

**L'augmentation de la
sinistralité se confirme**

p. 8

**Mobilisation à Paris contre
le centre Pessoa (Clesi)**

p. 7

**Bilan du concours d'internat
ouvert aux praticiens**

p. 21



LOI LE ROUX

Liberté, Égalité, Réseaux de soins ?



4

L'ÉVÉNEMENT

LOI LE ROUX

Réseaux de soins : liberté, égalité ?

ACTUALITÉS

- 7** MANIFESTATION Mobilisation à Paris contre le centre Pessoa (Clesi)
- 8** RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE L'augmentation de la sinistralité se confirme
- 10** SÉCURITÉ SANITAIRE Alerte sur le midazolam et le diazépam
- 12** ÉLECTION ORDINALE Jean-Pierre Esquirol, nouveau conseiller national
- 13** OBLIGATIONS LÉGALES Contrôles sur le devis conventionnel
- 14** ASSURANCE MALADIE Cancer buccal : la pose d'implants prise en charge
- 15** EXERCICE LIBÉRAL Une indemnisation pour les rendez-vous manqués ?
- 16** COTISATION ORDINALE Oui, la cotisation ordinaire des sociétés d'exercice s'applique !
- 18** PANORAMA OCDE DE LA SANTÉ Soins dentaires : le reste à charge moins élevé en France
- 20** PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE Lancement de l'examen buccal pour les femmes enceintes
- 21** INTERNAT À TITRE EUROPÉEN Le concours d'internat ouvert aux praticiens, un échec ?

24 DÉONTOLOGIE

Un coach en implantologie dans votre cabinet dentaire ?

26 DÉONTOLOGIE

La publicité, le centre de santé et le praticien salarié

28 INDICE CAO DES 11-12 ANS

La santé bucco-dentaire des enfants s'améliore

30 AVIS DE RECHERCHE ONCD/AFIO

31 APPEL À CANDIDATURES

Constitution d'un nouveau conseil départemental dans l'Aveyron

JURIDIQUE

33 DROIT DU TRAVAIL

Le temps partiel, un risque à plein temps pour l'employeur...

39 COUR DE CASSATION

Quand le patient fait opposition à son chèque d'honoraires



PORTRAIT

42 ALEXANDRE HAJJAR

L'imagination au pouvoir

LA LETTRE EXPRESS

43 Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





Christian Couzinou
Président
du Conseil national

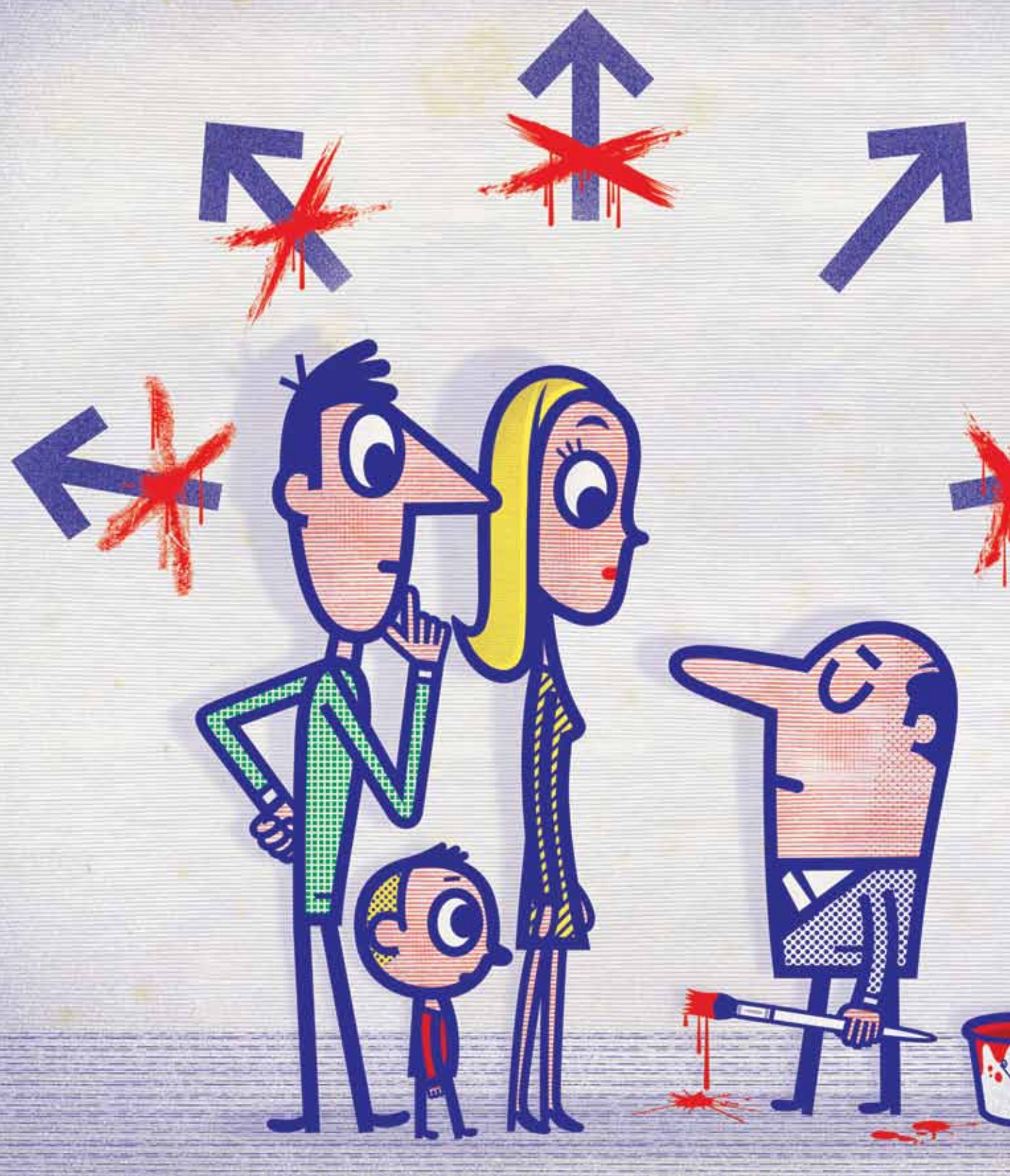
Boussoles

Voilà. Le chirurgien-dentiste paye donc au prix fort, comme nous le redoutions, le désengagement de l'assurance maladie obligatoire dans la prise en charge des soins dentaires. La loi Le Roux a été votée et le Conseil constitutionnel l'a jugée conforme à la constitution. Pour nos sages, la liberté de choix du patient n'est pas hypothéquée, tout comme il n'existe pas de rupture d'égalité entre chirurgiens-dentistes et stomatologues. Le Conseil national étudie d'ores et déjà les voies de recours possibles. En attendant, les mutuelles sont donc désormais appelées à jouer un rôle, via leurs réseaux, à la mesure de leur rang de principal financeur des soins bucco-dentaires. Pour nos patients, pour notre profession, s'ouvre désormais une nouvelle ère. C'est un renversement de paradigme. Bien sûr, le secteur privé assurantiel lorgne depuis des décennies sur le financement de l'assurance maladie en France. Et ce que nous vivons aujourd'hui ne constitue qu'une étape du lent mais inexorable processus de privatisation du financement de la santé. Pour ceux qui l'ignorerait

« Avec la loi Le Roux, ce que nous vivons aujourd'hui ne constitue qu'une étape du lent mais inexorable processus de privatisation du financement de la santé. »

encore,
cette grande
réforme
est en marche,
mais elle se fait
sans tambour

ni trompette, à bas bruit. Le «*grand soir*» sanitaire et financier, c'est tous les jours ! Mais pour l'Ordre, la liberté thérapeutique et l'indépendance professionnelle, que cherchent à ringardiser les financiers (entre autres), ne sont pas des concepts creux. C'est avec ces boussoles que sera observée attentivement l'évolution des réseaux de soins.



Réseaux de soins : liberté, égalité ?

La loi Le Roux sur l'extension aux mutuelles des réseaux de soins vient d'être validée par le Conseil constitutionnel. Pour l'Ordre, qui va étudier toute voie de recours, trois principes sont battus en brèche : l'indépendance professionnelle, la liberté de choix de son praticien par le patient, et la rupture d'égalité entre les deux professions de chirurgien-dentiste et de stomatologue.

Le Conseil constitutionnel vient de donner son imprimatur à la loi Le Roux sur la constitution de réseaux de soins par l'ensemble des organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), c'est-à-dire les mutuelles, les assurances et les organismes de prévoyance. Les remboursements différenciés, selon que le patient choisit ou non un praticien ayant contracté avec son Ocam, sont donc désormais élargis aux mutuelles, « *poids lourds* » du marché des complémentaires en France.

Pour l'Ordre, c'est peu dire que cette loi laisse un goût très amer, ne serait-ce que parce qu'elle dénature profondément la singularité du lien entre un thérapeute et son patient. Non,

un patient n'achète pas un traitement dentaire comme il achète une voiture ! Outre l'indépendance thérapeutique, deux grands principes sont battus en brèche par cette loi, comme l'avait signalé l'Ordre dans ses observations envoyées le 6 janvier dernier au Conseil constitutionnel : la liberté de choix du praticien par le patient, d'une part, la rupture d'égalité entre deux professions médicales, d'autre part. Le législateur a beau rappeler, sur le papier, le principe de la liberté de choix, personne n'est dupe, et chacun sait que cette liberté ne résistera pas à l'épreuve des faits.

Quant à la rupture d'égalité entre deux professions médicales réalisant les mêmes actes, c'est-à-dire les chirurgiens-dentistes et >>>

» les stomatologues, elle nous semble patente. Les chirurgiens-dentistes adhérant à ces conventions se verront encadrés dans une grille tarifaire, tandis que les stomatologues en seront dispensés. De fait, les conventions avec les médecins ne pourront pas avoir comme effet pour l'assuré une modulation de son remboursement en fonction du fait que le médecin consulté a conclu, ou non, une convention avec les organismes complémentaires, contrairement aux conventions avec les chirurgiens-dentistes.

UN ARGUMENT

POUR LE MOINS DISCUTABLE

Pourtant, le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 23 janvier sur cette loi, en juge autrement : *«Aucune exigence constitutionnelle n'impose que les différentes catégories de professionnels du secteur de la santé soient soumises à des règles identiques pour l'adhésion aux conventions conclues avec les organismes de protection sociale complémentaire.»* Que les règles d'adhésion à des conventions entre professions médicales et mutuelles n'aient pas été prévues par la constitution, on en conviendra très volontiers ! On permettra cependant à l'Ordre de ne pas être convaincu par cet argument, qui paraît *a minima* discutable. Le Conseil national ne négligera aucune des voies de droit pour contester la décision du Conseil constitutionnel. En attendant, l'Ordre sera particulièrement vigilant sur toutes les questions touchant à la liberté thérapeutique et à l'indépendance professionnelle de ses ressortissants. ■

La loi Le Roux en six points

- Les mutuelles sont désormais légalement autorisées à différencier leurs prises en charge selon que le patient consulte un praticien ayant adhéré ou non à une convention avec la mutuelle du patient.
- Les clauses tarifaires stipulées dans ces conventions ne pourront concerner que les chirurgiens-dentistes, les opticiens et les audioprothésistes. Les médecins, infirmiers, sages-femmes, etc. sont exclus de ces clauses.
- Les réseaux devront être « ouverts », c'est-à-dire accessibles à tous les professionnels, à l'exception des réseaux d'opticiens.
- La loi pose le principe de la liberté de choix comme suit : les conventions entre professionnels de santé et les organismes complémentaires d'assurance maladie ne pourront comprendre *« aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins »*.
- L'adhésion des professionnels de santé aux réseaux devra s'effectuer sur la base de critères *« objectifs, transparents et non discriminatoires et ne pourra pas comporter de clause d'exclusivité »*. Ainsi, une convention ne pourra, par exemple, poser de critères de compétence, prêtant à interprétation.
- Le principe de l'accès aux soins pour tous est posé par la loi. Chaque année, pendant trois ans, le gouvernement remettra au Parlement un rapport qui portera *« notamment sur les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels [...] concernés. »*

Mobilisation à Paris contre le centre Pessoa (Clesi)

La profession, unie, manifeste le 14 mars prochain devant le ministère de l'Enseignement supérieur. Le silence des pouvoirs publics devient de plus en plus assourdissant face à cette entreprise de contournement du numerus clausus.



Un an après la manifestation de Toulon qui avait fédéré Ordre, syndicats et étudiants, le nouveau rassemblement prévu en mars se donne pour objectif de faire pression sur la puissance publique.

Le centre Fernando Pessoa a changé de nom : il faut désormais dire le Clesi (traduire : Centre libre d'enseignement supérieur international). Mais, centre Fernando Pessoa ou Clesi, il continue bel et bien, à Toulon et, depuis la rentrée 2013, à Béziers, à dispenser un enseignement dont on ignore tout, avec des enseignants dont on ne sait rien, et un volet clinique qui autorise toutes les conjectures (au Portu-

gal, voire au Brésil comme des rumeurs l'ont laissé entendre à l'époque ? Combien de semestres ? Dans quelle langue ?). Et, bien sûr, hors de tout numerus clausus avec des « étudiants », pour la plupart des recalés de la Paces, dont personne ne sait ce qu'il va advenir. Même si l'Ordre et certaines organisations syndicales ont actionné le levier judiciaire (le Conseil national s'est constitué partie civile dans le cadre

de l'instruction en cours à Toulon), force est de constater que les moyens d'action de la profession sont limités. Naturellement, les regards se tournent vers la puissance publique. Mais du côté de l'exécutif, le silence du ministère de l'Enseignement supérieur est de plus en plus assourdissant. Comment l'interpréter ? Là encore, toutes les conjectures sont possibles. C'est la raison pour laquelle la profession sou-

haite faire pression sur le politique. C'est comme cela qu'il faut interpréter l'action prévue par la profession unie, le 14 mars prochain, devant les locaux du ministère de l'Enseignement supérieur, rue Descartes, à Paris. L'Ordre appelle les praticiens à se rendre nombreux à cette manifestation. Tous les renseignements pratiques seront mis en ligne sur notre site Internet www.ordre-chirurgiens-dentistes.org. ■

L'augmentation de la sinistralité se confirme

Les données 2012 de la MACSF indiquent un accroissement exponentiel des litiges prothétiques, une augmentation surprenante de la sinistralité en orthodontie, mais aussi une stabilité dans le domaine de l'implantologie.

« **N**ous avons connu une progression de 13,7 % du nombre de litiges entre 2011 et 2012, pourcentage qui s'ajoute à l'augmentation de 20,4 % observée entre 2010 et 2011, explique Philippe Pommarède, rédacteur du rapport annuel du Sou médical – groupe MACSF. Nous sommes clairement inscrits dans une courbe ascendante. » Au total, en 2012, et selon les données publiées dans le rapport 2013 de la MACSF, les 25 108 chirurgiens-dentistes sociétaires de la mutuelle d'assurances (et du contrat groupe CNSD) ont adressé 1 484 déclarations. Soit une sinistralité de 5,9 % pour l'année 2012. Elle s'élevait en 2011 à 5,1 % avec un total de 1 309 déclarations.

