir leur diplôme.

d'appel d'Aix-en-Provence de saisir la Cour de cassation d'une QPC.

La justice en a donc décidé autrement : la cour d'appel d'Aix-en-Provence a non seulement débouté le Clesi de sa demande, mais a également condamné l'association à s'acquitter des dépens.

Rappelons que le Clesi dispense (entre autres) des formations en pharmacie, kinésithérapie, orthophonie et odontologie moyennant, pour ce dernier cursus, des droits annuels d'inscription s'élevant à 9 500 euros, en vue d'acquiescer un diplôme européen. « *En vue d'acquies-*

témoigne la page d'accueil de son site Internet : « *Fondé avant la loi Fioraso de 2013 sur l'enseignement supérieur, [le Clesi] est en droit de former des étudiants à des professions réglementées dès lors que les universités européennes de tutelle acceptent d'assurer la surveillance pédagogique des cours assurés en France* », peut-on y lire.

Le marathon judiciaire dure depuis presque trois ans. C'est désormais à la cour d'appel de statuer, sur le fond, sur la capacité du Clesi à délivrer un enseignement dans le domaine médical. ■

ÉLECTIONS DES MEMBRES DU CONSEIL NATIONAL

ÉLECTION COMPLÉMENTAIRE

Suite au décès du D^r Alain MOUTARDE, chirurgien-dentiste, docteur en chirurgie dentaire (réélu le 7 juin 2007), son poste de conseiller national, représentant le onzième secteur est à pourvoir :

- **Onzième secteur** : Auvergne – Limousin – Poitou-Charentes : Allier, Cantal, Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Deux-Sèvres, Vienne et Haute-Vienne

Conformément aux dispositions :

- de l'article L. 4142-1 du Code de la santé publique et de l'arrêté du 2 mars 1973 modifié par l'arrêté du 4 décembre 1996, relatifs à la composition du Conseil national de l'Ordre,
- des articles R. 4122-1, R. 4122-2, R. 4122-3, R. 4122-4 et R. 4122-4-1 du Code de la santé publique réglementant les élections des membres du Conseil national de l'Ordre,

le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes procédera à une élection complémentaire le :

Mercredi 25 novembre 2015

Ce mandat prendra fin en juin 2021.

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Tout praticien éligible suivant les dispositions des articles L. 4111-1, L. 4123-5, L. 4124-6 du Code de la santé publique et de l'article L. 145-2-1 du Code de la sécurité sociale peut être candidat aux élections du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Tous les candidats doivent être à jour de leur cotisation ordinale.

DÉPÔT DES CANDIDATURES

30 jours au moins avant le jour de l'élection, c'est-à-dire le vendredi 23 octobre 2015, à 16 heures.

Les candidats devront faire connaître, par lettre recommandée avec avis de réception, leur candidature au président du Conseil national de l'Ordre – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16 (article R. 4122-1 du Code de la santé publique).

Dans sa déclaration de candidature, le candidat doit indiquer sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels. Le candidat doit signer sa déclaration de candidature.

Les candidats ont la possibilité de rédiger à l'attention des électeurs une profession de foi qui sera jointe à l'envoi des documents électoraux. Celle-ci, rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 mm x 297 mm en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique.

Toute candidature parvenue après le vendredi 23 octobre 2015 16 heures est irrecevable.

RETRAIT DES CANDIDATURES

Conformément à l'article R. 4123-4 du Code de la santé publique, le retrait par un praticien de sa candidature ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi du matériel de vote, c'est-à-dire avant le mercredi 28 octobre 2015.

Le retrait doit être notifié au Conseil national par lettre recommandée avec avis de réception ou déposé au siège du Conseil contre récépissé.

ÉLECTEURS

Sont électeurs les membres titulaires des conseils départementaux du onzième secteur. Le président du Conseil national leur transmettra les noms, prénoms et adresses des candidats et le matériel de vote.

VOTE

Le vote a lieu par correspondance. Il est adressé ou déposé obligatoirement au siège du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16.

Le scrutin prend fin le jour de l'élection : le mercredi 25 novembre 2015 à 10 heures.

Aucun vote ne peut être reçu après la déclaration de clôture.

DÉPOUILLEMENT

Le dépouillement aura lieu sans désemparer le mercredi 25 novembre 2015 après la clôture du scrutin, au siège du Conseil national – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16, en séance publique, sous la surveillance du bureau de vote désigné par le président du Conseil national sur proposition du bureau de ce Conseil.

Dès la maternelle, l'inégalité face à la carie demeure

Sur fond de baisse des budgets de prévention, une récente étude de la Drees montre que les chiffres n'évoluent pas en termes de comportements et d'accès aux soins dentaires, selon que l'on soit enfant d'ouvrier ou de cadre.

Dès l'âge de six ans, les enfants de cadres affichent de meilleurs bilans de santé que les enfants d'ouvriers : 7 % sont en surcharge pondérale et 1 % obèses contre respectivement 16 % et 6 % des enfants d'ouvriers. Cette inégalité devant la santé se traduit aussi dans le domaine de la santé bucco-dentaire puisque 8 % des enfants de cadres présentent au moins une dent cariée contre 30 % des enfants d'ouvriers. Tels sont les principaux résultats d'une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) réalisée auprès des personnels de santé des établissements scolaires et portant sur les grandes sections de maternelle en 2012-2013. Ces disparités, analyse la Drees, s'expliquent en partie «*par des comportements fortement différenciés, car forgés au quotidien par le milieu social et culturel*». L'enquête montre ainsi que les cadres accordent plus de place à la

À propos de l'enquête

Mises en place en 1999, les enquêtes nationales de santé scolaire sont pilotées par la Drees en collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Les informations sont recueillies par les personnels de santé scolaire. Les enquêtes réalisées en grande section de maternelle reposent sur les bilans de santé des élèves de six ans, qui sont établis en vue du dépistage des pathologies et des troubles susceptibles d'avoir des effets sur l'apprentissage.