Pour prendre la mesure de cette augmentation, les données 2010 constituent un bon repère puisque, cette année-là,

« seules » 1 087 déclarations étaient recensées par l'assureur.

Au-delà de l'augmentation continue, depuis

deux ans, de la sinistralité, que retenir de ces données 2012 ? Une bonne et deux mauvaises nouvelles. La bonne : une sta-

bilisation du nombre des litiges portant sur les actes en implantologie. Les déclarations se sont élevées en 2012 à 190 contre 201



L'augmentation de la sinistralité enregistrée entre 2010 et 2011 se confirme avec une progression de 13,7% entre 2011 et 2012.

en 2011. « C'est un élément plutôt encourageant, relève Philippe Pommarède, surtout après l'augmentation redoutable qui avait été enregistrée entre 2010 et 2011 (+ 65 déclarations). C'est d'autant plus encourageant que cette baisse – toute relative – intervient dans un contexte où de plus en plus de praticiens exercent cette discipline. »

La première mauvaise nouvelle : une augmentation significative des déclarations en orthodontie. La mutuelle d'assurances

a en effet enregistré 97 déclarations en 2012 contre 66 en 2011, soit une augmentation de 47 %. Comment interpréter ce chiffre ? Pour Philippe Pommarède, ce résultat illustre le fait que « de plus en plus de patients mettent en cause les plans de traitement. Or, dans cette insatisfaction, les critères économiques ont une portée considérable. Plus le reste à charge est important, plus le niveau d'exigence est élevé et plus le mécontentement augmente ».

Comme une confirmation de ce qui précède, la seconde mauvaise nouvelle tient dans l'augmentation exponentielle des litiges prothétiques (hors implantologie) en 2012. Dans ce domaine, la mutuelle d'assurances recense 717 litiges en 2012 contre 621 en 2011. Cette augmentation (+ 96 litiges) pèse de tout son poids dans l'accroissement global de la sinistralité entre 2011 et 2012. Dans le détail, la MACSF recense 133 litiges en prothèse amovible totale ou partielle, 523 litiges pour la réalisation de prothèses scellées et, enfin, 61 litiges pour les prothèses mixtes, scellées et amovibles.

À l'exception notable de l'implantologie, évoquée plus haut, et des « Dom-

mages corporels et autres », catégorie qui a enregistré le même nombre de litiges en 2012 et 2011 (51), tous les autres domaines connaissent une augmentation de la sinistralité. C'est ainsi le cas des « Complications liées aux soins dentaires et chirurgicaux » pour

donneront des indications qui infirmeront ou confirmeront notamment cette stabilité observée en implantologie et l'augmentation des litiges en orthodontie. Enfin, et même si le mouvement consumériste peut éventuellement expliquer, pour partie, l'accroissement

Les critères économiques ont une portée considérable : plus le reste à charge est important, plus le niveau d'exigence est élevé et plus le mécontentement augmente.

lesquels la MACSF a enregistré 429 litiges en 2012 contre 370 en 2011. C'est aussi le cas, nous en avons parlé mais c'est une nouveauté qu'il faut souligner, des litiges dans le domaine de l'orthodontie.

Les chiffres 2013 de la mutuelle d'assurances

continuent des litiges depuis 2011, l'Ordre veut réitérer ici son message quant à la responsabilité de chacun en termes d'acquisition et de renforcement des compétences via la formation continue et, désormais, le développement professionnel continu. ■

Les chiffres 2012-2011

Litiges prothétiques*

2012 : 717 – 2011 : 621

Complications liées à des soins*

2012 : 429 – 2011 : 370

Dommages corporels et divers*

2012 et 2011 : 51

Litiges en orthodontie*

2012 : 97 – 2011 : 66

Implantologie

2012 : 190 – 2011 : 201

* Hors implantologie.



Alerte sur le midazolam et le diazépam

Face à la multiplication des sédations sous psychotropes par voie intraveineuse en cabinet dentaire, la DGS rappelle que le recours à cette pratique reste réservé à l'usage hospitalier.

« La pratique de la sédation consciente sous psychotropes en cabinet dentaire, principalement par midazolam et diazépam, a tendance à se développer » s'alarme le directeur général de la Santé, le P^r Benoît Vallet, dans un courrier adressé au Conseil national. Il rapporte ainsi que plusieurs signalements ont été adressés par des ARS à la Direction générale de la santé (DGS), mais aussi à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Cette pratique, explique le P^r Benoît Vallet, peut « s'avérer dangereuse en cabinet dentaire dans la mesure où ces spécialités pharmaceutiques nécessitent de strictes conditions d'utilisation qui ne peuvent être mises en œuvre en cabinet dentaire ». Il ajoute que ces « utilisations se font en contradiction avec les autorisations de mise sur le marché de

ces spécialités ». Le directeur général de la Santé souligne que, fin 2010, l'Afssaps (devenue l'ANSM en 2012) avait déjà adressé un courrier en ce sens au Conseil national. L'Agence y précisait que l'utilisation du midazolam en cabinet dentaire était impossible, ce médicament étant réservé à l'usage hospitalier. En particulier, l'Afssaps indiquait à

Le directeur général de la Santé rappelle par ailleurs les termes d'un rapport d'évaluation de la Haute Autorité de santé (HAS) en date de décembre 2010 et intitulé « *Quels niveaux d'environnement technique pour la réalisation d'actes intentionnels en ambulatoire* ». La HAS y affirme que « le midazolam doit être administré uniquement par des médecins expérimentés dans

pelait, entre autres, que les spécialités en question étaient réservées à l'usage hospitalier.

De la même manière, note le directeur général de la Santé dans son courrier à l'Ordre, le directeur général de l'ANSM soulignait en 2012 « les exigences précitées relatives au midazolam et rappelait l'inutilité et la dangerosité de la sédation par le diazépam injectable, précisant les indications retenues dans l'autorisation de mise sur le marché des spécialités concernées ».

Enfin, écrit le directeur général de la Santé, le 22 mai 2012, la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) a affirmé que « la sédation intraveineuse est une pratique médicale réalisée par des médecins anesthésistes réanimateurs rompus à la prise en charge des complications inhérentes à ces pratiques » et que « l'injection intraveineuse de

Un protocole permettant à des anesthésistes de réaliser des sédations sous psychotropes, par intraveineuse, dans des cabinets dentaires dûment équipés est en cours d'élaboration.

l'époque qu'il existe une « variabilité interindividuelle de la réponse au traitement avec risque de surdosage pouvant entraîner détresse respiratoire et hypoxémie ». C'est pour ces raisons de sécurité sanitaire que l'Afssaps avait refusé la levée de la réserve hospitalière de ces molécules.

un lieu totalement équipé pour la surveillance et le maintien des fonctions cardio-respiratoires, et par des personnes formées spécifiquement à la reconnaissance et à la prise en charge des événements indésirables attendus et ayant l'expérience de la réanimation cardio-respiratoire ». La HAS rap-



Plusieurs signalements ont été rapportés à la DGS faisant état de chirurgiens-dentistes recourant à la sédation sous psychotropes par voie intraveineuse.

benzodiazépines, faisant courir un risque au patient, nécessiterait une surveillance toute particulière et devait être as-

simulée à une anesthésie générale». Précisons que le Conseil national et la SFAR sont en discussion avancée, depuis près

d'un an, afin de mettre sur pied un protocole permettant à des anesthésistes de se déplacer dans les cabinets den-

taires dûment équipés et «labellisés». Plutôt que d'intervenir en milieu hospitalier, le praticien pourrait ainsi réaliser ses actes chirurgicaux nécessitant une sédation consciente sous psychotropes non plus à l'hôpital, mais sur son propre plateau technique.

Pour l'heure, comme le rappelle en conclusion, dans son courrier, le directeur général de la Santé, seule la sédation par mélange équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (Méopa) est possible en cabinet dentaire (lire l'encadré Méopa : mode d'emploi). ■

Méopa : mode d'emploi

L'alerte de la DGS à propos de la pratique de sédation consciente sous psychotropes, non autorisée en cabinet dentaire, est l'occasion de rappeler que le praticien peut obtenir une aptitude à l'utilisation du Méopa. Pour cela, il doit communiquer sa demande au Conseil national. Cette demande comporte :

- le programme détaillé de la formation au Méopa suivie par le praticien si cette formation ne figure pas dans la liste des formations reconnues conformes. La liste des formations reconnues est consultable sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.org, rubrique « Sécurisez votre exercice », sous-rubrique « Matériels et matériaux », puis « Gaz médicaux-Méopa »;
- l'attestation de suivi de la formation au Méopa;
- le justificatif de suivi d'une formation aux gestes d'urgence datant de moins de cinq ans.

Dossier à adresser par voie postale au Conseil national de l'Ordre : 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris, ou par courriel à : courrier@oncd.org

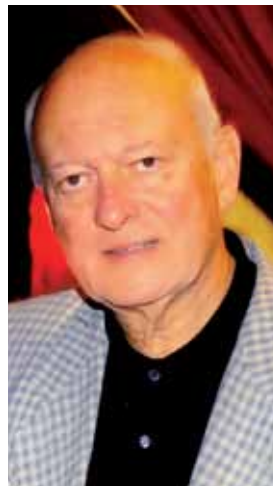
Jean-Pierre Esquirol, nouveau conseiller national

Jean-Pierre Esquirol a été élu en décembre dernier au Conseil national en tant que représentant du conseil départemental de Paris.

« **C'**est en toute modestie que je veux prendre mes nouvelles fonctions » explique Jean-Pierre Esquirol, élu en décembre dernier au Conseil national en tant que représentant du département de Paris. Même s'il « mesure la confiance » que lui ont témoignée ses confrères du conseil départemental de Paris en le sollicitant, puis en l'élisant dans ses nouvelles fonctions, l'homme, qui affiche près de « 33 ans d'engagement ordinal au service des confrères » ne se projetait pas forcément au Conseil

nale, mais de promouvoir et de défendre de la manière la plus efficace ma profession. »

Ce Parisien a pleinement vécu ses deux vies professionnelles, à commencer par la première, en tant que praticien libéral, au cours de laquelle il a exercé en pratique généraliste avec une orientation en parodontologie et implantologie. Diplômé à Garancière en 1966, encore aujourd'hui c'est avec émotion et reconnaissance qu'il pense à tous ceux qui lui ont transmis leur savoir : Georges Rousières avec



l'on faisait ailleurs, particulièrement à la Boston University chez Schilder et Goldman. Il n'oublie pas de rappeler que sa vocation est née au contact de son praticien de famille, lorsqu'il était jeune garçon. Ce praticien de famille, Robert Weill, suivra la carrière de son jeune patient jusqu'à l'école de Garancière puisqu'il en deviendra le directeur.

L'autre vie professionnelle de Jean-Pierre Esquirol tient dans son engagement au service de ses confrères avec une idée centrale : la défense de

l'exercice libéral. En 1973, avec Pierre Lansade, Claude Reichman, Pierre Durand-Labrunie et bien d'autres, il participera à la création de la Fédération des chirurgiens-dentistes de France (FCDF) puis, quelques années plus tard, il portera sur les fonts baptismaux la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL). Il continue aujourd'hui à s'occuper de l'Apol (Association pour la promotion de l'odontologie libérale). Convaincu par Roger Ricard puis André Olivé de se présenter au conseil départemental de Paris, il est élu en 1980. Il en deviendra secrétaire général en 1990. Dans ses fonctions syndicales comme ordinale, le credo de Jean-Pierre Esquirol tient en un mot : l'efficacité. « Je fais en sorte que le temps volé à ma famille soit utilisé de la manière la plus rationnelle et efficace » confie-t-il. ■

L'autre vie professionnelle de Jean-Pierre Esquirol tient dans son engagement au service de ses confrères avec une idée centrale : la défense de l'exercice libéral.

national. « J'avais à plusieurs reprises refusé ces hautes fonctions lorsque, à l'époque, Pierre Lansade me demandait d'être candidat, explique-t-il, car mon dessein n'est pas de faire une carrière ordi-

qui il a eu l'honneur de siéger lorsqu'il a intégré le conseil départemental de Paris, et Pierre Genon, dont l'enseignement de la parodontologie était lumineux et qui l'a incité à découvrir ce que

Contrôles sur le devis conventionnel

La Direction départementale de la protection de la population (DDPP) procède en ce moment à des contrôles visant à s'assurer de la bonne application du devis conventionnel.

Mandatés par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), les Directions départementales de la protection de la population (DDPP) ont commencé à procéder, dans les cabinets dentaires, au contrôle de nos obligations en matière de devis «légal» ou «unique». L'objectif : s'assurer de la bonne application de ce devis, issu des dispositions de l'article L. IIII-3 du Code de la santé publique, et tel que figurant dans l'avenant n° 3 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes, en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2013.

Une fois réalisées, les enquêtes donnent lieu à un procès-verbal ou, le cas échéant, à un rapport. Dans le cas où le praticien contrôlé n'utilise pas le devis

«légal», il est passible d'un avertissement de la part des inspecteurs de la DDPP, accompagné d'une injonction à se mettre en conformité dans un délai donné. L'avertissement peut se transformer en contra-

En cas d'irrégularité, le praticien encourt une contravention de 1 500 euros dont le montant est doublé en cas de récidive.

vention de 5^e classe, soit 1 500 euros d'amende si le praticien n'a pas régularisé sa situation. En cas de récidive, cette contravention est doublée.

LES MENTIONS À RENSEIGNER

Il convient de rappeler que le devis dentaire figurant dans l'avenant n° 3 publié le 30 novembre 2013 a remplacé celui figurant dans l'avenant n° 2. Pour l'heure, rappelons que le devis «légal» est dé-

sormais proposé dans la majorité des logiciels professionnels. Il est en effet difficile de concevoir qu'un praticien puisse remplir lui-même un tel devis. Cela étant, un certain nombre de cas particu-

liers posent question, et les praticiens pourront trouver des réponses détaillées sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr (rubrique «Sécurisez votre exercice», sous-rubrique «Relations patients», puis «Devis unique»).

S'agissant de la description des actes, doivent être renseignés le prix de vente du dispositif médical, le montant des prestations de soins, les charges de structure du cabinet dentaire, le montant des

honoraires, la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le montant non remboursable par l'AMO. Le chirurgien-dentiste doit également indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical qui peut être :

- en France ;
- au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse ;
- hors de l'Union européenne, le pays sera alors précisé.

De la même façon, si le fournisseur sous-traite la fabrication du dispositif médical, le praticien est dans l'obligation de préciser le lieu de sous-traitance.

À noter que les praticiens doivent pouvoir fournir aux agents de la DDPP les certificats de conformité garantissant la traçabilité et la sécurité des dispositifs médicaux. ■

Cancer buccal : la pose d'implants prise en charge

Les implants prothétiques destinés aux patients atteints d'une tumeur de la cavité buccale sont désormais couverts par l'assurance maladie.