L'ESSENTIEL

- ✓ Les enfants de cadres affichent un meilleur bilan de santé que les enfants d'ouvriers, notamment dans la sphère bucco-dentaire.
- ✓ 8 % des enfants de cadres présentent au moins une dent cariée contre 30 % des enfants d'ouvriers.
- ✓ Ces disparités s'expliquent, en partie, par des comportements très différenciés selon le milieu social : 60 % des enfants de cadres se brossent les dents plusieurs fois par jour contre 47 % des enfants d'ouvriers.

prévention et aux habitudes de vie bénéfiques pour la santé. Si 60 % (on serait tenté d'écrire 60 % «seulement») des enfants de cadres «*se brossent les dents plusieurs fois par jour, cette pratique ne concerne que 47 % des enfants d'ouvriers*». On est donc loin, très loin du compte. Les enfants de cadres «*consomment moins de boissons sucrées, prennent plus souvent un petit-déjeuner chaque jour, et passent moins de temps devant un écran d'ordinateur, de télévision ou de jeux vi-*

déo, autant de facteurs connus pour leurs effets sur le poids», constatent les auteurs de l'étude.

La Drees constate que 16 % des enfants de 5 à 6 ans présentent au moins une dent cariée (5,5 % une seule et 10,5 % deux ou plus) et, dans les deux tiers des cas, elles ne sont pas soignées. 24 % des enfants d'ouvriers présentent des dents cariées non soignées, contre 4 % des enfants de cadres, proportion proche de ce qui était observé en 2005-2006 par la Drees.



En termes de consultations chez un chirurgien-dentiste, les démarches et les comportements sont également extrêmement marqués socialement : « 56 % des enfants de cadres ont déjà consulté un chirurgien-dentiste en dehors du cadre scolaire et des consultations gratuites proposées par l'assurance maladie, contre 40 % des enfants d'ouvriers. Les consultations préventives représentent 81 % des consultations chez les cadres, contre 48 % pour les enfants d'ouvriers. Ces der-

niers consultent majoritairement à titre curatif (52 % contre 19 % pour les cadres). »

De façon concomitante, le recours aux soins en cas de caries est moins fréquent chez les enfants d'ouvriers : alors que, parmi les enfants présentant des caries, 45 % des enfants de cadres ne consultent pas et restent avec des dents non soignées – ce qui est déjà en soi énorme –, le pourcentage s'élève à 77 % chez les ouvriers. Ces résultats, stables depuis 2006 selon la Drees, nous

confirment que la santé bucco-dentaire reste un marqueur social fort qui ne se résorbe pas. Ils confirment aussi, même si ce n'est pas l'objet de l'étude, qu'il y a encore du chemin à parcourir avant que les attitudes

et les comportements de prévention ne prédominent, et ce quelle que soit la catégorie sociale des parents.

Un triste constat, sur fond de réduction des budgets de prévention bucco-dentaire. ■

Pour aller plus loin

- Télécharger au format PDF l'étude de la Drees *La Santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge à partir de l'adresse* <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-2013,11486.html>

Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées

L'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap est un enjeu majeur de santé publique et d'intégration sociale. L'Ordre s'associe à l'UFSBD qui est à l'initiative d'une charte sur les soins bucco-dentaires à destination de ce public.

La profession se mobilise pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. La création d'une charte d'accès aux soins, et plus particulièrement aux soins bucco-dentaires, des personnes handicapées initiée par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) en est la traduction. Fruit d'une réflexion professionnelle commune, cette charte a été portée sur les fonts baptismaux par les organismes dentaires, les syndicats et l'Ordre. Elle s'inscrit dans la droite ligne de la politique publique d'accès aux soins initiée en 2005.

«*Les pathologies bucco-dentaires observées chez les personnes en situation de handicap sont essentiellement liées à un déficit d'hygiène et d'accès aux soins, pouvant avoir des conséquences graves sur la santé générale*», rappelle l'UFSBD. Afin d'améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées, il est donc fondamental d'améliorer l'accès à la prévention, c'est-à-dire de privilégier les solutions en amont qui permettront de limiter les besoins de soins en aval. L'objectif de la charte : mobi-

liser tous les acteurs dans la mise en place d'un parcours santé individualisé pour chaque personne, quels que soient son handicap, son âge et son milieu de vie.

La charte est construite autour de sept axes majeurs que nous synthétisons ci-dessous.

1. Mobiliser tous les acteurs du parcours santé

Les professionnels médicaux, de santé, les intervenants du monde du handicap, les familles, les aidants familiaux, les personnes en situation de handicap elles-mêmes participent à la construction et au suivi du parcours santé.

2. Veiller à la prise en compte la plus précoce possible de la santé bucco-dentaire au sein du parcours santé

Cette dimension passe par la formation initiale et continue de tous les professionnels médicaux et de santé à la prise en charge et au suivi de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Ces dernières et leur famille doivent être sensibilisées à la nécessité d'un maintien en bonne santé bucco-

dentaire pour leur permettre d'être les acteurs de leur santé.

3. L'éducation à la santé et la prévention sont les piliers du parcours santé bucco-dentaire

La prévention doit, en partie, être confiée à l'entourage de la personne en situation de handicap (personnel, encadrants) afin de faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne handicapée et de garantir la pérennité de la démarche. Les personnes handicapées et leur famille doivent recevoir toutes les informations utiles et nécessaires pour leur permettre de maintenir une bonne santé bucco-dentaire.

4. Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires

Les chirurgiens-dentistes continuent à s'engager afin de favoriser l'accessibilité aux soins ambulatoires, tant en termes d'aménagement des locaux que d'organisation et d'offre de soins.

C'est d'ailleurs dans cette logique que l'Ordre a créé, en 2010, des référents handicap au sein des conseils départementaux afin



L'Ordre s'engage pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en signant la charte Handicap de l'UFSBD le 26 août dernier. De gauche à droite: Marcel Perroux (UJCD), Catherine Mojaïsky (CNSD), Pascal Jacob (président de l'association Handidactique), Gilbert Bouteille (président de l'Ordre), Sophie Dartevelle (UFSBD) et Yann Rault (FSDL).

d'identifier les praticiens pouvant notamment recevoir les personnes en situation de handicap moteur. L'objectif : orienter le patient vers le praticien le plus « adapté ».

5. Créer une habitude de visite régulière chez le chirurgien-dentiste, dès le plus jeune âge, en favorisant le « milieu ordinaire »

Lors de la première consultation, dès le plus jeune âge, le chirurgien-dentiste traitant de la famille propose un protocole de prévention et d'hygiène adapté au patient et à son handicap, et le modifie si besoin au fil de la vie.

Il assure le suivi et la maintenance de l'état de santé bucco-dentaire et crée une relation de confiance indispensable à la mise en œuvre des soins primaires si nécessaire. Si certaines difficultés de soins ne permettent pas ou plus les soins en « milieu ordinaire », le chirurgien-dentiste traitant oriente le

patient vers les professionnels de santé adéquats au sein ou en dehors de réseaux.

6. Les établissements médico-sociaux sont des partenaires du parcours santé

Leur implication dans le suivi de la santé bucco-dentaire sera liée à la place qu'ils occupent dans la vie de la personne handicapée : de la sensibilisation à la prise en charge complète au sein d'un projet d'établissement.

7. Coordinateur des soins et de la prévention – correspondant en santé orale : les garants du suivi du parcours de santé.

Un correspondant en santé orale est identifié et formé dans les établissements médico-sociaux. Le coordinateur des soins et de la prévention de toute personne handicapée vivant à son domicile est sensibilisé à l'importance du main-

L'ESSENTIEL

- ✓ La profession signe une charte d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, initiée par l'UFSBD.
- ✓ Ce document vise à émettre des recommandations en faveur d'un meilleur accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées.
- ✓ L'accent est mis sur la prévention et la prise en compte dès le plus jeune âge de la santé bucco-dentaire dans le parcours de santé.

tien en bonne santé dentaire. Ils mettent en œuvre tous les moyens nécessaires (organisation des transports, prise de rendez-vous, organisation de l'accompagnement) pour un suivi dentaire de qualité. Ces recommandations requièrent la mobilisation de tous, et en particulier des chirurgiens-dentistes. Une bonne santé bucco-dentaire conditionne en effet un bon état de santé général. ■

Concurrence : recours de l'Ordre

L'Ordre a formé un recours sur la forme devant la cour d'appel de Paris contre l'ordonnance ayant autorisé la perquisition et les opérations de saisie dans ses locaux, en juin dernier, dans le cadre d'une enquête de l'Autorité de la concurrence sur une éventuelle pratique anticoncurrentielle de boycott.



Le nouveau bureau de la CARCDSF

Le nouveau bureau de la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes (CARCDSF) se compose comme suit :

Président : Frank Lefèvre
Vice-Présidents : Guy Morel, Pierre Vinchon, Bénédicte Jouffroy
Secrétaire Général : Éric Quièvre
Trésorier Général : Jean-Marie Largant
Trésorier Adjoint : Marc Bouziges

Parution

Simon Berenholtz signe *L'Homme social à son corps dépendant*, un très bel ouvrage dans lequel l'ancien président de l'Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD) livre une riche analyse sur les analogies comportementales entre les cellules biologiques et les sociétés humaines. Pr Simon Berenholtz, *L'Homme social à son corps dépendant*, L'Harmattan, 2015, 32 euros.



Le nouveau bureau de la SFODF

Le bureau du conseil d'administration de la Société française d'orthopédie dento-faciale (SFODF) se compose comme suit :

Président : Olivier Sorel
Vice-présidents : Alain, Béry, Pierre Canal
Secrétaire général : Guy Bounoure
Trésorier : Jean-Baptiste Kerbrat

Élections dans les Ordres

À l'issue des différents scrutins dans les Ordres, Isabelle Adenot a été réélue à la tête de l'Ordre des pharmaciens, de même que Marie Josée Keller pour l'Ordre des sages-femmes. Jean-François Dalbin a été élu à la présidence de l'Ordre des géomètres-experts.

Distinctions honorifiques Ordre national de la Légion d'honneur

Par décret du président de la République en date du 13 juillet 2015, ont été nommés au grade de chevalier : Georges Pina et Isabelle Spennato-Lamour, docteurs en chirurgie dentaire. *Le Conseil national leur adresse ses félicitations les plus vives.*

Restituer ou non les originaux des moulages dentaires au patient...

En résumé

La Commission d'accès aux documents administratifs (la Cada) a formulé récemment un avis sur la communication à une patiente de ses « *moulages odontologiques* ». Elle émet un avis favorable à la transmission desdits moulages, mais ne se prononce pas véritablement sur le point de savoir si le droit d'accès (dont est titulaire le patient) porte ou non sur les moulages originaux. L'interrogation n'est pas sans incidences pratiques : pour le praticien, il s'agit de conserver des preuves dans l'éventualité d'un litige en responsabilité médicale ; pour le patient, s'il ne reçoit qu'une copie, c'est à lui (légalement) de supporter le coût de la reproduction.

Le contexte

La Commission d'accès aux documents administratifs – la Cada ⁽¹⁾ – a rendu le 5 mars 2015 un avis relatif à la communication de « *moulages odontologiques* » ⁽²⁾. Elle a été saisie par une patiente de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) qui sollicitait la transmission de l'intégralité de son dossier médical, détenu par le service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière, y compris les moulages réalisés

au début et à la fin de son traitement ; l'établissement lui a opposé un refus.

Ce contexte appelle une remarque liminaire : la Cada ne peut intervenir qu'en l'hypothèse d'une décision de refus prise par un établissement hospitalier public, un établissement privé participant au service public hospitalier ou une autorité administrative détenant des documents à caractère médical. Aussi est-elle privée de tout pouvoir de formuler un avis lorsque le refus de communication provient d'un professionnel libéral



»»» de santé. Toutefois, celui-ci est tenu aux mêmes obligations de communication des informations médicales, et ce en vertu de la loi, réglementée en l'occurrence par le Code de la santé publique; mais, en cas de différend, il appartient au patient d'assigner le praticien devant une juridiction de l'ordre judiciaire ⁽³⁾. Précisons que le juge ne manquera pas de s'inspirer d'un tel avis, surtout si l'un des avocats le lui transmet...

L'analyse

La Cada, à juste titre, vise le fondement juridique à partir duquel elle formule son avis, en l'occurrence l'article L. IIII-7 du Code de la santé publique. Ce texte prescrit, chacun le sait, un droit d'accès à l'information médicale : «*Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans*

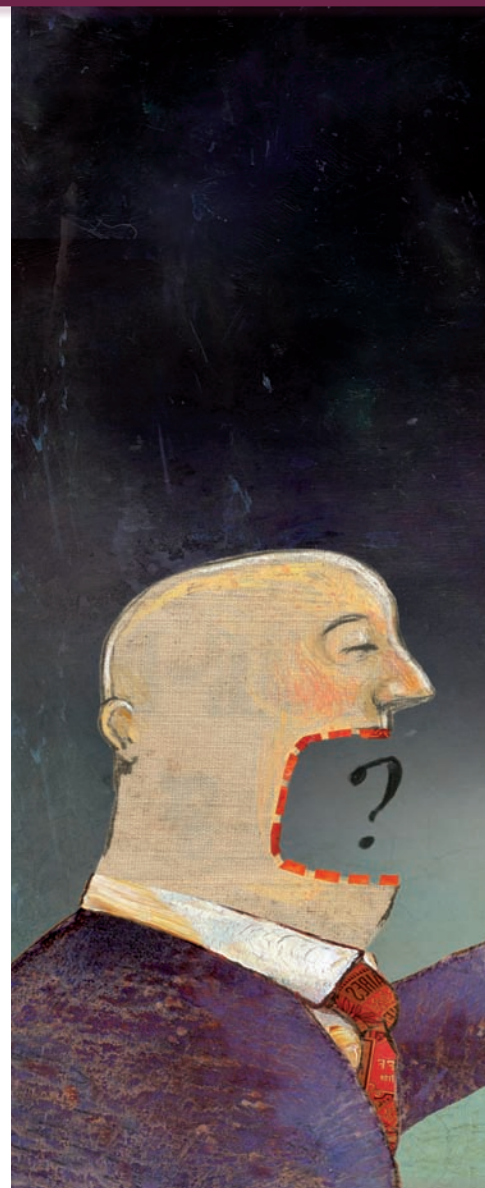
la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. [...]»

La Cada déduit de ce texte qu'«*il donne en principe accès à tout support matériel destiné à l'enregistrement de l'état clinique [du patient], réalisé en vue, notamment, d'actes de diagnostic ou de soins, par exemple pour la confection ou l'adaptation de dispositifs médicaux tels que des prothèses dentaires*». De là, cette commission estime que les moulages doivent être transmis à la patiente «*dès lors qu'ils rendent compte de son état clinique à plusieurs stades de sa prise en charge et concernant, à ce titre, sa santé*». Bref, elle émet «*un avis favorable à la communication des moulages odontologiques*».

Mais faut-il confier au patient les moulages originaux? La Cada n'apporte pas de réponse nette; elle se déclare même incompétente «*pour se prononcer sur la remise à l'intéressée de l'original des documents, notamment des moulages*». Il est vrai que le dernier alinéa de l'article L. IIII-7 n'impose pas la remise des originaux; le législateur s'est contenté d'évoquer une «*consultation sur place, avec le cas échéant remise de copies de documents*» ou l'envoi de copies de documents. Et d'ajouter que «*les frais [de reproduction] laissés à la charge [du demandeur] ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi*» de ces copies.

Au visa de ce texte, la Cada conclut que «*ces principes sont applicables à la réalisation éventuelle*

de copies des moulages». Cette partie de l'avis laisse perplexe. Que faire concrètement? Soit le praticien décide de remettre l'original (contre reçu daté et signé du patient); il satisfait ainsi pleinement le patient, mais risque alors de perdre un moyen de preuve, fort utile si un litige en responsabilité médicale naît par la suite; il est à tout le moins conseillé d'effectuer des clichés de ces moulages ⁽⁴⁾. Soit le praticien conserve l'original et communique une «*copie*», dont le coût (non pris en charge





par l'assurance maladie!) est assumé par le patient. D'un côté, le praticien se ménage une preuve, mais, d'un autre, il va at-

question de remettre en cause le droit à l'information, mais de s'interroger sur les modalités adéquates pour y accéder, surtout

actuel du droit il est délicat de raisonner en termes de droit de propriété s'agissant des supports de l'information médicale. ■

David Jacotot

En l'état actuel du droit, il est délicat de raisonner en termes de droit de propriété s'agissant des supports de l'information médicale.

tiser le mécontentement du patient, voire l'inviter – involontairement ou inconsciemment – à « chercher à obtenir justice » (*sic*). Pour conclure, il n'est pas

lorsque l'information médicale n'a pas pour support un « document papier » (ou susceptible d'être numérisé); dans le prolongement, l'on voit bien qu'en l'état

(1) Cette commission, créée en 1978, est une autorité administrative indépendante et consultative chargée de veiller à la liberté d'accès aux documents administratifs.