L'assurance maladie prend désormais en charge la pose d'implants supports de prothèses dentaires amovibles pour les patients atteints d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires. Cette décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) constitue un petit événement dans le domaine de la chirurgie implantaire, même si cette prise en charge est limitée au traitement du cancer dans un cadre hospitalier. Et même si, de-

puis le 9 janvier 2012, la pose d'implants prothétiques, chez l'enfant et l'adulte présentant des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, fait aussi l'objet d'une prise en charge.

En pratique, la prise en charge de ce traitement implanto-prothétique est circonscrite au cas où la rétentio et la stabilisation d'une prothèse adjointe ne peuvent être assurées que par la pose d'implants intra-osseux intrabuccaux. De plus, la prescription d'une

telle réhabilitation prothétique nécessite, au préalable, une réunion de concertation pluridisciplinaire associant le chirurgien-dentiste ou le stomatologue, le chirurgien maxillo-fa-

techniques (CCAM). En effet, depuis le 27 décembre 2013, une nouvelle base CCAM (version 32) introduit « le traitement implanto-prothétique des séquelles d'une tumeur

La décision de l'Uncam répond à une disposition du Plan cancer 2009-2013 visant à mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement social personnalisé des cancers.

cial, l'oncologue et le radiothérapeute.

Cette décision de l'Uncam fait suite à une disposition figurant dans le Plan cancer 2009-2013 du gouvernement, visant à « formaliser et mettre en œuvre un dispositif de réponse et d'accompagnement social personnalisé des cancers et de l'après-cancer ». Elle s'inscrit dans le cadre de la ratification de modifications relatives à la classification commune des actes médicaux

buccale ou des maxillaires, avec pose de quatre implants maximum au maxillaire et deux implants maximum à la mandibule » dans la liste des actes et des prestations pris en charge par l'assurance maladie.

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) a donc, par extension, été modifiée, puisque la CCAM ne sera applicable aux chirurgiens-dentistes qu'à partir du 1^{er} juin 2014. ■

L'ESSENTIEL

✓ Depuis le 27 décembre 2013, le traitement implanto-prothétique consécutif à une tumeur buccale fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

✓ Elle est circonscrite au cas où la rétentio et la stabilisation d'une prothèse adjointe ne peuvent être assurées que par la pose d'implants intra-osseux intrabuccaux.

✓ Une réunion préalable de concertation pluridisciplinaire doit aussi avoir lieu.

Une indemnisation pour les rendez-vous manqués ?

Le Conseil national n'est pas opposé à ce que le praticien exige une indemnisation en cas de rendez-vous manqué non justifié par le patient. Encore faut-il respecter certaines règles.

Régulièrement sollicité par les confrères sur les rendez-vous manqués non justifiés de patients, le Conseil national n'est pas opposé à ce que le praticien exige une indemnisation au patient. Encore faut-il que le praticien respecte certaines procédures. En pratique, le Conseil national recommande vivement aux chirurgiens-dentistes d'indiquer sur leur affichage, dans la salle d'attente, qu'une somme correspondant au préjudice subi en cas de rendez-vous manqué non justifié peut être exigée.

Attention ! Il est impératif que cette facturation ne soit pas cotée par le praticien, c'est-à-dire qu'elle ne pourra en aucun cas être prise en charge par l'assurance maladie. De plus, ce montant doit être fixé par le praticien avec «*tact et mesure*».

Si aucun texte ni aucune décision de justice n'ap-

portent de solution claire sur laquelle les praticiens puissent se baser pour exiger ou non un dédommagement, trois cas peuvent néanmoins se présenter au chirurgien-dentiste. Nous les détaillons ci-dessous.

- Le traitement bucco-dentaire n'a pas encore commencé. Dans ce cas, le contrat médical n'est pas encore formé. Le praticien et le patient entrent alors dans une phase que l'on pourrait désigner d'«*entrée en pourparlers*».

Il paraît alors délicat

dical a été formé. Par conséquent, le rendez-vous manqué non justifié constitue un manquement contractuel. Le chirurgien-dentiste qui n'a pas pu percevoir d'honoraires subit un dommage. Il pourra alors demander une indemnisation au patient.

- Le devis accepté par le patient comporte une mention selon laquelle «*le patient accepte par avance les dispositions*» en cas de rendez-vous manqué injustifié. Cette mention constitue une clause pénale et licite.

Il est vivement conseillé d'informer les patients, par un affichage dans la salle d'attente, qu'une somme correspondant au préjudice subi pourra leur être demandée.

pour un praticien de demander au patient une somme correspondant au préjudice subi.

- Le traitement est déjà en cours. Dans cette situation, un contrat mé-

Il est important de rappeler que selon l'article L. 1111-3 du Code de la santé publique, le chirurgien-dentiste a une obligation d'information envers le patient. Raison de



plus pour rappeler qu'il est vivement conseillé d'informer les patients sous la forme d'un affichage dans la salle d'attente. ■

Oui, la cotisation ordinaire des sociétés d'exercice s'applique !

Un jugement isolé d'une juridiction de proximité a pu faire croire que le principe d'une cotisation ordinaire pour les sociétés d'exercice et pour les praticiens qui y sont associés était remis en question. Ce n'est pas le cas.

Un jugement isolé d'une juridiction de proximité, celle du 6^e arrondissement de Paris, remet en cause le principe selon lequel une société d'exercice et ses praticiens associés sont soumis à la cotisation ordinaire. Le Conseil national tient à réaffirmer avec vigueur que ce principe n'est en aucune manière remis en question par cette décision isolée et, de surcroît, mal rédigée. Un pourvoi en cassation

va d'ailleurs être formé contre cette décision. De quoi s'agit-il ? Dans son jugement en date du 16 décembre dernier, la juridiction de proximité estime que « le conseil départemental de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes qui a exigé de M. X une deuxième cotisation ordinaire en qualité d'associé gérant unique de la Selarlu X a ainsi soumis l'associé d'une société d'exercice libéral à une disposition propre aux so-

ciétés civiles professionnelles. Sa demande doit donc être rejetée ».

Cette décision fait non seulement référence, à tort, aux dispositions du

les personnes morales inscrites à son tableau.

Très précisément, pour demander l'annulation de ces décisions du Conseil national, les requérants

Contraire à la lettre même de l'article L. 4122-2 du Code de la santé publique, la décision contestant le bien-fondé d'une double cotisation s'oppose à la jurisprudence.

droit des sociétés, mais elle est manifestement contraire à la lettre même de l'article L. 4122-2 du Code de la santé publique. Avant le jugement surprenant de cette juridiction, le Conseil d'État, dans un arrêt du 7 décembre 2011⁽¹⁾, avait déjà été amené à se prononcer directement sur la validité des décisions du Conseil national de l'Ordre fixant le montant de la cotisation due par les personnes physiques et par

avaient soutenu que, pour l'application des dispositions du Code de la santé publique⁽²⁾, les décisions fixant le montant des cotisations pour les années 2009 et 2010 retenaient un montant forfaitaire unique pour toutes les personnes physiques ou morales inscrites au tableau de l'Ordre. Par conséquent, selon les requérants, il en résultait une prétendue différence de traitement, contraire au principe d'égalité, en-

L'ESSENTIEL

✓ Le principe de la cotisation pour les praticiens personnes physiques et personnes morales a été remis en question par un jugement de la juridiction de proximité du 6^e arrondissement de Paris.

✓ Le principe de ces cotisations est maintenu, et un pourvoi en cassation va être formé contre cette décision isolée et mal rédigée.

✓ En 2011, le Conseil d'État avait validé ce principe des cotisations pour les sociétés d'exercice et a confirmé cette jurisprudence en 2013.



tre les chirurgiens-dentistes exerçant en leur nom propre et ceux qui, exerçant comme associés d'une société, doivent la cotisation en qualité de personne physique, alors que leur société doit la même cotisation et acquittent, de ce fait, une contribution plus élevée aux charges de l'Ordre.

Le Conseil d'État avait balayé cette argumentation et conclu en indiquant que les requérants n'étaient pas fondés à demander l'annulation des décisions attaquées (*lire l'encadré*). Dans un arrêt du 19 juin 2013 ⁽³⁾, le

Conseil d'État a confirmé cette jurisprudence, en validant à nouveau la décision du Conseil national de l'Ordre fixant le montant des cotisations.

Ce débat a également été porté devant plusieurs juridictions de proximité en France. Hormis le jugement de la juridiction de proximité du 6^e arrondissement de Paris, qui apparaît bel et bien comme un cas d'espèce, les décisions rendues sont toutes allées dans le sens des arrêts du Conseil d'État. ■

(1) Arrêt n° 328283.

(2) Premier alinéa de l'article L. 4122-2 du CSP.

(3) Arrêt n° 350498.

Ce que dit le Conseil d'État

Voici un extrait de l'arrêt du 7 décembre 2011 du Conseil d'État à propos de la cotisation ordinale des sociétés d'exercice :

« [...] L'assujettissement à cotisation des personnes physiques et des personnes morales inscrites au tableau de l'Ordre est prescrit par les dispositions législatives; [...] si elles ne font pas obstacle à ce que le Conseil national fixe des modalités de calcul de la cotisation tenant compte de ce qu'une personne physique inscrite au tableau [de l'Ordre] est associée d'une société elle-même soumise à cotisation, elles n'interdisent pas non plus, par elles-mêmes, la fixation d'une cotisation d'un montant identique pour la société d'une part et chacun des associés d'autre part; [...] compte tenu des charges particulières que représente pour l'Ordre l'exercice de ses missions à l'égard des sociétés inscrites à son tableau, les chirurgiens-dentistes exerçant en leur nom propre et ceux exerçant comme associés d'une société ne se trouvent pas dans la même situation; [...] la différence de traitement qui résulte, entre eux, de ce que le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes n'a pas prévu de modulation de la cotisation due par les personnes morales n'est pas manifestement disproportionnée au regard de cette différence de situation. »



Soins dentaires : le reste à charge moins élevé en France

La faible prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie publique est une réalité partagée par les 34 pays de l'OCDE. La France se classe parmi les pays où le reste à charge pour les ménages est le plus bas.

La faible prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie publique n'est pas une affaire franco-française. La France, d'ailleurs, figure dans le top 5 des 34 pays de l'OCDE affichant le meilleur taux de prise en charge des

soins dentaires. C'est ce que montre l'étude de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) intitulée « *Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE* ⁽¹⁾ ». Ainsi, en France, le budget affecté par les ménages aux soins dentaires représente

27 % du total des dépenses. Un volet complet de l'étude de l'OCDE est ainsi consacré à l'accès aux soins et, plus précisément, aux inégalités dans les consultations de chirurgiens-dentistes. L'OCDE montre que les soins et traitements dentaires, « globalement coût-

teurs, représentent en moyenne 55 % du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE ». Dans le détail, si les dépenses de soins dentaires supportées par les patients représentaient donc en moyenne 55 % du total des dépenses de soins dentaires en 2011,

comme toute moyenne, cette donnée ne reflète pas les écarts manifestes qui existent entre les pays membres de l'OCDE. Les Pays-Bas arrivent en première position avec seulement 18 % des dépenses de soins assumées par les ménages. À l'inverse, l'Espagne affiche 97 % des dépenses de soins dentaires à la charge des patients.

Comme nous l'avons évoqué, notre pays se situe dans le haut du classement, très exactement à la cinquième place, après les Pays-Bas (18 %), la Slovaquie (23 %), le Japon (24 %) et l'Allemagne (26 %), mais devant le Luxembourg (35 %), le Canada (44 %) ou encore la Belgique (48 %).

Les auteurs de l'étude précisent que *« dans des pays comme l'Espagne, Israël et la Suisse, les soins dentaires destinés aux adultes*

que ces disparités peuvent « poser des problèmes d'accès pour les groupes à faibles revenus ».

En revanche, les personnes à revenus élevés sont davantage susceptibles d'avoir consulté un chirurgien-dentiste dans les 12 derniers mois que les personnes à faibles revenus. L'étude indique que la France vient en tête des pays où la probabilité d'une consultation chez le chirurgien-dentiste au cours des 24 derniers mois, tous niveaux de revenus confondus, est la plus importante (65 % pour les revenus les plus bas, 82 % pour les revenus les plus hauts).

Les inégalités se creusent un peu plus dans les pays où la probabilité d'une visite chez le chirurgien-dentiste est faible, comme la Hongrie, la Pologne et les États-Unis (28 % en moyenne pour les revenus

Si, aux Pays-Bas, les ménages n'assument que 18 % des dépenses de soins, les Espagnols doivent y contribuer à hauteur de 97 %.

ne font généralement pas partie des services de base inclus dans l'assurance maladie publique, même si certains soins peuvent être pris en charge pour des groupes de population particuliers ». Ils soulignent, sans surprise,

les plus modestes, 54 % pour les revenus les plus hauts).

S'agissant des besoins insatisfaits de soins dentaires, 14 % des Français dont les revenus sont les plus bas ne s'estiment pas satisfaits, alors que

Quelques chiffres

Au-delà de la question dentaire, l'étude de l'OCDE montre que l'espérance de vie moyenne a dépassé 80 ans dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2011, soit 10 ans de plus qu'en 1970.

Alors que le nombre de médecins a progressé, tant en nombre absolu que par habitant, dans la majorité des pays de l'OCDE, il est resté stationnaire en France. La part de marché des médicaments génériques a augmenté significativement au cours des dix dernières années dans de nombreux pays à l'exception de la France où les génériques ne représentent que 25 % des médicaments (75 % en Allemagne). En moyenne, 20 % des dépenses de santé sont prises en charge directement par les ménages contre seulement 8 % en France.

la moyenne des pays de l'OCDE, pour la même catégorie de revenus, se situe autour de 10 %. *« La raison la plus souvent évoquée par cette tranche de la population concerne au premier chef les coûts (68 % des répondants), suivis de la peur du chirurgien-dentiste (9 %). En ce qui concerne les revenus les plus hauts, l'importance des coûts n'est relevée que par 30 % des répondants. Ils sont plus nombreux à mettre en avant le manque de temps (17 %), la peur (15 %) ou les délais de rendez-vous (13 %) »* expliquent les auteurs.

Plus globalement, l'étude montre que la plupart des pays de l'OCDE ont mis

en place une couverture universelle ou *« quasi universelle »* des soins pour un ensemble de services de base, comme les consultations de médecins et de spécialistes, les tests et examens et les interventions chirurgicales.

En France, *« l'assurance maladie privée fournit à 96 % de la population une assurance complémentaire qui couvre la participation au coût dans le régime de sécurité sociale »*, ce qui place notre pays au premier rang parmi tous les pays de l'OCDE, devant les Pays-Bas, Israël ou encore la Belgique. ■

(1) Éditions OCDE, 2013.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

Lancement de l'examen buccal pour les femmes enceintes

La publication au JO de l'avenant n° 3 de la convention nationale a lancé le coup d'envoi de la prise en charge à 100 % de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les femmes enceintes.