(2) Avis n° 20150002.

(3) Situation ultime, dont on a la faiblesse de croire qu'il vaut mieux l'éviter.

(4) Le développement du numérique aidant.

Où la définition précise de l'« immeuble » impacte l'installation du praticien

En résumé

L' article R. 4127-278 du Code de la santé publique énonce : « *Le chirurgien-dentiste [...] ne doit pas s'installer dans l'immeuble où exerce un confrère sans l'agrément de celui-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre.* » Les juges, dans une affaire opposant deux chirurgiens-dentistes, ont été saisis de la question suivante : Qu'est-ce qu'un « *immeuble où exerce un confrère* » au sens de l'article précité ? Ils ont répondu : « *Si les locaux professionnels des praticiens A et B sont situés dans un même bâtiment, ils sont desservis par des entrées distinctes, l'accès des patients au cabinet du chirurgien-dentiste A, lequel donne directement sur le parking, étant commandé par une porte indépendante qui lui est propre, tandis que le cabinet du praticien B, situé à l'étage, est desservi par un escalier auquel on accède par une autre porte ; bien que proches, les deux accès sont suffisamment séparés pour ne pas créer de confusion ; il n'existe aucune possibilité de communication intérieure entre les deux locaux ; dans ces conditions, ces locaux n'ont pas été regardés comme situés dans le même immeuble au sens et pour l'application de l'article R. 4127-278 du Code de la santé publique.* » C'est cette solution qu'il convient d'explicitier.

Le contexte

Le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes contient nombre de principes relatifs à l'exercice de la profession ; l'un d'eux – réglementé à l'article R. 4127-278 du

Code de la santé publique – dispose que « *le chirurgien-dentiste ou toute société d'exercice en commun, quelle que soit sa forme, ne doit pas s'installer dans l'immeuble où exerce un confrère sans l'agrément de celui-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre. Il est interdit de s'installer à titre professionnel dans un lo-*



cal ou immeuble quitté par un confrère pendant les deux ans qui suivent son départ, sauf accord intervenu entre les deux praticiens intéressés ou, à défaut, autorisation du conseil départemental de l'Ordre»⁽¹⁾. La partie soulignée a pour objet d'encadrer l'installation, laquelle n'est donc pas libre. Elle est rédigée à première vue de manière claire et précise. Mais la «vie réelle» est si riche de situations imprévues qu'elle soulève des questions auxquelles l'on ne pense pas nécessairement lors de la rédaction des textes. Ainsi, quel sens donner à l'expression «*immeuble où exerce un confrère*»? C'est à cette question que répond le juge administratif⁽²⁾. Voici pourquoi cette juridiction a été saisie. Un praticien A souhaite s'installer dans un «*immeuble*». Il en demande l'autorisation au conseil départemental, qui la lui refuse au motif que le praticien B «*y exerce déjà son activité de chirurgien-dentiste*»⁽³⁾. Le chirurgien-dentiste A conteste cette solution et exerce un recours devant le Conseil national; ce dernier annule la décision du conseil départemental dans la mesure où «*les deux cabinets n'étaient pas situés dans le même immeuble*»⁽⁴⁾; le praticien A n'avait donc pas besoin d'une autorisation.

Le chirurgien-dentiste B riposte à son tour et saisit le tribunal administratif. Ce dernier juge que les locaux professionnels dans lesquels le praticien A entend s'installer sont situés «*dans le même immeuble que les locaux professionnels de son confrère*»! Ce n'est pas fini... Un appel a été interjeté. La cour administrative d'appel juge, quant à elle, que les deux appelants (le praticien A et le Conseil national de l'Ordre) sont fondés à soutenir que le tribunal administratif n'a pas correctement statué. À ce stade de la présentation, le lecteur ne manquera pas d'être surpris : est-ce

«*constitue l'une des manifestations concrètes des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de l'art dentaire et que l'Ordre, en application de l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique, a notamment pour mission de sauvegarder*»⁽⁶⁾. Ce faisant, il reprend à son compte les conclusions de M. Henry rendues à propos du Code de déontologie des médecins : «*[Ce texte] procède de pures considérations de moralité permettant d'éviter de transformer une profession libérale en une profession commerciale, d'éviter un abus de*

Au cœur du débat, l'article R. 4127-278 est analysé comme l'une des manifestations concrètes des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de l'art dentaire.

ou non le «*même immeuble*», sachant que l'adresse postale de l'un et l'autre est identique? D'où la recherche de la signification de la locution «*l'immeuble où exerce un confrère*».

L'analyse

Faute d'acceptation légale, le juge se livre à une interprétation de l'article R. 4127-278 du Code de la santé publique, ce qui revient à lui faire dire ce qu'il ne dit pas. Comment procéder? Le juge interprète, ici, ce texte au regard de sa finalité. Selon le rapporteur public⁽⁵⁾, cet article

confiance vis-à-vis d'un confrère dont on risque de détourner la clientèle, et mettant en œuvre, en somme, la plus simple correction confraternelle.» Du reste, le Conseil d'État a considéré, par le passé, s'agissant de l'article 71 (devenu R. 4127-278), qu'il «*n'avait ni d'autre objet ni d'autre effet que de permettre à un chirurgien-dentiste antérieurement installé de défendre ses intérêts professionnels en évitant la concurrence qu'engendrerait l'installation d'un confrère*»⁽⁷⁾. Bref, c'est à l'aune de l'absence de risque de concurrence – en quelque sorte déloyale – en raison de la configuration des lieux que la notion d'«*immeuble*» se trouve appréhendée par le juge.