Depuis le 30 novembre 2013, date de la publication au JO de l'avenant n° 3 à la convention nationale, la prise en charge à 100 % de l'examen bucco-dentaire pour les femmes enceintes est effective. À partir du quatrième mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les femmes peuvent désormais bénéficier d'un examen bucco-dentaire en dispense d'avance de frais. Ce dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité.



La convention précise que l'examen «comprend obligatoirement : une anamnèse, un examen bucco-dentaire, des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène

orale, etc.), hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant...)».

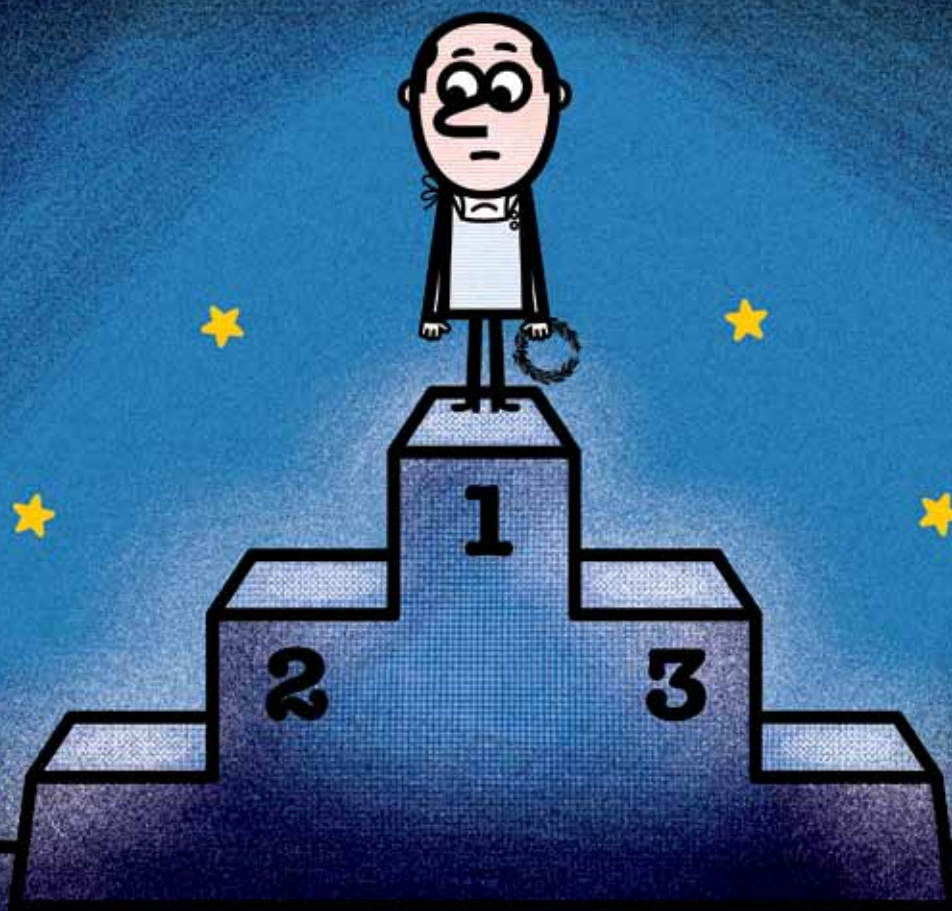
Ces informations et ces conseils d'éducation sont délivrés oralement par le praticien et peuvent être matérialisés par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils. L'examen est complété, si nécessaire, par des radiographies intrabuccales et

l'établissement d'un programme de soins. L'avenant précise que, dans le cas où un soin doit être réalisé, il peut être exécuté «au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention».

La patiente doit présenter au praticien un imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais. La facturation de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le chirurgien-dentiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure «Renseignements médicaux» est à conserver par le chirurgien-dentiste dans le dossier de la patiente. ■

Les tarifs d'honoraires

- Examen : 30 euros;
- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros.



Le concours d'internat ouvert aux praticiens, un échec ?

Après deux concours « à titre européen », permettant à un praticien en exercice de se présenter au concours d'internat, le nombre de postes offerts et de candidats reçus reste modeste. Seule l'ODF suscite l'intérêt des confrères.

Comme son nom ne l'indique pas, le concours d'internat « à titre européen » constitue une voie d'accès permettant à un praticien en exercice de postuler à l'internat dans l'une

des trois filières qualifiantes (les DES d'ODF, de médecine bucco-dentaire et de chirurgie orale). Seule condition posée : le praticien doit justifier de « trois années d'activité

professionnelle en qualité de chirurgien-dentiste dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme », comme il est mentionné dans l'arrêté du 17 novembre 2011, qui a porté ce concours sur

les fonts baptismaux. Quant aux modalités du concours, s'il existe bien deux listes de candidats et deux listes de reçus (les étudiants d'une part, les praticiens se présentant au concours à titre euro- >>>



» péen, d'autre part), en pratique, il n'existe pas deux concours. Selon l'arrêté du 11 novembre 2011, «le programme, les questions, les épreuves et le fonctionnement du jury de ce concours sont identiques au programme, aux questions, aux épreuves et au fonctionnement du jury du concours d'internat en odontologie national».

Quel bilan peut-on avancer après deux concours à titre européen, l'un en 2012 pour l'année universitaire 2012-2013 et l'autre en 2013 pour l'année universitaire 2013-2014 ? Deux candidats ont été reçus au concours 2012 au DES d'ODF. Dix postes

étaient ouverts. Cinq candidats ont été admis au concours 2013. 12 postes étaient ouverts selon la répartition suivante : cinq postes en ODF, quatre postes en médecine bucco-dentaire et trois postes en chirurgie orale. Seuls les cinq postes en ODF ont été pourvus.

UNE CONCURRENCE TRÈS RUDE...

Comment interpréter ces différents éléments ? Et faut-il considérer que les résultats sont décevants ? Ce n'est pas l'analyse qu'en fait le Pr Robert Garcia, président de la Conférence des doyens : « On ne peut pas parler

L'arrêté du 17 novembre 2011

Le titre II de l'arrêté du 17 novembre «relatif à l'organisation et au programme du concours d'internat en odontologie», publié au JO le 27 novembre 2011, a créé le concours à titre européen, présenté ci-dessous.

Titre II : concours à titre européen

Accès des praticiens de l'art dentaire français, andorrans ou ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, de la Confédération suisse ou d'un autre État partie à l'Accord sur l'Espace économique européen, aux formations du troisième cycle long des études odontologiques.

Chapitre I^{er} : Organisation du concours d'internat à titre européen

Article 13

Le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière organise

le concours d'internat en odontologie à titre européen visé au chapitre IV du décret du 5 janvier 2011 susvisé. Il se déroule dans les mêmes centres d'épreuves que le concours national d'internat en odontologie.

Article 14

Le programme, les questions, les épreuves et le fonctionnement du jury de ce concours sont identiques au programme, aux questions, aux épreuves et au fonctionnement du jury du concours d'internat en odontologie national, tels que définis aux articles 2 à 11 du présent arrêté.

Chapitre II : Composition du dossier de candidature du concours d'internat à titre européen

Article 15

Le dossier de candidature comporte :

1. Le formulaire de demande de candidature rempli lisiblement et complètement.

de résultats décevants. Pour un praticien ayant quitté le circuit universitaire depuis plusieurs années, il est très difficile de "raccrocher". Le niveau des connaissances augmente rapidement et, en soi, le concours n'est tout de même pas une formalité. Par exemple, l'épreuve de lecture critique d'articles, à laquelle sont rodés les étudiants, est éminemment discriminante pour un professionnel qui s'est engagé dans la pratique depuis trois ans. Ajoutez à cela que, potentiellement, on peut évaluer le nombre d'étudiants intéressés par l'internat à 2 000 pour une centaine de postes ou-

verts. La concurrence est rude car, même s'il existe deux listes de reçus bien distinctes, il n'est pas question de recevoir sur la liste "Concours à titre européen" des confrères dont le niveau n'est pas équivalent à celui de la liste du concours national. Le jury y veille...»

... MAIS UN SAS DE SÉCURITÉ POUR LES PRATICIENS

Dire que cette voie n'est pas simple est une litote. Faut-il pour autant la condamner ? Ce n'est pas l'avis du doyen des doyens : « L'internat à titre européen est un sas de sécurité ; c'est une possibilité ou-

verte aux praticiens, qu'il faut impérativement maintenir. Les reçus sont peu nombreux, c'est évident, mais il ne faut pas fermer cette porte. » Robert Garcia établit d'ailleurs un parallèle avec le concours à titre européen pour les médecins, qui affiche le même niveau de résultats qu'en odontologie.

L'autre grande interrogation concerne les différentes filières dans le cadre de ce concours à titre européen. En réalité, seule la filière ODF fonctionne, comme en témoignent les cinq pos-

En pratique

Toutes les informations sur l'internat à titre européen, les dates de concours, les modalités d'inscription, le dossier de candidature, sont en ligne sur le site du Centre national de gestion www.cng.sante.fr

leur ajoutée peut apporter le DES de chirurgie orale et celui de médecine bucco-dentaire à un praticien qui aurait fait son internat via le concours à titre européen ? En termes de revenus, aucune. Tant

Pour un praticien ayant quitté le circuit universitaire depuis plusieurs années, il est difficile de "raccrocher", mais c'est une porte ouverte qu'il ne faut pas fermer.

2. La photocopie d'une pièce d'identité mentionnant la nationalité, en cours de validité à la date du dépôt du dossier.

3. Une copie du diplôme, certificat ou titre permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention.

4. Toute pièce justifiant d'au moins trois années d'activité professionnelle en qualité de chirurgien-dentiste dans le pays d'origine ou d'obtention du diplôme.

L'ensemble des pièces mentionnées ci-dessus doit être impérativement fourni par les candidats à la date de clôture des inscriptions. Les conditions de candidature sont appréciées à la date de clôture des inscriptions. Les pièces justificatives doivent être rédigées en langue française, ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

tes ouverts en 2013-2014, qui ont tous été pourvus. Une situation qui reflète parfaitement ce qui se passe aujourd'hui avec le concours d'internat « classique ». Lors du dernier concours, les 50 postes ouverts en ODF ont été choisis par les 52 premiers de la liste des reçus...

« Soyons réalistes, explique Robert Garcia, une fois de retour dans son cabinet de ville après plusieurs années passées à temps plein à l'hôpital qui l'a obligé à arrêter son activité libérale, quelle va-

que la médecine bucco-dentaire et la chirurgie orale ne seront pas valorisées au niveau conventionnel pour une pratique de spécialiste, je ne vois pas comment les choses peuvent évoluer. Quant aux personnes qui veulent se tourner vers une carrière hospitalo-universitaire, et qui sont logiquement intéressées par l'internat en médecine bucco-dentaire ou en chirurgie orale, elles resteront dans le circuit universitaire en passant bien en amont l'internat national en D3 ou en T1... » ■

Un coach en implantologie dans votre cabinet dentaire ?

Un organisme propose un système d'accompagnement parfaitement antidéontologique pour se former à l'implantologie sur ses propres patients au sein même de son cabinet...

Un organisme est-il autorisé à proposer des cours pratiques dispensés par un accompagnateur intervenant en bouche, au sein du cabinet du praticien en formation, avec un système de ventilation des honoraires ? L'avis, négatif, de l'Ordre est sans appel. Si des praticiens venaient à participer à une telle formation, ils contreviendraient à de nombreuses dispositions du Code de la santé publique (CSP). De quoi s'agit-il ? Une

travaille sous l'égide d'un superviseur, qui planifie l'intervention implantaire, et d'un accompagnateur qui assiste en direct le praticien dans son cabinet dentaire et, au besoin, intervient en bouche. L'organisme de formation met en avant la formation du praticien au sein même de son cabinet dentaire et avec ses propres patients. L'organisme de formation met en avant une formation « 100 % gratuite ». Selon le mécanisme proposé par la structure de

conserve les honoraires de la prothèse sur implant qu'il aura posée.

Or, la ventilation du montant de l'acte entre les chirurgiens-dentistes (superviseur et accompagnateur) et l'organisme de formation contrevient aux dispositions du CSP qui prohibe la dichotomie et le compérage ⁽¹⁾.

Surtout, selon le protocole proposé par cet organisme, le superviseur reçoit par mail un bilan pré-implantaire, des radios et des scanners du patient afin d'examiner à distance la faisabilité de l'intervention. Une telle démarche constitue une violation du secret médical. Elle est contraire aux dispositions du CSP relatives à la confidentialité des données de santé.

Il en est de même s'agissant du consentement du patient. Selon le mécanisme imaginé par l'organisme de formation, le superviseur transmet à l'accompagnateur un

consentement éclairé et un devis à faire signer au patient. Charge au praticien en formation de

Violation du secret médical, entorse au principe du consentement éclairé du patient, infraction à l'interdiction de publicité, de partage des honoraires, de percevoir des avantages... La liste des manquements au CSP est longue !

structure de formation propose aux praticiens un enseignement en implantologie avec une méthodologie pour le moins atypique. Le principe est le suivant : le chirurgien-dentiste en formation

formation, les honoraires pour chaque acte sont ventilés comme suit : 10 % pour le superviseur, 80 % pour l'accompagnateur et 10 % pour l'organisme de formation. Quant au praticien en formation, il



présenter ce document à son patient. Un système qui porte atteinte à l'obligation de recueillir le consentement éclairé du patient, lequel est supposé donner son consentement à une intervention coréalisée par l'accompagnateur (qu'il n'a jamais rencontré) et le praticien en formation.

Le système heurte également le principe de l'entente directe entre le patient et le chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ⁽²⁾.

En effet, le devis pour l'intervention implantaire est supposé signé par le praticien et non par l'accompagnateur, qui pose l'implant.

Ce montage contrevient également au principe du paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste, mais aussi à l'interdiction du partage d'honoraires entre confrères et au principe selon lequel chaque praticien doit demander ses honoraires personnels ⁽³⁾.

L'ESSENTIEL

- ✓ Un organisme de formation propose au praticien d'être formé à l'implantologie par un accompagnateur intervenant en bouche.
- ✓ Par ailleurs, un système de ventilation des honoraires partagés entre les superviseurs et l'organisme de formation est proposé au praticien en formation.
- ✓ Ce système heurte un nombre important de dispositions du CSP, dont l'information du patient et son consentement éclairé.

Autre problème : le praticien est supposé autoriser l'organisme de formation à afficher ses coordonnées sur le site Internet

de l'organisme, en violation des dispositions déontologiques sur la publicité personnelle et plus largement toute publicité intéressant un tiers ou une firme quelconque.

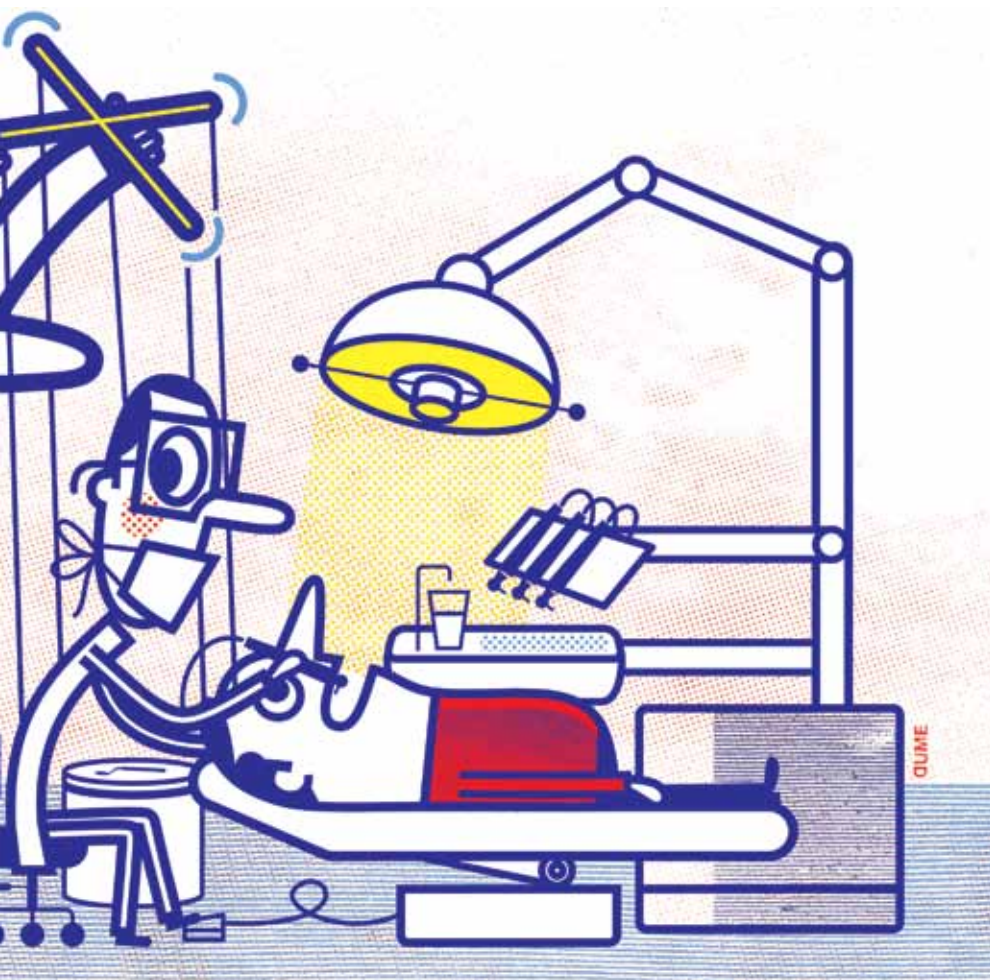
Mais la déjà longue liste des violations au CSP ne s'arrête pas là ! Des réductions sur du matériel sont proposées par l'organisme, comme des billets d'avion offerts à partir d'un certain nombre d'implants posés. Autrement dit, il s'agit de cadeaux offerts au praticien en formation interdits par le CSP, qui prohibe les avantages en nature et en espèces ⁽⁴⁾. Le Conseil national tient à rappeler avec force aux praticiens que souscrire à ce type de dispositif les exposerait à des sanctions disciplinaires. ■

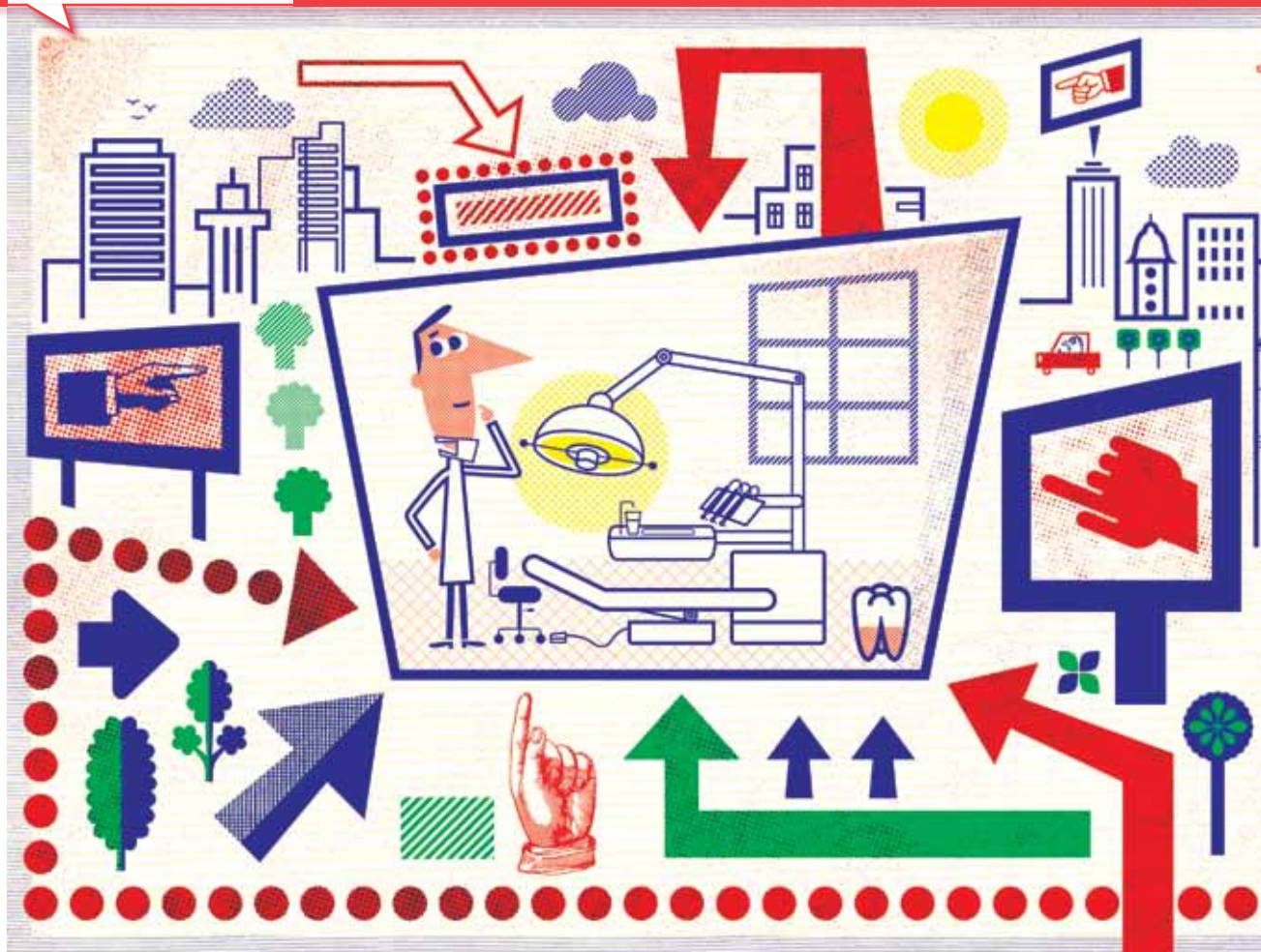
(1) Articles L. 4163-4, R. 4127-221 et R. 4127-224 du CSP.

(2) Prévu à l'article R. 4127-210 du CSP.

(3) Articles R. 4127-210 et R. 4127-243 du CSP.

(4) Article L. 4113-6 du CSP.





La publicité, le centre de santé et le praticien salarié

Lorsque la signalétique d'un centre de santé est assimilable à de la publicité, le praticien salarié de ce centre n'est pas passible d'une sanction disciplinaire dès lors qu'il prouve sa bonne foi.

Lorsque la signalétique d'un centre de santé est assimilable à de la publicité, le praticien salarié de ce centre est-il passible d'une sanction disciplinaire ? Pour le Conseil national, la responsabilité disciplinaire du praticien ne

saurait *a priori* être engagée. Lors d'une réunion au ministère de la Santé, en octobre 2013, l'Ordre a formellement posé cette clarification en présence de représentants de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), de l'Agence ré-

gionale de santé d'Île-de-France (ARS), du Syndicat national des chirurgiens-dentistes des centres de santé et de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS). Mais, la déontologie s'appliquant de manière universelle aux praticiens

libéraux et salariés, il revient par conséquent aux centres de santé de permettre aux chirurgiens-dentistes qu'ils salarient de respecter le Code de déontologie, notamment sur cette question de la signalétique assimilable à de la publicité ^{(1) (2)}. L'af-



faire Addentis, qui a entre-temps été jugée en première instance, avale cette doctrine. En effet, le tribunal d'instance du 5^e arrondissement de Paris a jugé que le non-respect d'une clause de

contrat de travail portant sur l'engagement réciproque et exprès des deux parties à respecter le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes engage la responsabilité du centre de santé ⁽³⁾.

L'ESSENTIEL

- ✓ Un praticien salarié n'est *a priori* pas responsable des manquements aux règles déontologiques du centre de santé qui l'emploie, notamment en matière de publicité.
- ✓ Un centre de santé doit donner au praticien salarié les moyens de respecter les règles déontologiques.
- ✓ Un praticien salarié engage sa responsabilité lorsqu'il réalise de son propre chef une publicité interdite par l'article R. 4127-215 du CSP, ou s'il y collabore.

Signalétique : pas de régime d'exception !

Lors de la réunion au ministère de la Santé, certaines voix ont plaidé pour une distinction entre les centres de santé et les professionnels libéraux s'agissant de la signalétique. Au motif que les centres de santé exerceraient une « *mission sociale* » et que ces structures s'apparenteraient à un « *exercice regroupé* », la signalétique extérieure de ces centres devrait, à les entendre, être différente des plaques réglementaires des praticiens libéraux. Pour le Conseil national, la déontologie s'applique à tous, y compris aux centres de santé employant des chirurgiens-dentistes, et il ne saurait être question d'un régime d'exception. Les motifs invoqués apparaissent d'ailleurs spécieux dans la mesure où les praticiens libéraux exercent aussi, et certainement pas d'une manière marginale, une « *mission sociale* » en délivrant des soins aux patients CMUistes. En outre, la notion d'« *exercice regroupé* », évoquée par les représentants de certains centres de santé lors de cette réunion, apparaît pour le moins assez floue.

Il n'en reste pas moins que, si le praticien salarié d'un centre de santé n'engage pas sa responsabilité disciplinaire s'agissant de la signalétique extérieure du centre (sauf, bien sûr, s'il y a collaboré), sa responsabilité reste entière s'il réalise de son propre chef une publicité prohibée par le Code de déontologie.

On relèvera pour finir que certains, au sein du ministère et ailleurs, plaident pour un assouplissement des règles relatives à la publicité des centres de santé. Au cours de la réunion

d'octobre, l'Ordre a réaffirmé sa position selon laquelle le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes doit s'appliquer indifféremment à tous, y compris aux centres de santé (*lire l'encadré*). ■

(1) Article R. 4127-215 du Code de la santé publique selon lequel sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité pour tout chirurgien-dentiste.

(2) Article 4127-218 du CSP sur les plaques professionnelles.

(3) Sur le fondement de l'article 1382 du Code civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

La santé bucco-dentaire des enfants s'améliore

Depuis les années 2000, l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants se confirme, mais les inégalités sociales se creusent, notamment en matière de surpoids et d'obésité.

La santé bucco-dentaire des enfants s'est améliorée depuis le début des années 2000. Voilà ce que livre une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) intitulée «*La santé des élèves de CM2 en 2007-2008. Une situation contrastée selon l'origine sociale*» publiée en septembre 2013⁽¹⁾.

L'enquête s'appuie sur les examens bucco-dentaires réalisés par les médecins et les infirmiers de l'Éducation nationale auprès des élèves de CM2 dans plus de 1 300 établissements publics et privés. Pour les auteurs, cette étude, véritable «*photographie de l'état bucco-dentaire des élèves de CM2, met en lumière des inégalités sociales de santé bucco-dentaire et de recours aux soins*».

Illustration de cette inégalité sociale : «*Huit enfants de cadres sur dix ont consulté un dentiste dans l'année contre six enfants d'ouvriers*».



En 2008, près de 40 % des élèves présentaient au moins une dent cariée, et 26 % d'entre eux au moins deux. Trois ans auparavant, ces pourcentages étaient respectivement de 46 % et 30 %. Un recul du nombre de dents cariées également exprimé, soulignent les auteurs de la Drees, par les données de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), qui recensent une amélioration de l'indice carieux (CAO) à 12 ans, avec une baisse de 1,9 en 1998 à 1,2 en 2006. Rappelons que la Drees, estimait l'indice CAO à 4,2 en 1987. L'évolution est incontes-

table. Comment l'analyser ? Pour les auteurs, de nombreux facteurs ont contribué à cette amélioration «*tels que les progrès de l'hy-*

rie ; ce pourcentage s'élève à 53 % pour les ouvriers».

29 % des enfants issus d'un milieu défavorisé n'ont aucune dent cariée soignée contre 11 % des enfants de cadres, la moyenne sur l'ensemble des enfants étant de 21 %. Pour les enfants avec au moins trois dents cariées, aucune n'est soignée dans 24 % des cas chez les ouvriers, contre 5 % pour les cadres.

Très logiquement, entre 2002 et 2008, la proportion d'enfants sans dent cariée a augmenté plus for-

26 % des enfants de cadres présentent au moins une carie. Pour les enfants d'ouvriers, ce pourcentage, plus que doublé, s'élève à 53 %.

gière bucco-dentaire et l'effet prophylactique des fluorures». Mais la Drees constate dans le même temps que «*les indicateurs déclinés selon le groupe socioprofessionnel des parents mettent en évidence des disparités : 26 % des enfants de cadres ont au moins une ca-*

tement chez les enfants de cadres (de 65 % à 74 %) que chez les enfants d'ouvriers (de 42 % à 47 %).

Plusieurs raisons expliquent le renoncement aux soins : «*Par crainte d'avoir à avancer les frais, par méconnaissance de l'état dentaire de leur enfant faute*

de visites de contrôle régulières chez le chirurgien-dentiste, ou encore [parce que les familles] ne voient pas l'intérêt de soigner des dents temporaires, qui conditionnent pourtant l'état de la dentition défi-

nitive. » Un autre volet de l'étude est consacré à l'orthodontie. En 2008, près de 11 % des enfants de CM2 étaient équipés d'un appareil dentaire. Parmi eux, 15 % avaient au moins un des deux parents cadre

contre 8 % des enfants d'ouvriers. Selon l'hypothèse exposée, « si les besoins d'appareillage sont a priori identiques pour tous les enfants, le coût élevé et le faible taux de remboursement des soins d'ortho-

dontie peuvent alors être avancés pour expliquer ces différences ». ■

(1) Olivier Chardon, Nathalie Guignon, avec la collaboration de Marie-Christine Delmas, Laure Fonteneau et Jean-Paul Guthmann, *Études et résultats*, n° 853, septembre 2013.