»» Dit autrement, «*l'immeuble où exerce un confrère*» est «*l'immeuble dans lequel il ne serait pas possible pour un chirurgien-dentiste d'exercer son art sans risquer de créer une confusion dans l'esprit de la clientèle et d'engendrer une concurrence déloyale entre les deux cabinets*»⁽⁸⁾.

Une fois le sens déterminé, il est possible de recourir à la méthode du faisceau d'indices (afin de faciliter le passage de l'approche abstraite à une approche plus concrète), parmi lesquels «*l'appartenance ou non à un même ensemble immobilier, de type résidence; l'entrée commune dans l'immeuble et l'accès commun ou non à la voie publique et, dans l'hypothèse où les entrées sont distinctes, l'existence ou non de*

sibles par deux ascenseurs «est» et «ouest» différents, et seulement reliés entre eux par les escaliers de service⁽¹⁰⁾.

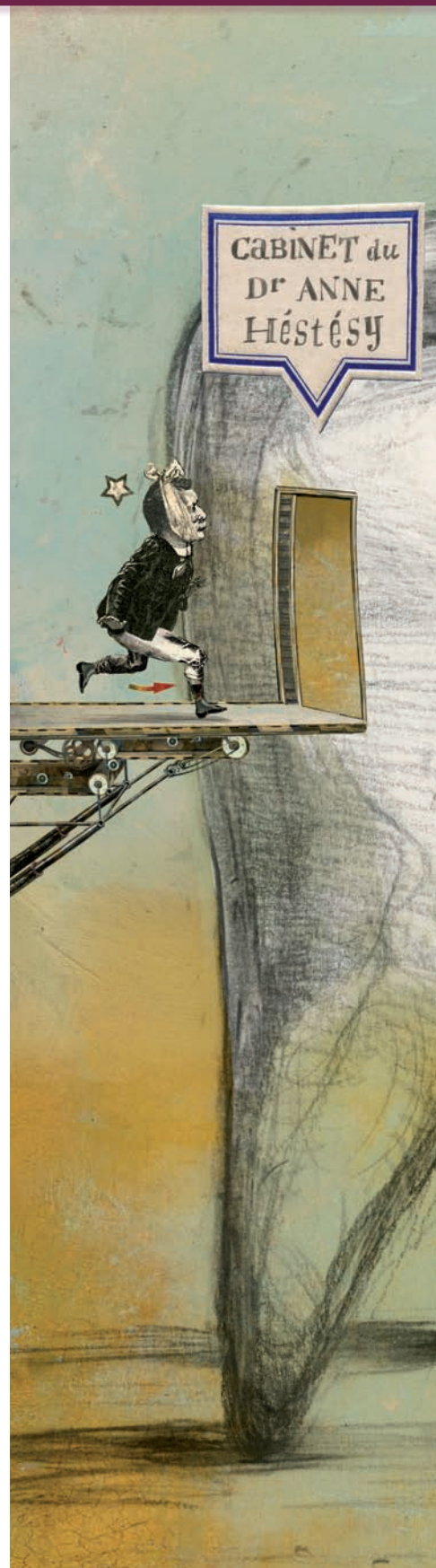
Qu'en est-il dans l'affaire évoquée ci-dessus? Reprenons le considérant n° 4 de l'arrêt de la cour administrative d'appel rendu le 6 janvier 2015 : «*Il ressort des pièces du dossier que, si les locaux professionnels des praticiens A et B sont situés dans un même bâtiment, ils sont desservis par des entrées distinctes, l'accès des patients au cabinet de chirurgien-dentiste A, lequel donne directement sur le parking, étant commandé par une porte indépendante qui lui est propre, tandis que le cabinet du praticien B, situé à l'étage, est desservi par un escalier auquel on accède par une autre porte; bien que proches, les*

C'est à l'aune de l'absence de risque de concurrence – déloyale – en raison de la configuration des lieux que la notion d'«immeuble» est appréhendée par le juge.

passages et de voies de communication internes à l'immeuble; le partage d'une même adresse postale»⁽⁹⁾. Dans ce cadre, un même bâtiment peut être vu (au sens de l'article R. 4121-278) comme comportant plusieurs immeubles. Dans le prolongement, se situent dans des immeubles distincts les cabinets installés dans le même ensemble immobilier et à la même adresse, mais accessibles par deux entrées distinctes, ou encore des cabinets installés dans la même tour de neuf étages, mais acces-

deux accès sont suffisamment séparés pour ne pas créer de confusion; il n'existe aucune possibilité de communication intérieure entre les deux locaux; dans ces conditions, ces locaux ne peuvent être regardés comme situés dans le même immeuble au sens et pour l'application de l'article R. 4127-278 du Code de la santé publique.» Bref, il ne s'agit pas du «même immeuble»; le praticien A et le Conseil national de l'Ordre ont, juridiquement, raison. ■

David Jacotot





(1) Le texte se termine ainsi :
« Les décisions du conseil départemental de l'Ordre ne peuvent être motivées que par les besoins de la santé publique. Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande. »

(2) Cour administrative d'appel de Bordeaux, 6 janvier 2015, n^{os} 14BX00515, 14BX00516 et 14BX00881 ; voir les conclusions du rapporteur public G. de la Taille *in Revue de droit sanitaire et social*, mai-juin 2015, n^o 3, p. 499.