L'impossible prospective sur notre démographie

L'Observatoire de la démographie déplore l'absence d'études permettant d'évaluer et d'anticiper les besoins en soins dentaires et, donc, les besoins en termes de démographie professionnelle.

Depuis 1999, malgré une augmentation du *numerus clausus*, les effectifs des chirurgiens-dentistes en activité stagnent et leur densité diminue. Néanmoins, cette diminution est inférieure à celle que présentait la projection de la Drees (1) de 2007 qui n'intégrait pas, notamment, les flux entrants de diplômés à l'étranger dont la part augmente ces dernières années. » C'est par ces mots que s'ouvre le récent rapport de l'Observatoire de la démographie des professions de santé (ONDPS) consacré à notre démographie (2). L'Observatoire pointe l'un des faits récents qui impactent notre démographie :

l'arrivée, sur le territoire, de praticiens européens. À l'appui de ces données fournies par l'Ordre, l'ONDPS relève que, les praticiens étrangers « représentent en 2012 le quart des primo-inscrits (306 sur 1386) ».

PRATICIENS ÉTRANGERS EN FORTE AUGMENTATION

Cette part des praticiens étrangers en forte augmentation, couplée au recul concomitant de l'âge moyen de cessation d'activité des chirurgiens-dentistes, explique que les projections réalisées en 2007 par la Drees, soient aujourd'hui en décalage. Ainsi, en 2013, « alors que l'effectif constaté est d'environ 40 000 et la densité

de 63, les projections [de la Drees] avec un *numerus clausus* à 1 100 puis 1 200 conduisaient à une prévision d'effectif d'environ 37 000 et de densité inférieure à 60 », relève l'ONDPS.

L'étude propose un état des lieux détaillé sur les déterminants de notre démographie et de la densité des praticiens sur les territoires. Il relève l'impact de l'implantation des UFR d'odontologie dans la répartition des praticiens. L'Observatoire note ainsi que « certaines régions cumulent deux handicaps : une dotation au Paces faible au regard de leur population et, les étudiants devant se former dans une autre région, ils sont peu

nombreux à y revenir. »

L'ONDPS regrette l'absence d'études sur la consommation de soins en vue de définir un niveau de besoins en chirurgiens-dentistes à venir. Elle plaide pour des travaux prospectifs permettant l'élaboration d'hypothèses d'évolution qualitatives traduites en estimations d'impact quantitatif. « Dans l'immédiat, en l'état des connaissances et des réflexions, ce travail est hors de portée » regrette l'Observatoire. Nous reviendrons en détail dans le prochain numéro de *La Lettre* sur ce rapport. ■

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

(2) « État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes » - décembre 2013.

Aube

Corps de femme découvert le 20 février 2013 le long d'une palissade du technicentre de ROMILLY-SUR-SEINE (10100).
La date de la mort est estimée entre 6 et 12 mois avant la découverte.

Signalement

Sexe : femme

Age estimé : entre 52 et 58 ans

Corpulence : mince

Taille : environ 1,69 m

Renseignements

Tous renseignements susceptibles de permettre l'identification de la personne sont à faire parvenir à la Section de recherches de Reims

Tél. : 03 26 61 08 52

E-mail : dap.sr.reims@gendarmerie.interieur.gouv.fr

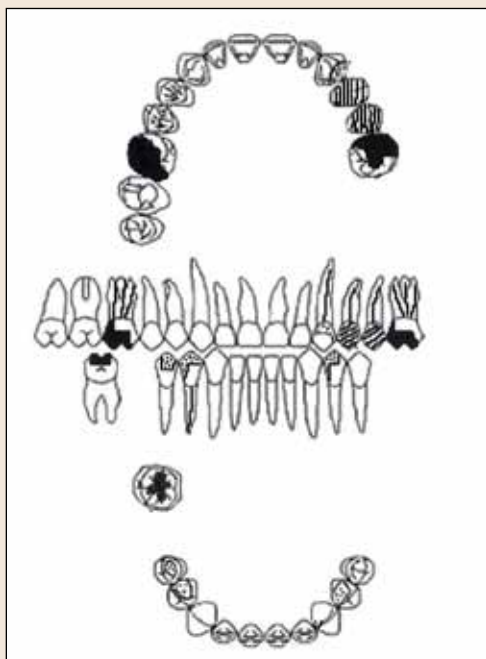
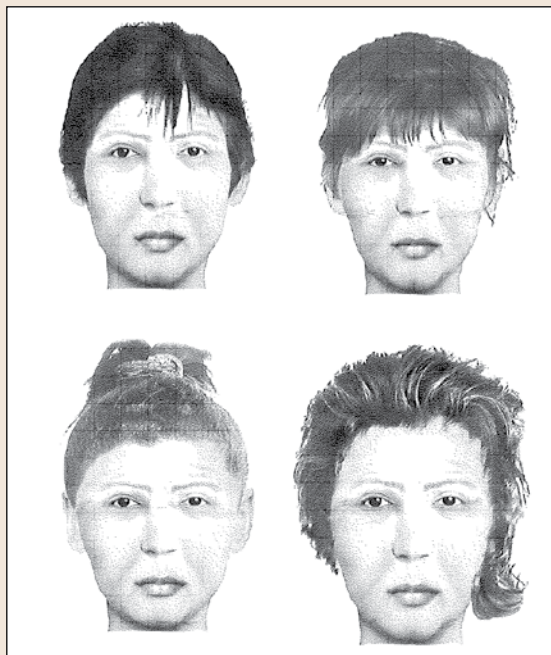
Éléments dentaires importants

Extractions très anciennes de : 48, 46, 36, 37

non remplacées par une prothèse ayant entraîné l'égression de : 18, 16, 26

Nombreuses caries sur : 18, 13, 12, 21, 22

Myolyses sur : 14, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 44, 45



Maxillaire

14 Composite cervical

16 Fortement égressée, traitement radiculaire, amalgame disto-palatin

18 Saine, égressée

23 Traitement radiculaire et composite disto-vestibulaire

24 Traitement radiculaire et couronne métallique

25 Traitement radiculaire et couronne métallique

26 Fortement égressée, traitement radiculaire, amalgame occluso-mésio-palatin

Absence *ante mortem* : 27, 28

Mandibule

34 Composite occluso-mésial

33 Rotation axiale

44 Traitement radiculaire et composite occluso-distal; composite cervical

45 Rotation et composite occlusal

47 Amalgame occlusal

Absence *ante mortem* : 36, 37, 38, 46, 48

Facettes d'usure sur les bords incisifs : 32, 31, 41, 42

Constitution d'un nouveau conseil départemental dans l'Aveyron

APPEL À CANDIDATURES

Suite à la démission de la majorité des membres du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de l'Aveyron, le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, en application des dispositions de l'article L. 4123-10 du Code de la santé publique, a décidé de procéder à des élections en vue de la constitution d'un nouveau conseil départemental. Celles-ci auront lieu le **MERCREDI 9 AVRIL 2014** au siège du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, dont l'adresse postale est 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16.

L'heure d'ouverture du scrutin est fixée à 9 heures, l'heure de clôture du scrutin est fixée à 11 heures.

Le nombre de candidats à élire est de 20 dont 10 membres titulaires et 10 membres suppléants.

Leur mandat expirera lors des renouvellements des conseils départementaux de 2016 et 2019.

En application de l'article R. 4125-6 du Code de la santé publique, afin de permettre un renouvellement ultérieur par moitié, un tirage au sort sera effectué lors de la première réunion du conseil départemental pour déterminer ceux des membres titulaires et suppléants dont le mandat viendra à expiration lors des renouvellements des conseils départementaux de 2016 et de 2019.

APPEL À CANDIDATURES

En application de l'article R. 4123-3 du Code de la santé publique, les déclarations de candidature, revêtues de la signature du candidat, doivent parvenir par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, au siège du Conseil national, 30 JOURS AU MOINS AVANT LE JOUR DE L'ÉLECTION, c'est-à-dire au plus tard le jeudi 6 mars 2014 à 16 heures (article R. 4125-1 du Code de la santé publique). La déclaration de candidature peut également être faite, dans le même délai, au siège du Conseil national. Il en sera donné récépissé.

Le candidat indique son adresse, ses titres, sa date de naissance, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels. Le candidat peut 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 l'expiration du délai prévu ci-dessus est irrecevable (l'heure de fermeture des bureaux pour le dernier jour de réception des candidatures est 16 heures). La date limite de retrait par un

praticien de sa candidature est fixée au vendredi 21 mars 2014 à 10 heures. Le retrait doit être notifié au Conseil national par lettre recommandée avec avis de réception ou déposé au siège du Conseil contre récépissé.

ÉLIGIBLES

En application des articles L. 4123-5 du Code de la santé publique et L. 145-2-1 du Code de la sécurité sociale sont seuls éligibles les praticiens de nationalité française ou ressortissants de l'un des États membres de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui sont inscrits au tableau de l'Ordre, sauf ceux qui ont été l'objet de sanctions disciplinaires conformément à l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique et à l'article L. 145-2 du Code de la sécurité sociale, compte tenu de l'application des lois d'amnistie. Le candidat à cette élection doit être inscrit au tableau du conseil départemental de l'Aveyron et être à jour de sa cotisation ordinale.

ÉLECTEURS

Sont électeurs tous les praticiens inscrits au tableau au plus tard trois jours avant la date du scrutin.

La liste des praticiens inscrits au tableau de l'Ordre est affichée au siège du Conseil national à partir du mercredi 5 février 2014. Des réclamations peuvent être présentées, conformément aux dispositions de l'article R. 4123-1 du Code de la santé publique.

Exercice dentaire et acupuncture

L'Ordre a récemment sollicité l'Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD) à propos de la possibilité, pour un chirurgien-dentiste, de recourir à l'acupuncture dans le cadre de son activité professionnelle.

L'Académie considère qu'un confrère dûment formé

«peut certainement avoir recours à cette aide thérapeutique dans l'exercice de la chirurgie dentaire».

En effet, dès lors qu'il s'agit de prévenir, diagnostiquer ou traiter une pathologie intéressant la bouche, les dents, les maxillaires et les tissus attenants, le chirurgien-dentiste peut en toute légalité recourir à l'ensemble des actes et prescriptions nécessaires au traitement de ces affections, à une double condition :

- Le praticien doit être formé à la thérapeutique qu'il propose au patient;
- L'acte proposé doit être conforme aux données acquises de la science (article R. 4127-233 du Code de la santé publique).

Selon l'Académie, *«l'acupuncture ajoute un plus aux méthodes d'investigations professionnelles des chirurgiens-dentistes, ne serait-ce que pour calmer certaines douleurs ou obtenir des analgésiques bénéfiques».* Néanmoins, si un confrère averti et formé peut avoir recours à cette aide thérapeutique dans l'exercice de la chirurgie dentaire, *«il ne doit pas se considérer au sein du cabinet dentaire comme un acupuncteur à part entière».* Dans le cadre de son exercice de chirurgien-dentiste, le praticien ne saurait en effet exercer l'acupuncture aux fins de traiter des sphères anatomiques autres que *«la bouche, les dents, les maxillaires et les tissus attenants».*

Commission des accidents médicaux

Deux chirurgiens-dentistes ont été nommés membres de la Commission nationale des accidents médicaux au titre d'experts professionnels de la santé libéraux par les ministres de la Santé et de la Justice le 24 juillet 2013 :

- D^r Frédéric Camilleri, membre titulaire;
- D^r Éric Quièvre, membre suppléant.

Liens d'intérêt

Piloté par le ministère de la Santé, le site Internet unique publiant les liens d'intérêts entre les industriels de produits de santé et de cosmétiques et les professionnels de santé est en cours de développement. Pour l'heure, il n'est accessible qu'aux entreprises, l'ouverture au public étant programmée pour avril 2014.

Disparition

C'est avec une grande tristesse que nous vous informons du décès du D^r **Jacques Énard**, ancien membre du conseil départemental des Bouches-du-Rhône, enseignant à l'UFR d'odontologie de Marseille. Jacques Énard était père de six enfants parmi lesquels Philippe, membre de notre profession. Il était mon maître et mon ami.

Gilbert Lagier-Bertrand, conseiller national représentant la région Pacac.

Alexandre Hajjar, président de l'UNECD

Les étudiants en odontologie ont élu le nouveau bureau de l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD) en novembre dernier.

La composition du bureau :

Alexandre Hajjar, président;

Gabrielle Estèves,
secrétaire générale;

Kods Mahdhaoui, trésorier;

Camille Paré,

Antoine Dubrisay,

Marco Mazevet,

Flora Angelidakis,

Louis-Émile Chéron :

vice-présidents.

Distinction honorifique

Ordre national du Mérite

Par décret du président de la République en date du 4 novembre 2013, a été promu :

- Service de santé des armées au grade d'officier :

Antoine Lebette, docteur en chirurgie dentaire, chirurgien-dentiste en chef.

Le Conseil national lui adresse ses félicitations les plus vives.

Le temps partiel, un risque à plein temps pour l'employeur...

En résumé

Les chirurgiens-dentistes qui emploient des salariés sont, à ce titre, soumis au droit du travail. Lorsqu'ils recrutent à temps partiel, par exemple 25 heures par semaine, ils doivent respecter les dispositions du Code du travail relatives au temps partiel. Les textes sur ce point sont contraignants pour les employeurs et renferment un risque majeur, celui de la requalification d'un contrat à temps partiel en contrat à temps plein (35 heures par semaine), avec tous les effets y attachés, notamment en termes de rappel de salaire. Tel est le sujet d'un arrêt récent rendu par la Cour de cassation. Outre cet arrêt, la loi du 14 juin 2013, qui est entrée en application le 1^{er} janvier 2014, contient des règles très protectrices du salarié à temps partiel, lesquelles pourraient bien être source de déconvenues...

Le contexte

À l'heure où le salariat se développe dans les cabinets dentaires, le droit du travail peut difficilement être ignoré, tout particulièrement les règles relatives aux salariés à temps partiel ⁽¹⁾. Tel est l'enseignement d'un arrêt rendu par la chambre sociale de la Cour de cassation ⁽²⁾. Cet arrêt concerne certes un chirurgien-dentiste titulaire

d'un contrat de travail conclu avec une mutualité, mais il ne faut pas en déduire que cette décision de justice n'intéresse pas le praticien employeur. Bien au contraire, la prescription que cet arrêt énonce, sur laquelle l'on reviendra, est applicable à tout salarié à temps partiel, qu'il soit assistant(e) dentaire, secrétaire ou praticien.

Le litige se présente ainsi. Un praticien a été engagé à compter du 5 janvier 2004 en qualité de chirurgien-dentiste, à temps >>>

» partiel à raison de quatre jours par semaine. Plus précisément, une clause de son contrat stipule «une activité sur quatre jours par semaine, du lundi au jeudi, dans la limite des horaires d'ouverture et de fermeture du cabinet». Postérieurement à la rupture de son contrat de travail, le chirurgien-dentiste a saisi le conseil de prud'hommes, juridiction exclusivement compétente pour trancher les litiges portant sur la relation de travail. Il demande un rappel de salaire, dont le montant est égal à ce qu'il aurait dû percevoir dans le cadre d'un travail à temps complet (soit légalement 35 heures par semaine), que viennent compléter les congés payés y afférents.

Pour bien saisir l'enjeu du différend, prenons un exemple volontairement simplifié. Admettons qu'un salarié réalise 30 heures par semaine et perçoive une rétribution calculée sur la base horaire de 30 euros; s'il obtient satisfaction (temps complet), alors le rappel de salaire est égal à

culés ainsi : le rappel de salaire (600 euros) x 10 % = 60 euros. Au total, le salarié est créancier d'une somme de 660 euros (brut) par mois! Après l'illustration, évoquons la technique juridique : le chirurgien-dentiste argue d'une «requalification de son contrat à temps partiel en temps complet». Les premiers juges la lui refusent, mais leur décision est cassée par la Cour de cassation.

L'analyse

Pour expliquer la solution de la haute juridiction, il convient préalablement de rappeler les règles relatives au contrat de travail à temps partiel. Nous profiterons de l'occasion pour traiter des normes nouvelles régissant le temps partiel, lesquelles sont issues de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Un formalisme rigoureux gouverne le Code du travail. Le contrat doit ainsi nécessairement comporter des mentions obligatoires, notamment la durée exacte de travail, hebdomadaire ou mensuelle.

5 heures (35 heures - 30 heures) que multiplie 30 euros, soit 150 euros par semaine, donc globalement 600 euros pour un mois. Ce à quoi s'ajoutent les congés payés correspondants, lesquels sont classiquement cal-

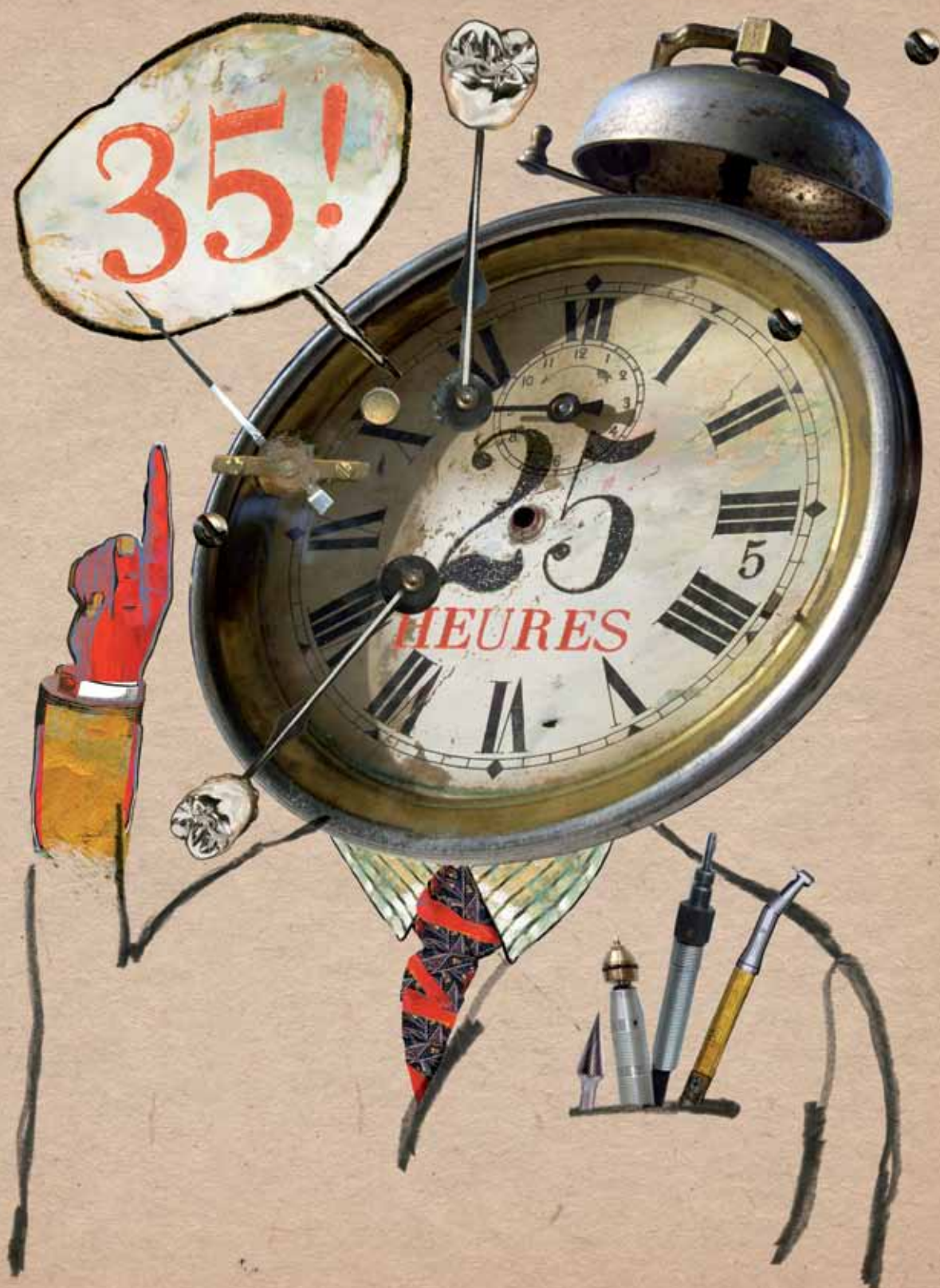
culés ainsi : le rappel de salaire (600 euros) x 10 % = 60 euros. Au total, le salarié est créancier d'une somme de 660 euros (brut) par mois! Après l'illustration, évoquons la technique juridique : le chirurgien-dentiste argue d'une «requalification de son contrat à temps partiel en temps complet». Les premiers juges la lui refusent, mais leur décision est cassée par la Cour de cassation.

gatoires⁽³⁾. Ainsi doit-il être stipulé des clauses portant sur : «1° La qualification du salarié, les éléments de la rémunération, la durée hebdomadaire ou mensuelle prévue et, sauf pour les salariés [...] relevant d'un accord collectif de travail conclu en application de l'article L. 3122-2, la répartition de la durée du travail entre les jours de la semaine ou les semaines du mois; 2° Les cas dans lesquels une modification éventuelle de cette répartition peut intervenir ainsi que la nature de cette modification; 3° Les modalités selon lesquelles les horaires de travail pour chaque journée travaillée sont communiqués par écrit au salarié. [...] 4° Les limites dans lesquelles peuvent être accomplies des heures complémentaires au-delà de la durée de travail fixée par le contrat.»

En l'espèce, c'est l'application du «1°» qui pose difficulté. Certes, les jours travaillés dans la semaine (en l'occurrence du lundi au jeudi) sont spécifiés. Si les heures quotidiennes ne le sont pas, la loi ne commande pas de les mentionner expressément dans le contrat, celles-ci devant simplement être communiquées à l'avance au salarié, le plus souvent par voie d'affichage ou par note écrite (n'ayant pas valeur contractuelle, mais informative). Mais la «durée hebdomadaire» n'est, elle, pas précisée. Il n'est, par exemple, nullement indiqué que le praticien a été embauché à raison de 30 heures par semaine. Voilà donc, sur ce point, un contrat lacunaire. Quelle est la conséquence juridique d'une telle carence?

1. LE DROIT DU CONTRAT DE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL

Le Code du travail impose de respecter un formalisme rigoureux. Le contrat doit nécessairement être consigné «par écrit» et comporter des mentions obli-



» Dans l'arrêt sous commentaire, la Cour de cassation considère que «*l'absence d'écrit mentionnant la durée du travail (ou sa répartition) fait présumer que l'emploi est à temps complet*»; du reste, c'est une jurisprudence constante, qui n'est donc pas nouvelle. Le contrat initialement voulu à temps partiel est **présupposé** être à temps complet (35 heures par semaine). La Cour ajoute «*qu'il incombe à l'employeur qui conteste cette présomption de rapporter la preuve [...]*» : il s'agit donc d'une **présomption simple**, qui supporte la preuve contraire⁽⁴⁾, sachant que la **charge de la preuve** pèse sur l'employeur. Là encore, l'arrêt étudié n'innove pas, la haute juridiction ayant depuis longtemps retenu une telle solution. Quel est alors l'**objet de la preuve**? Dit autrement, que doit démontrer l'employeur? Selon la Cour, ce dernier doit établir d'une part «*la durée exacte hebdomadaire ou mensuelle convenue*», et d'autre part que «*le salarié*

se convainc d'un temps partiel pour deux raisons. D'abord, selon elle, «*les agendas produits aux débats*» attestent de la présence du praticien au sein de la mutualité uniquement «*quatre jours par semaine dans la limite des heures d'ouverture*». Ensuite, ce chirurgien-dentiste a été recruté par un autre employeur pour exercer l'art dentaire le vendredi et le samedi. De tout cela les juges d'appel déduisent que le contrat n'est pas à temps plein. Leur arrêt est cassé : «*Qu'en statuant ainsi sans constater que l'employeur faisait la preuve de la durée de travail exacte, mensuelle ou hebdomadaire, convenue, qui ne pouvait se déduire du seul énoncé des jours travaillés par le salarié, la cour d'appel a violé [le Code du travail].*»

La raison de la cassation apparaît nettement : l'employeur n'établissait nullement le **volume horaire quotidien**. En effet, les deux faits relevés – une répartition sur quatre jours et l'existence d'un autre contrat de travail – ne signifient

Mettre en place un dispositif incontestable de décompte des heures permettra de s'épargner d'inutiles déboires.

n'était pas placé dans l'impossibilité de prévoir à quel rythme il devait travailler et qu'il n'avait pas à se tenir constamment à la disposition de l'employeur». L'intérêt de l'arrêt du 4 décembre 2013 est de montrer que cette tâche probatoire est délicate, qu'il est peu aisé de renverser la présomption simple. Qu'on en juge. La cour d'appel

pas en eux-mêmes que le salarié ait occupé moins de 35 heures. Reste qu'établir la preuve de la «*durée de travail exacte*», pour reprendre la formule de la Cour, pose des difficultés d'ordre pratique. Le seul affichage d'un planning, par exemple, ne vaut pas «*durée de travail exacte*»! En cette circonstance, le salarié argue, bien souvent, que

le planning annonce les heures prévues, et non les heures effectivement réalisées. De là, une leçon : mettre en place un dispositif incontestable de décompte des heures; plus facile à dire qu'à faire, répondront d'aucuns, d'ailleurs à juste titre. Le temps partiel est source de bien d'autres complica-





tions, dont certaines sont nées avec une loi récente.

2. LES RÈGLES NOUVELLES ISSUES DE LA LOI DE SÉCURISATION DE L'EMPLOI

La loi du 14 juin 2013 a instauré une durée minimale du temps partiel, par principe, de 24 heures

par semaine. Par ce principe ⁽⁵⁾, le législateur entend assurer à chaque salarié (peu importe sa profession) un salaire décent, et lutter ainsi contre la précarité de la situation des salariés travaillant à temps réduit. Les parlementaires ont prévu plusieurs exceptions, dont la plupart n'intéressent pas les praticiens employeurs. La durée minimale de 24 heures ne joue pas lorsque l'employeur est un particulier, pour les salariés âgés de moins de 26 ans qui poursuivent des études ⁽⁶⁾, pour les salariés en insertion ⁽⁷⁾, en présence d'un accord collectif de branche étendu ⁽⁸⁾ ni, enfin, en cas de renonciation individuelle du salarié

née au même article ⁽⁹⁾. Les motifs de la renonciation appellent plusieurs interrogations. Que signifie l'expression «*contraintes personnelles*»? Par exemple, le salarié qui souhaite aller chercher ses enfants à l'école ou à la crèche, voire pratiquer une activité sportive, répond-il à une convenance personnelle ou à une «*contrainte*»? En d'autres termes, que veut dire concrètement ce dernier mot? Par ailleurs, si ce même salarié invoque la disparition de la dite contrainte, bénéficie-t-il alors d'un «*droit aux 24 heures minimales*»? Autant de questions pour l'instant sans réponse! Ajoutons que, pour toutes les exceptions,

La loi du 14 juin 2013 a instauré une durée minimale du temps partiel de 24 heures par semaine, sauf en cas de renonciation du salarié, qui doit formaliser sa volonté par un écrit motivé.

lui-même. C'est cette dernière hypothèse qui pourra être utile au chirurgien-dentiste employeur. La règle précitée concerne le salarié recruté à partir du 1^{er} janvier 2014. C'est à celui-ci, en théorie, qu'appartient l'initiative de travailler moins de 24 heures par semaine. Ce faisant, il doit formaliser sa volonté par un écrit motivé. La motivation n'est pas libre, mais fixée par la loi : la renonciation à la durée minimale n'est possible que pour «*faire face à des contraintes personnelles*» ou «*pour permettre de cumuler plusieurs activités afin d'atteindre une durée globale d'activité correspondant à un temps plein ou au moins égale à la durée mention-*

les heures de travail à temps partiel doivent être regroupées sur des journées ou demi-journées complètes afin d'éviter des horaires morcelés qui empêchent notamment de trouver une activité complémentaire ⁽¹⁰⁾.

Les praticiens, qui n'envisagent pas de recruter à temps partiel en cette nouvelle année, se sentiront soulagés. À la réserve près que, s'agissant des contrats en cours (conclus avant le 1^{er} janvier 2014), le salarié à temps partiel (peu importe l'emploi occupé, rappelons-le, y compris pour l'entretien des locaux) qui réalise moins de 24 heures par semaine pourra demander à son employeur, et >>>

►►► ce entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} janvier 2016, à travailler 24 heures par semaine (sauf accord de branche étendu – article 12 VIII de la loi de juin 2013)!

L'employeur peut certes refuser, mais uniquement, enseigne la loi, en cas d'*« impossibilité d'y faire droit compte tenu de l'activité économique de l'entreprise »*⁽¹⁾.

La perplexité s'installe de nouveau : le législateur vise *« l'activité économique »*, et non les difficultés économiques; surtout, il n'évoque pas l'hypothèse où l'employeur n'a pas suffisamment de travail à fournir pour atteindre le seuil des 24 heures par semaine... Faut-il quoi qu'il en soit payer 24 heures? Si tel est le cas, méditons sur ce nouveau slogan : *« Travaillant autant pour gagner plus! »* De surcroît, l'entreprise (notamment un cabinet dentaire) qui emploie un salarié à temps partiel (par exemple cinq heures par semaine) pour l'entretien de ses locaux pourra-t-elle lui refuser de travailler 24 heures s'il le lui demande? Espérons que cette situation corresponde justement à une *« impossibilité d'y faire droit compte tenu de l'activité »*; l'on peut soutenir que l'entretien des locaux (nettoyage) est, par nature, une activité *« accessoire »* d'un cabinet dentaire, et que le praticien employeur est dans *« l'impossibilité d'y faire droit »* dans la mesure où il ne peut occuper une personne d'entretien salariée durant 24 heures par semaine...