(3) Considérant n^o 1 de l'arrêt précité.

(4) Considérant n^o 1 de l'arrêt précité.

(5) Le nom de rapporteur public est la nouvelle appellation, à compter du 1^{er} février 2009, de l'ancien commissaire du gouvernement devant les tribunaux administratifs, les cours administratives d'appel et les formations contentieuses du Conseil d'État. C'est un membre de la juridiction intervenant publiquement à l'audience pour analyser le litige et proposer une solution.

(6) Conclusions du rapporteur public G. de la Taille *in Revue de droit sanitaire et social*, préc., p. 501.

(7) CE, 29 avril 2002, n^o 230113 – avant cet arrêt, CE, 29 mai 1992, n^o 126014, *Dalloz* 1993, p. 23, obs. J. Penneau.

(8) Conclusions du rapporteur public G. de la Taille *in Revue de droit sanitaire et social*, préc., p. 501.

(9) Ces indices ont été dégagés par M. J.-P. Thiellay à propos de l'arrêt n^o 289905 rendu par le Conseil d'État le 16 janvier 2008.

(10) CE, 16 janvier 2008, préc. ; CE, 29 juin 2009, n^{os} 316365 et 316410.

Un cas de demande de qualification en ODF rejeté

En résumé

Un chirurgien-dentiste a demandé au Conseil de l'Ordre sa qualification en orthopédie dento-faciale (ODF), qui lui a été refusée. La décision de l'instance ordinale a été critiquée tant devant le tribunal administratif que devant la cour administrative d'appel, sans succès.

Le contexte

Un praticien a demandé au Conseil de l'Ordre sa qualification en orthopédie dento-faciale (ODF). Ce dernier a rejeté sa demande, et ce par référence à l'arrêté du 19 novembre 1980 approuvant le règlement relatif à la qualification en ODF.

En substance, trois séries d'arguments expliquent le refus. Tout d'abord, la formation présentée par le praticien demandeur « ne peut

être regardée comme équivalente aux exigences des diplômes nationaux français de spécialité en ODF et à celles du diplôme d'études spécialisées d'ODF »; du reste, celui-ci n'a fourni qu'un seul des mémoires qu'il devait rédiger. Ensuite, le dossier présenté par le praticien aux fins de reconnaissance de ses compétences ne comporte pas le programme détaillé des cours pratiques, théoriques et cliniques qu'il a suivis, accompagnés du nombre de cas traités et du mémoire de recherche clinique y afférent. Enfin, le

chirurgien-dentiste pratique l'ODF depuis peu, et sa participation à des séminaires ne permet pas d'établir qu'il aurait des compétences particulières en ODF.

La formation du praticien ne peut être regardée comme équivalente aux exigences des diplômes nationaux français de spécialité en ODF.

Le chirurgien-dentiste saisit alors le tribunal administratif, sans plus de succès. Il interjette appel pour que la cour administrative d'appel ⁽¹⁾ annule la décision du Conseil national et enjoigne l'instance ordinaire de «prendre une nouvelle décision dans un délai de deux mois à l'issue de la notification de l'arrêt à intervenir sous astreinte de 100 euros par jour de retard à l'issue de ce délai». La cour ne lui donne pas satisfaction.

L'analyse

Le chirurgien-dentiste soulève plusieurs arguments, dont seulement trois d'entre eux sont ici sommairement présentés.

Premièrement, le praticien critique la décision du Conseil national en ce que celle-ci n'est pas suffisamment motivée. L'argument ne convainc pas les

juges : «*La seule circonstance que la décision ne précise pas s'il a été tenu compte de la durée d'exercice exclusif d'activité entre la décision individuelle défavorable du conseil dépar-*

temental et la date d'audition de l'intéressé devant le Conseil national ne suffit pas à entacher d'insuffisance de motivation cette décision.»

Deuxièmement, le praticien invoque l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 et les dispositions de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la mo-

lification), les dispositions de l'article 24 de la loi du 24 avril 2000 ne sont pas applicables, nous dit la cour. Cette dernière ajoute : «*Les pièces du dossier révèlent que le praticien a été entendu à plusieurs reprises, la seule circonstance qu'il n'a pas été informé de la possibilité de se faire assister par un conseil ne suffisant pas à établir que la procédure aurait été irrégulière.*»

Troisièmement, l'appréciation du Conseil de l'Ordre sur les connaissances particulières exigées du praticien qui souhaite se voir reconnaître une qualification en ODF est également critiquée. La cour administrative d'appel exerce, sur ce point, un contrôle minimal : «*L'appréciation ne peut être discu-*

Un excès de pouvoir repose sur des faits, une erreur de droit, une erreur d'appréciation ou un détournement de pouvoir, ce qui, en l'occurrence, n'est pas le cas.

tivation des actes administratifs aux termes desquels, en substance, la personne intéressée doit, d'une part, être mise à même de présenter des observations écrites (et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales) et, d'autre part, pouvoir se faire assister par un conseil (ou représenter par un mandataire) de son choix. Cet argument est également écarté : le praticien étant l'auteur de la demande (de qua-

tée devant le juge de l'excès de pouvoir que dans la mesure où elle reposerait sur des faits matériellement inexacts ou serait entachée d'une erreur de droit, d'une erreur d'appréciation ou d'un détournement de pouvoir.» Ce qui n'est pas le cas ici. En définitive, la décision de refus de qualification n'est pas annulée par les juges. ■

David Jacotot

(1) CAA de Marseille, 19 mai 2015, n° 14MA02142.

Si tu vas à Rio 2016



« **E**n juillet 2007, je décroche le titre de champion du monde junior de planche à voile après avoir remporté la médaille de bronze en 2006 et d'argent en 2005. Deux mois plus tard, j'arrête tout et j'entre à la fac de médecine de Brest », se souvient Pierre Le Coq, qui se fixe alors un double objectif : devenir chirurgien-dentiste et remonter, à terme, sur la plus haute marche du podium dans sa discipline sportive. Fils de chirurgiens-dentistes bretons et voileux (un quasi-pléonasme), Pierre Le Coq, originaire de Saint-Brieuc, s'est donc orienté vers l'évidence, mais pas la simplicité. « Après deux années dévolues au concours de la Paces, j'ai repris la planche au niveau professionnel. Certains n'y croyaient

compréhension de mes professeurs à Brest, où l'on vibre pour la voile peut-être plus fort qu'ailleurs. », confesse-t-il.

Parvenu à la 45^e place lors de ses premiers championnats du monde professionnels, un an après sa reprise de la compétition en 2011, le chemin fut pourtant long pour revenir au meilleur niveau : « Je me battais contre des concurrents qui avaient déjà des médailles autour du cou. L'investissement était bien plus intensif qu'en junior. Il fallait être à bloc du point de vue sportif tout en étant prêt pour les examens. »

La technique d'un côté, le contact humain de l'autre : dans notre profession, chaque journée est différente. Rester seul face à un écran aurait été inimaginable.

pas, mais j'y suis arrivé », explique-t-il avec cette pointe d'ego sans fanfaronnerie qui caractérise le bois dont on fait les compétiteurs.

La preuve ? À 25 ans, il valide sa 6^e année en odontologie et remporte la Coupe du monde à Palma de Majorque, catégorie senior. « Rien n'aurait été possible sans un solide entourage, mais aussi la

La tête sur les épaules et déterminé, tel est Pierre Le Coq. Son profil a d'ailleurs fait des émules au sein de la Fédération de voile, où de jeunes planchistes désirent, comme lui, devenir chirurgiens-dentistes !

« C'est une profession que j'ai sans doute choisie par imprégnation familiale, mais aussi parce que le côté manuel m'attirait beaucoup.

Pierre Le Coq

1989 : Naissance à Saint-Brieuc.

2007 : Champion du monde junior de planche à voile à Kingston (Canada).

2009 : Validation de la Paces.

2014 : Vainqueur de la Coupe du monde à Palma de Majorque (Baléares).

2014 : Validation de la 6^e année

2015 : Vainqueur de la Coupe du monde à Hyères.

On a par ailleurs l'opportunité de se spécialiser dans de nombreux domaines avec sans cesse de nouvelles technologies à maîtriser. La technique d'un côté et le contact humain de l'autre : chaque journée est différente, et on n'est pas seul face à un écran. »

Le contraire aurait été inimaginable pour cet hyperactif qui s'est donné comme nouveau défi la qualification aux Jeux olympiques de Rio, en 2016. Il y travaille depuis déjà deux ans et demi et a franchi une marche décisive en remportant le titre de champion du monde en avril dernier, à Hyères. Ce qu'il vise pour les olympiades ? « Au minimum un podium, avec pourquoi pas la première place ». On le lui souhaite. ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU
 Les sessions 2015 de Développement professionnel continu (DPC) ne sont désormais plus prises en charge par l'Organisme gestionnaire du DPC pour les chirurgiens-dentistes, même si l'obligation de suivre un DPC annuel reste officiellement en vigueur, obligation qui serait non plus annuelle mais triennale selon la réforme à venir du DPC.



✓ CONDITIONS D'INSTALLATION
 Le chirurgien-dentiste ou toute société d'exercice en commun, quelle que soit sa forme, ne doivent pas s'installer dans l'immeuble où exerce un confrère sans l'autorisation de celui-ci ou, à défaut, du conseil départemental de l'Ordre. Par ailleurs, il est interdit de s'installer à titre professionnel dans un local ou immeuble quitté par un confrère pendant les deux ans qui suivent son départ, sauf accord intervenu entre les deux praticiens intéressés ou, à défaut, autorisation du conseil départemental de l'Ordre.



✓ ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL
 Dans l'éventualité où un patient demande ses moulages, le praticien peut lui remettre les originaux (contre reçu daté et signé du patient). Ce dernier risque alors de perdre un moyen de preuve, utile si un litige en responsabilité médicale naît par la suite. Autre possibilité : le praticien conserve l'original et communique une « copie », dont le coût (non pris en charge par l'assurance maladie) est assumé par le patient. Le droit d'accès à l'information médicale ne peut en aucun cas être remis en cause.

✓ SOINS AUX PATIENTS HANDICAPÉS
 Pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, le praticien doit créer une habitude de visite régulière du patient, dès le plus jeune âge, en favorisant le milieu ordinaire. Lors de la première consultation, le chirurgien-dentiste traitant de la famille propose un protocole de prévention et d'hygiène adapté au patient et à son handicap, et le modifie si besoin au fil de la vie.



La Lettre n° 140 – Septembre 2015

Directeur de la publication : Gilbert Bouteille/Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16
 Tél. : 01 44 34 78 80 – Fax : 01 47 04 36 55 / www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/
 Conception, rédaction et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15
 Direction artistique : Ewa Roux-Biejat. Secrétariat de rédaction : Corinne Albert. Illustrations : Dume et Bruno Mallart. Couv. : Ewa Roux-Biejat.
 Photos : Philippe Delacroix : pp. 3, 9. Fotolia : p. 1. D.R. : pp. 24, 34.
 Imprimerie : Corlet/Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs/Dépôt légal à parution ISSN n° 12876844



1945-2015

Depuis 70 ans, l'Ordre est garant de la santé
publique bucco-dentaire au service des patients