La loi du 14 juin 2013 modifie également le régime des heures complémentaires (ci-après HC). Celles-ci, schématiquement, correspondent à des heures ac-

complies au-delà de l'horaire contractuel; par exemple, si la clause d'un contrat de travail prévoit 24 heures par semaine, à partir de la 25^e heure, il s'agit d'heures complémentaires. Le nombre d'heures complémentaires est légalement de 1/10 de la durée, hebdomadaire ou mensuelle, prévue au contrat⁽²⁾. Par exemple, si la durée contractuelle est de 20 heures, alors le volume maximum d'HC est de 2 heures par semaine. Un accord collectif peut augmenter ce volume sans qu'il puisse dépasser 1/3⁽³⁾. Par exemple, si la durée contractuelle est de 21 heures, alors le volume maximum d'HC est de 7 heures hebdomadaires.

À compter du 1^{er} janvier 2014, chaque heure complémentaire est davantage rétribuée qu'une heure *« normale »*. Ainsi les heures réalisées dans la limite de 1/10 sont-elles majorées de 10 %. Illustrons le propos. Un salarié à temps partiel (20 heures par semaine) est rémunéré 15 euros l'heure; il réalise 2 HC; il percevra alors 2 (HC) x 15 euros (taux horaire appliqué) x 1,1 (majoration de 10 %) = 33 euros, et non 30 euros (2 x 15), soit 3 euros en sus. Notons qu'avant le 1^{er} janvier 2014 de telles heures n'étaient, légalement, pas majorées.

Pour conclure, l'employeur qui méconnaît la règle relative au nombre limité d'heures complémentaires (1/10 ou 1/3) encourt une sanction pénale⁽⁴⁾, et peut être condamné à verser des dommages et intérêts au salarié, en plus du paiement des heures réalisées⁽⁵⁾. ■

David Jacotot

(1) Selon l'article L. 3123-1 du Code du travail, *« est considéré comme salarié à temps partiel le salarié dont la durée du travail est inférieure à la durée légale du travail [35 heures par semaine] »*. Telle est la situation du salarié occupé 20 heures par semaine.

(2) Cass. soc., 4 décembre 2013, n° 12-23506.

(3) Article L. 3123-14 du Code du travail.

(4) À la différence d'une présomption irréfutable qui, elle, ne supporte pas de preuve contraire, situation qui est extrêmement favorable à celui qui en bénéficie.

(5) Article L. 3123-14-1 du Code du travail.

(6) Article L. 3123-14-5 du Code du travail.

(7) Articles L. 5132-6 et 7 du Code du travail.

(8) Article L. 3123-14-3 du Code du travail.

(9) Article L. 3123-14-2 du Code du travail.

(10) Article L. 3123-14-4 du Code du travail.

(11) Article 13 VIII de la loi du 14 juin 2013.

(12) Article L. 3123-7 du Code du travail.

(13) Article L. 3123-18 du Code du travail.

(14) Article R. 3124-8 du Code du travail : *« Est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe le fait d'avoir fait accomplir par un salarié à temps partiel des heures complémentaires sans respecter les limites fixées par l'article L. 3123-17 ou par les conventions ou accords collectifs de travail prévus par l'article L. 3123-23 [...] »*. Les contraventions donnent lieu à autant d'amendes qu'il y a de salariés indûment employés. »

(15) Cass. soc., 27 février 2001, n° 98-45610.

Quand le patient fait opposition à son chèque d'honoraires

En résumé

Après avoir réglé par chèque le montant des honoraires d'un praticien, un patient fait opposition. En conséquence, le chirurgien-dentiste ne peut encaisser le chèque. Ce dernier, en réaction, saisit le juge des référés afin qu'il ordonne la mainlevée de l'opposition par l'effet de laquelle l'établissement bancaire sera cette fois-ci tenu de payer le montant indiqué sur le chèque.

Le contexte

Le paiement par chèque des honoraires dus à un chirurgien-dentiste, tel est le thème général abordé par un récent arrêt de la Cour de cassation ⁽¹⁾. Plus exactement, il traite de «*la mainlevée de l'opposition réalisée par l'émetteur d'un chèque*». De quoi s'agit-il ? Avant d'expliquer ce dispositif légal, reprenons les faits livrés à notre connaissance par l'arrêt sous commentaire. En règlement du traitement effectué par un praticien associé d'une société d'exercice libéral (SEL), un patient rédige un chèque d'un montant de 177,93 euros. Peu de temps après, il fait oppo-

sition auprès de sa banque ; l'encaissement du chèque devient temporairement impossible, le banquier n'ayant pas le droit de payer, sous peine d'engager sa responsabilité civile, et de devoir indemniser l'auteur de l'opposition. À la lecture de l'arrêt, l'on apprend que le patient s'est comporté ainsi en raison, dit-il, de «*la perte du chéquier*» ! L'associé de la SEL saisit le juge en mainlevée de l'opposition. Le but de l'action est clair : si le tribunal ordonne la mainlevée, alors le banquier à qui le chèque sera présenté devra payer le montant inscrit, sauf si bien sûr le compte n'est pas provisionné, mais cela est une autre histoire. Rappelons maintenant les règles juridiques applicables en la matière. >>>

L'analyse

»»

En principe, le chèque doit être réglé par le tiré (c'est-à-dire l'établissement bancaire). Toutefois, le tireur du chèque (encore appelé émetteur du chèque) a la faculté de bloquer tout paiement en formant opposition. Le droit encadre l'opposition pour éviter de fournir à un débiteur le moyen de ne jamais régler ses créanciers.

1. LES CONDITIONS DE L'OPPOSITION

L'article L. 131-35, alinéa 2, du Code monétaire et financier dispose : « Il n'est admis d'opposition au paiement par chèque qu'en cas de [...] ». L'expression « qu'en cas de » annonce une liste limitative de causes justifiant l'opposition, seuls les motifs visés – et aucun autre – pouvant être invoqués. Légèrement, il en existe quatre :

- Le « redressement ou la liquidation judiciaire du porteur » ;
- Le « vol » du chèque (ou du chéquier). Précisons que l'extorsion de chèque, par violence ou menaces, est regardée comme un vol.
- La « perte » du chèque. L'idée est ici dénuée d'équivoque : la perte implique que le chèque n'a pas été remis volontairement au bénéficiaire ; s'il est établi par exemple que le chèque « était en blanc » (expression qui signifie que l'ordre, la partie réservée à l'inscription de la somme en lettres et en chiffres n'ont pas été remplies), il n'y a pas « perte » au sens juridique du terme, et l'opposition est donc impossible.



- L'« utilisation frauduleuse du chèque ». Elle recouvre des hypothèses telles que la contrefaçon, la falsification, les manœuvres illicites pour obtenir la remise d'un chèque.

L'établissement bancaire auprès de qui l'opposition est formée n'est pas juge de la validité ou de la pertinence des motifs invoqués par l'émetteur du chèque. Simple-ment, il informe son client ⁽²⁾ des sanctions attachées à une opposition ayant pour cause un cas non cité par l'article L. 131-35, alinéa 2. L'article L. 163-2 du Code monétaire et financier édicte une sanction pénale : « Est puni d'un emprisonnement de cinq ans et d'une

amende de 375 000 euros le fait pour toute personne d'effectuer après l'émission d'un chèque, dans l'intention de porter atteinte aux droits d'autrui, le retrait de tout ou partie de la provision, par transfert, virement ou quelque moyen que ce soit, ou de faire dans les mêmes conditions défense au tiré [l'établissement bancaire] de payer ».

2. LA MAINLEVÉE DE L'OPPOSITION

L'action judiciaire en mainlevée conduit le créancier à prouver que l'opposition est intervenue pour un autre motif que l'un de ceux listés à l'article L. 131-35, alinéa 2. C'est donc ici au chirurgien-dentiste de démontrer qu'il n'y a eu



ni vol, ni perte, ni utilisation frauduleuse. En l'espèce, selon toute vraisemblance, le chèque était daté, signé de la main du patient, la somme mentionnée correspondait à une prestation, autant d'indices en faveur d'une opposition illicite, motivée par la seule volonté de ne pas payer. De là une remarque importante : l'opposition ne peut être utilisée en riposte à un traitement dentaire considéré comme insatisfaisant, auquel cas le patient peut toutefois engager la responsabilité civile du praticien. Dans le prolongement, l'opposition n'est pas un moyen pour résister au règlement d'honoraires que le pa-

tient juge après coup trop élevés. D'où la méthode du juriste qui consiste, avant tout, à identifier (avec rigueur) le problème de droit, pour ensuite rechercher les règles qui permettent de résoudre le problème soulevé.

Reste à déterminer le juge compétent. L'alinéa 4 de l'article L. 131-35 prévoit que « si [...] le tireur fait une opposition pour d'autres causes, le juge des référés, même dans le cas où une instance au principal est engagée, doit, sur la demande du porteur, ordonner la mainlevée de l'opposition ». Le chirurgien-dentiste a saisi le juge des référés d'un tribunal de grande instance, mais le patient a élevé une exception

d'incompétence, et seul le tribunal d'instance, selon lui, doit trancher le litige. La Cour de cassation ne donne pas raison au patient : « Le moyen qui critique le rejet d'une exception d'incompétence invoquée au profit du tribunal d'instance, et non du juge des référés de ce tribunal, est inopérant. » ■

David Jacotot

(1) Cass. com., 3 décembre 2013, n° 12-24543, non publié au Bulletin des arrêts de la Cour.

(2) L'alinéa 3 de l'article L. 131-35 énonce que : « Tout banquier doit informer par écrit les titulaires de compte des sanctions encourues en cas d'opposition fondée sur une autre cause que celles prévues au présent article. »

L'imagination au pouvoir

« **J**e n'ai pas été bombardé à la présidence de l'UNECD ! explique Alexandre Hajjar. Me présenter à cette élection était une idée mûrement réfléchie. » Le nouveau président de l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD), élu en novembre dernier, n'arrive en effet pas de nulle part. Il a eu le temps d'éprouver son sens de l'engagement en devenant successivement vice-président puis président de l'association des étudiants de l'UFR de Nantes, où il poursuit actuellement sa 6^e année, puis au sein du bureau de l'UNECD.

Rien ne prédestinait pourtant ce jeune homme à embrasser une carrière en odontologie. À 17 ans, il se détourne d'un avenir *a priori* tout tracé puisque, issu d'une

Alexandre Hajjar porte avec ferveur les dossiers que veut défendre l'UNECD. Avec l'agenda qui va avec : très chargé. Il confesse ainsi un regret, celui de « *ne pas pouvoir profiter pleinement de cette dernière année avec les autres étudiants* » de sa promo.

L'une des missions qu'il a assignée à l'UNECD est particulièrement novatrice. Elle consiste à donner des réponses à tous les étudiants, hors odontologie, en termes d'accès aux soins bucco-dentaires. « *Nous allons réaliser des enquêtes auprès des étudiants pour réaliser des plans de prévention bucco-dentaire faits par des étudiants en odontologie pour les étudiants, et ce dans un maximum d'universités* » explique-t-il. L'imagination au pouvoir, plus l'humanisme,

Une semaine de solidarité par an, dans chaque UFR d'odontologie, devrait permettre de lever des fonds pour financer la trousse instrumentale des étudiants en difficulté.

lignée d'ingénieurs de père en fils, il veut cultiver sa différence et choisit de se présenter au concours de la Paces, une fois son bac scientifique en poche.

Près de trois mois après sa prise de fonction à la tête de l'UNECD,

dont on devine qu'Alexandre Hajjar est imprégné.

Le combat pour l'accès à tous aux études en odontologie est l'un des chevaux de bataille de l'association. Alexandre Hajjar et son équipe souhaitent « *monter une*



Alexandre Hajjar

1989 : naissance à Dakar

2007 : obtient le bac S (mention TB) à Nouakchott en Mauritanie.

2009 : Paces à Nantes

2013 : président de l'UNECD

semaine de solidarité par an dans chaque UFR d'odontologie. Ce dispositif permettrait de lever des fonds pour financer la trousse instrumentale des étudiants qui rencontrent des difficultés ». Mutualiser le matériel est un autre projet de l'UNECD car, selon Alexandre Hajjar, « *il serait intolérable que cette dépense soit un frein aux études pour les étudiants précaires* ».

Dévolu à son engagement associatif, Alexandre s'accorde peu de temps pour les loisirs. Son agenda bien rempli depuis sa prise de fonction se démultiplie pour fédérer son équipe, honorer ses rendez-vous et multiplier ses prises de parole afin de porter au mieux les projets de l'UNECD. ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ **MIDAZOLAM ET DIAZÉPAM.** La sédation consciente sous psychotropes en intraveineuse, principalement par midazolam et diazépam, n'est pas autorisée en cabinet dentaire. Le recours à cette pratique reste réservé à l'usage hospitalier. Alarmée par le développement de cette pratique dans les cabinets, la DGS en rappelle les dangers.



✓ **DEVIS CONVENTIONNEL.** Les praticiens doivent impérativement recourir au devis dentaire tel que figurant dans l'avenant n° 3 à la convention nationale. La plupart des logiciels professionnels proposent désormais ce devis. Des contrôles sont menés par les directions départementales de la protection de la population (DDPP) auprès des praticiens afin de s'assurer qu'ils recourent désormais à ce devis.



✓ **EXAMEN BUCCAL DES FEMMES ENCEINTEES.** Depuis le 30 novembre 2013, la prise en charge à 100 % de l'examen bucco-dentaire pour les femmes enceintes est effective, à partir du quatrième mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, en dispense d'avance de frais. Il ne peut y avoir, au cours d'une même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.



✓ **INDEMNISATION DES RENDEZ-VOUS MANQUÉS.** Le Conseil national n'est pas opposé à ce que le praticien exige une indemnisation au patient en cas de rendez-vous manqué. Cette indemnisation s'entend hors nomenclature, et le praticien est invité à en informer sa patientèle par voie d'affichage dans la salle d'attente.



La Lettre n° 125 – Février-Mars 2014

Directeur de la publication : Christian Couzinou / 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 : Eva Roux-Biejat. Secrétariat de rédaction : Corinne Albert. Illustrations : Dume et Bruno Mallart. Couv. : Eva Roux-Biejat.

Photos : Fotolia : pp. 1, 8, 9, 11, 15, 18, 20, 28, 43, 44. J. Renard : p. 3. R. Bonfillon : p. 7. CNSD : p. 7. D.R. : pp. 12, 42.

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

18 % des praticiens sont inscrits au DPC. Et vous ?



Mi-septembre 2013, 18 % des chirurgiens-dentistes
étaient inscrits à un programme de DPC, désormais obligatoire.
L'Ordre invite tous les praticiens à s'inscrire dans cette démarche.
Rendez-vous sur www.ogdpc.fr.



www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr