

Dans l'Indre,
les gardes rémunérées

p. 16

Ce qui reste
de la loi Fourcade

p. 10

Tourisme dentaire : l'Ordre
intensifie son action

p. 24

B A R S À S O U R I R E



**Les “bars à sourire”
peuvent nuire à la santé**



4

Les « bars à sourire »
peuvent nuire à la santé

ACTUALITÉS

- 10 CONSEIL CONSTITUTIONNEL
Ce qui reste de la loi Fourcade
- 13 LES COMPTES
DU CONSEIL NATIONAL
L'exercice 2010 marqué
par la pérennisation de l'outil ordinal
- 16 PERMANENCE DES SOINS
Dans l'Indre, une rémunération
pour les praticiens de garde
- 17 PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE
Contracter avec la Sacem
pour la diffusion de musique
- 18 DÉMOGRAPHIE
Vers la création d'un service
d'odontologie à Amiens

- 20 ASSURANCES
COMPLÉMENTAIRES
« Praticien-conseil »
ou « praticien-consultant » ?
- 22 ACCÈS AUX SOINS
« Proposer des soins de base
à ceux qui n'y ont plus accès. »
- 24 SANTÉ PUBLIQUE
Tourisme dentaire :
l'Ordre intensifie son action
- 25 EN BREF

JURIDIQUE

- 26 RESPONSABILITÉ
POUR ABSENCE D'ACTIF
EIRL : gare à la sanction patrimoniale...
- 29 CONSEIL D'ÉTAT
Quelle valeur juridique accorder
aux recommandations de la HAS ?
- 32 COUR DE CASSATION
La conciliation est autorisée
après la saisine du juge

PORTRAIT

- 34 Jean-Paul Louis
De la bouche à la mouche

LA LETTRE EXPRESS

- 35 LA LETTRE EXPRESS
Ce qu'il faut retenir
pour votre exercice

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr



Tournée générale ?



Christian Couzinou
Président
du Conseil national

Tous les «bars à sourire» ne sont pas des guinguettes où l'on sert des placebos contenant moins de 0,1 % de peroxyde d'hydrogène à des clients mal avertis. Et c'est bien là le problème. Surfant sur une demande esthétique associée à une exigence d'immédiateté, les bars à sourire fleurissent à une vitesse exponentielle. Or ce qui choque, c'est que les résultats instantanés obtenus, selon les nombreux témoignages, seraient à la hauteur des attentes. Soyons clairs : ces performances ne peuvent s'imaginer sans le recours à un principe actif puissant, c'est-à-dire qui dépasse les normes autorisées à des non-professionnels de santé. Nous ne ferons pas l'affront ici de présenter à nos confrères la liste des conséquences

« De lourdes suspicions sur le recours à des principes actifs interdits pèsent sur certains bars à sourire. »

de ces expositions, parfois répétées, à ce principe actif, ni celle des contre-indications. Hélas,

le grand public – sans parler des personnels de ces «bars» – ne les connaît pas, et moins encore certains médias dont la complaisance est consternante. Trois leviers sont aujourd'hui activés par l'institution ordinale. Le premier d'entre eux : l'information, notamment envers les pouvoirs publics.

Pour l'heure, le ministère de la Santé – parfaitement au fait de la question – n'a pas jugé bon de relayer cette information au grand public. Probablement la profession devra-t-elle, à terme, s'y employer elle-même. Deuxième levier : les conseils départementaux, qui ont commencé depuis plus d'un an à alerter les institutions régionales, dont les ARS. Des résultats sont obtenus et certaines officines ont fermé. Au niveau national, l'Ordre informe régulièrement la DGCCRF sur ses suspicions quant au recours à des principes actifs interdits. Le troisième levier est plus difficile à mettre en œuvre car il suppose la mobilisation de l'institution judiciaire et la collecte en bonne et due forme d'éléments de preuve : les plaintes de l'Ordre pour exercice illégal. Le recours des bars à sourire à des taux de peroxyde d'hydrogène dépassant les normes relève bien, en effet, de l'exercice illégal.

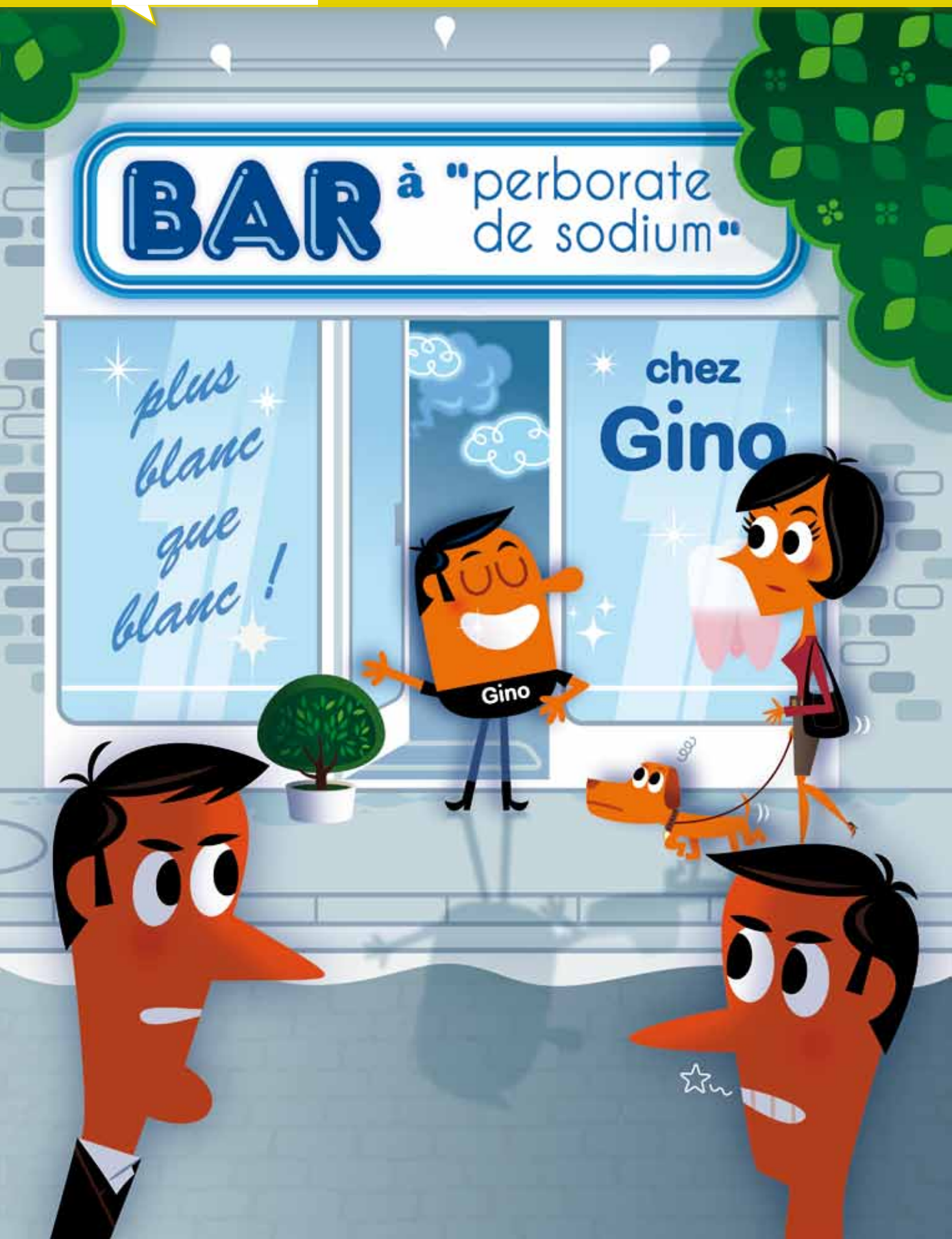
La combinaison de ces trois leviers donnera à terme, nous n'en doutons pas, des résultats. Reste à tous les chirurgiens-dentistes, au quotidien de leur exercice, à engager un travail de fond en informant leur patientèle. Nous comptons sur vous.

BAR à "perborate de sodium"

*plus
blanc
que
blanc !*

chez
Gino

Gino



Les « bars à sourire » peuvent nuire à la santé

L'argument esthétique mis en avant par les officines d'éclaircissement dentaire ne tient pas devant l'exposition aux risques des consommateurs. Sans parler de la composition des produits utilisés. Pour l'heure, nombre de médias occultent cette réalité pour s'en tenir au seul aspect financier.

Que faut-il penser des « bars à sourire » ? Quelle menace représentent ces officines dédiées à l'éclaircissement dentaire qui se multiplient sur le territoire national ? Faut-il craindre un risque pour la santé buccale des Français ? Dans un contexte où l'esthétique, d'une part, et l'immédiateté du résultat, d'autre part, constituent des préoccupations constantes chez les patients, les confrères observent avec colère et exaspération le développement des « bars à sourire ». Sur le terrain, le Conseil national est vigilant, effectuant rapports d'huissier et analyses tout en informant régulièrement les pouvoirs publics des risques pour les consommateurs.

Déterminé dans la défense de notre capacité professionnelle tout autant que dans la protection des patients, le Conseil national n'entend, en effet, pas laisser la situation se dégrader encore davantage. Il est intervenu à plusieurs reprises

auprès des pouvoirs publics afin que la réglementation soit dûment appliquée... et continue de le faire.

Car, depuis quelques mois, les médias s'emparent du sujet dans des articles ou des émissions dont la complaisance sur le sujet flirte parfois avec le parti pris. En minimisant, voire en occultant le risque thérapeutique, pourtant bien réel, au profit du seul argument économique, ces reportages contribuent à exposer le consommateur à des risques connus.

Dernier épisode en date : la diffusion sur TF1 d'un reportage lors de l'émission *Sept à huit* du 10 juillet dernier. Une jeune entrepreneuse de 22 ans qui développe des « bars à sourire » y est présentée. Dans les établissements qu'elle gère, les opérations sont standardisées : le consommateur applique lui-même un activateur de « blanchiment » sur ses dents ; le gel est ensuite disposé dans une gouttière que le client installe

dans sa bouche. Il est ensuite exposé à une lampe à lumière froide pendant plusieurs minutes. Au total, deux séances de 12 minutes, facturées 79 euros l'unité, seront nécessaires pour l'opération. Le tout sous le contrôle d'une des deux assistantes du « bar », respectivement présentées comme une « ancienne danseuse et une ancienne vendeuse en prêt-à-porter », lesquelles n'ont reçu, cela va sans dire, aucune formation médicale.

La directrice de l'établissement explique que le concept d'éclaircissement est directement importé des États-Unis et que ses équipements proviennent de Chine et des USA. Par ailleurs, le reportage montre que le « bar » fait appel à un laboratoire qui aurait mis au point un nouveau produit d'éclaircissement dentaire, « efficace » et « conforme à la réglementation sur les produits cosmétiques ». La composition exacte de ce produit n'est – naturellement – pas men-

>>>

»» tionnée. Le reportage précise toutefois que le produit permettrait d'obtenir deux teintes d'éclaircissement.

Faut-il rappeler, que parmi les produits à base de peroxyde d'hydrogène, de peroxyde de carbamide ou de perborate de sodium utilisés pour l'éclaircissement dentaire, seuls ceux dont la concentration ne dépasse pas 0,1 % de peroxyde d'hydrogène présent ou dégagé sont considérés comme des produits cosmétiques ? À ce titre, seuls ces produits peuvent être en vente libre et utilisés par des non-professionnels de santé, voire par le patient lui-même. Au-delà de cette concentration, il s'agit de dispositifs médicaux, c'est-à-dire de produits destinés à être utilisés à des fins médicales par les seuls professionnels de santé.

« 80 EUROS AU LIEU DE 400 À 1 000 CHEZ LE DENTISTE »

Or, il semble que les « performances » d'éclaircissement présentées dans le reportage ne peuvent être obtenues sans un principe actif puissant. Aussi le Conseil national s'interroge-t-il sur la réelle conformité du produit utilisé à l'arrêté fixant la liste des substances qui ne peuvent être utilisées en tant que produits cosmétiques (*lire l'article pp. 8-9*).

Et que dire des arguments économiques avancés dans le reportage ? Verbatim : « Dans les bars à sourire, on peut se faire blanchir les dents pour 80 euros, alors que c'est au minimum de

Le point de vue de...

Alain Moutarde, secrétaire général



« Face au développement tous azimuts des bars à sourire et la manière dont ce thème est traité dans les médias, les confrères manifestent, à juste titre, exaspération et inquiétude. Dans sa prérogative de santé publique, le Conseil national veille à ce que des produits non conformes à la réglementation au regard de leur concentration ne soient pas utilisés par ces établissements. Il est primordial de protéger les patients, particulièrement exposés aux risques

de ces actes de « blanchiment » puisqu'ils n'ont pas nécessairement connaissance des dosages et du risque encouru. C'est la mission du Conseil national, qui continuera à intervenir sur le terrain pour dénoncer les agissements peu scrupuleux de certains établissements tout en défendant avec fermeté la capacité professionnelle des chirurgiens-dentistes. »

400 euros à 1 000 euros chez le dentiste ». Comment mettre en perspective la prise en charge globale d'un chirurgien-dentiste intégrant une intervention esthétique avec le « bricolage cosmétique » d'apprentis chimistes ? La protection des consommateurs est en question. D'ailleurs, la réaction de la cliente filmée dans le reportage a de quoi inquiéter : « J'ai l'impression que j'ai les dents qui se déchaussent ! »

Un autre reportage diffusé dans le cadre de l'émission *Enquête de santé* prolonge l'effroi. On y découvre l'employé d'un « bar à sourire » répondre plus qu'évasivement sur la quantité de gel d'éclaircissement dentaire à appliquer sur les dents et, pire, affirmer sans scrupule : « Ici, on ne connaît pas la composition du produit.

Après, on n'est pas chimiste ! » Sans commentaire...

Le Conseil national a écrit à de nombreuses reprises au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Xavier Bertrand, à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et à la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) pour défendre notre capacité professionnelle, mais aussi et surtout la santé des patients face au développement de ces pratiques esthétiques parfois peu respectueuses de la réglementation. « Il n'est pas exclu que l'usage de ces produits, qui s'intensifie de façon exponentielle, présente un réel danger pour la santé bucco-dentaire de la population française » relève

le Conseil national. Cela ne constitue pas une première puisque le Conseil national intervient régulièrement auprès des pouvoirs publics et notamment des Agences régionales de santé (ARS) pour faire fermer les établissements les moins scrupuleux. Ainsi, en Bourgogne, à la suite de l'intervention du Conseil national, l'ARS a décidé d'« inviter » la gérante d'un institut esthétique, installé dans la Nièvre, à cesser ses pratiques d'éclaircissement dentaire. Le conseil départemental de l'Ordre de la Nièvre avait obtenu du tribunal de grande instance de faire constater par un huissier les agissements de l'établissement en question.

UNE ATTAQUE POUR L'ÉMAIL, LA GENCIVE ET LE PARODONTE

Les risques de ces pratiques sont divers. L'utilisation de gel dont la concentration en peroxyde d'hydrogène est importante constitue une attaque pour l'émail des dents, la gencive et le parodonte. Mal maîtrisée ou utilisée trop fréquemment, celle-ci peut entraîner des lésions irréversibles chez le patient : hypersensibilité des dents (apparition de douleurs accentuées, notamment, par le froid) ; altération de l'émail pouvant conduire à une usure prématurée et même à une fragilisation de la dent ; irritation des muqueuses liée à la causticité du produit. Par ailleurs, en cas d'expositions trop longues ou trop fréquentes, l'altération de l'état de surface de l'émail

dentaire peut faciliter la fixation des pigments et donc favoriser une recoloration plus rapide des dents.

De plus, en cas de lésions en bouche déjà existantes, l'exposition à un produit d'éclaircissement dentaire ou à un rayonnement peut générer des complications sévères chez le patient. Le ministère de la Santé précise, à ce titre, sur son site Internet que « *ces traitements devraient être réservés aux cas de colorations dentaires vraiment gênantes, voire pathologiques. Dans les autres cas et comme pour tout traitement à visée esthétique, il n'est pas justifié d'exposer les personnes demandeuses à des effets indésirables qui peuvent se révéler supérieurs aux avantages escomptés. [...] En effet, les produits de blanchiment, surtout s'ils sont employés à haute concentration ou de façon répétée, ont un effet déminéralisant sur les tissus durs de la dent et augmentent leur perméabilité ; outre le risque de fragilisation mécanique de la dent, la pulpe dentaire peut se trouver plus exposée aux agressions chimiques et thermiques. Enfin, ces produits réagissent avec les matériaux d'obturation dentaire (amalgames, composites) et peuvent dégrader la jonction entre dent et obturation, favorisant ainsi infiltrations et récidives de caries. Compte tenu de ces risques et contre-indications, l'examen des dents et de la muqueuse buccale par un*

chirurgien-dentiste est indispensable avant tout traitement d'éclaircissement dentaire ».

Les contre-indications restent nombreuses : dents des enfants et des adolescents, dents présentant des caries, des lésions d'usure ou d'abrasion, hypersensibilité au froid ou encore obturations volumineuses ou non étanches. Parce que, malheureusement, les reportages ne font pas état de ces risques pour le patient, le Conseil national continuera à intervenir auprès des pouvoirs publics afin que la protection des consommateurs soit assurée. Il incombe également à tous les confrères, au quotidien de leur exercice, d'informer les patients et de les prévenir des risques des éclaircissements dentaires excessifs ou mal réalisés. ■

L'ESSENTIEL

- ✓ Le Conseil national multiplie les mises en garde auprès du ministère, de l'Afssaps et de la DGCCRF sur la multiplication des « bars à sourire ».
- ✓ Outre les cas de contre-indication, les clients sont exposés à des risques réels, par exemple en cas de recours répété à l'éclaircissement.
- ✓ L'une des grandes inquiétudes réside dans les produits utilisés et leur concentration en peroxyde d'hydrogène.



+

0,1%

L'Afssaps met les points sur les i

Sollicitée par l'Ordre, l'Agence de sécurité sanitaire affirme que l'utilisation de perborate de sodium, qui libère du peroxyde d'hydrogène, est dangereuse. La mention « *sans peroxyde* », affichée par certaines officines, relève d'une pratique commerciale trompeuse, et est contraire à la réglementation.

La réponse de l'Afssaps aux sollicitations de l'Ordre était des plus attendues. Elle vient de tomber le 16 août dernier et le moins que l'on puisse dire est qu'elle est sans ambiguïté. Cette

mise au point de l'Agence devrait constituer un véritable tournant dans le combat de l'institution ordinaire contre les officines suspectées de contourner la réglementation au mépris de la santé des

Français. Que dit l'Agence ? Elle affirme, entre autres, que la mention « *sans peroxyde* » affichée par les officines utilisant, dans la composition de leur produit, du perborate de sodium, substance suscep-



tible de «relarguer, en solution aqueuse du peroxyde d'hydrogène», est «non-fondée». Elle rappelle ce que l'Ordre et tous les experts clament depuis des mois : le «perborate de sodium est classé par le règlement CE [...] comme toxique pour la reproduction; [il] peut nuire à la fertilité [et] au fœtus».

Mais l'Afssaps ne se contente pas de cette mise au point. Manifestement, elle juge la situation à ce point alarmante qu'elle croit devoir adresser copie de ce courrier au service compétent de la DGCCRF, le bras armé de la puissance publique en la matière. Bien entendu, l'Ordre ne manquera

pas de solliciter une rencontre formelle avec la DGCCRF, qu'il avait déjà alerté sur la question voilà près d'un an.

Pour la petite histoire, les conclusions très argumentées produites par l'Afssaps constituent une réponse à un dossier circonstancié que lui avait fait parvenir l'Ordre en mars dernier. À question précise, réponse précise ! En effet, l'Ordre avait transmis à l'Agence la description complète et détaillée, constat d'huissier à l'appui, de kits de blanchiment de dents utilisés dans plusieurs bars à sourire (que l'on ne nommera pas pour des raisons que chacun comprendra ici).

C'est sur la base de ces éléments concrets que l'Afssaps a travaillé, pour aboutir à la conclusion évoquée ci-dessus. Elle précise que le règlement actuel prévoit «le principe d'interdire d'utiliser dans les produits cosmétiques des substances classées CMR [cancérogène, mutagène, ou toxique pour la reproduction] de catégorie 1A, 1B ou 2». Elle relève que, en l'état actuel de la réglementation ⁽¹⁾, le perborate de sodium figure dans la liste des substances que les produits cosmétiques ne peuvent contenir en dehors des restrictions prévues comme suit :

« - au numéro d'ordre (1a) à une concentration maximale de 0,1 % (en masse d'acide borique) dans les produits d'hygiène buccale ;

- au numéro d'ordre (12) en

tant que libérateur de peroxyde d'hydrogène à une concentration maximale de 0,1% en peroxyde d'hydrogène présent ou dégagé dans les produits d'hygiène buccale. »

En pratique, l'Agence relève que les mentions «sans peroxyde» ou «sans peroxyde d'hydrogène» pour un «produit cosmétique à base de perborate de sodium sont susceptibles de contrevenir aux dispositions de l'article L. 121-1 du Code de la consommation, qui prohibe les pratiques commerciales trompeuses reposant notamment sur des allégations, indications ou présentations fausses ou de nature à induire en erreur le consommateur».

Enfin, l'Afssaps confirme qu'un «projet de directive est en cours de discussion visant à autoriser le peroxyde d'hydrogène et autres composés ou mélanges libérant du peroxyde d'hydrogène dans les produits de blanchiment des dents à des concentrations supérieures à celles actuellement fixées par la réglementation dans les produits d'hygiène buccale avec une concentration maximale de 6 % », d'une part, et à «instaurer un circuit de distribution des produits contenant une concentration de 0,1 % à 6 % en peroxyde d'hydrogène réservé aux professionnels de l'art dentaire», d'autre part. Signalons que l'Ordre est déjà intervenu dans l'élaboration de cette directive. ■

(1) Règlement (CE) n° 1223/2009.

Ce qui reste de la loi Fourcade

Pour cause de « cavalier » législatif, près de la moitié des articles de la loi Fourcade est passée sous les fourches caudines du Conseil constitutionnel. La disposition sur l'information du devis prothétique, défendue par la profession, est maintenue, mais pas le nouveau statut des assistantes dentaires...

Destinée à réformer les dispositions les plus contestées de la loi HPST, la loi Fourcade aura connu, le 4 août dernier, un épilogue qui laisse un goût particulièrement amer puisque le Conseil constitutionnel a censuré près de la moitié de ses articles, au rang desquels l'article 14 consacré au nouveau statut des assistantes dentaires.

On retiendra aussi, bien sûr, que l'article 13 de la loi relatif à l'information sur le devis prothétique – dont la mouture initiale, dans la loi HPST, relevait d'une mesure vexatoire envers notre profession médicale –, n'a pas fait l'objet de la censure du Conseil constitutionnel.

Au total, les sages, saisis après l'adoption de

la loi, le 13 juillet dernier, par 60 députés socialistes, ont censuré pas moins de 30 articles sur 65, car considérés sans lien, même indirect, avec la proposition de loi initiale. Le Conseil constitutionnel a ainsi censuré à la fois les articles dépourvus de lien avec le texte initial (autrement dit, des « cavaliers législatifs ») et ceux qui n'étaient pas en relation avec une disposition encore en discussion (selon la règle dite « de l'entonnoir »).

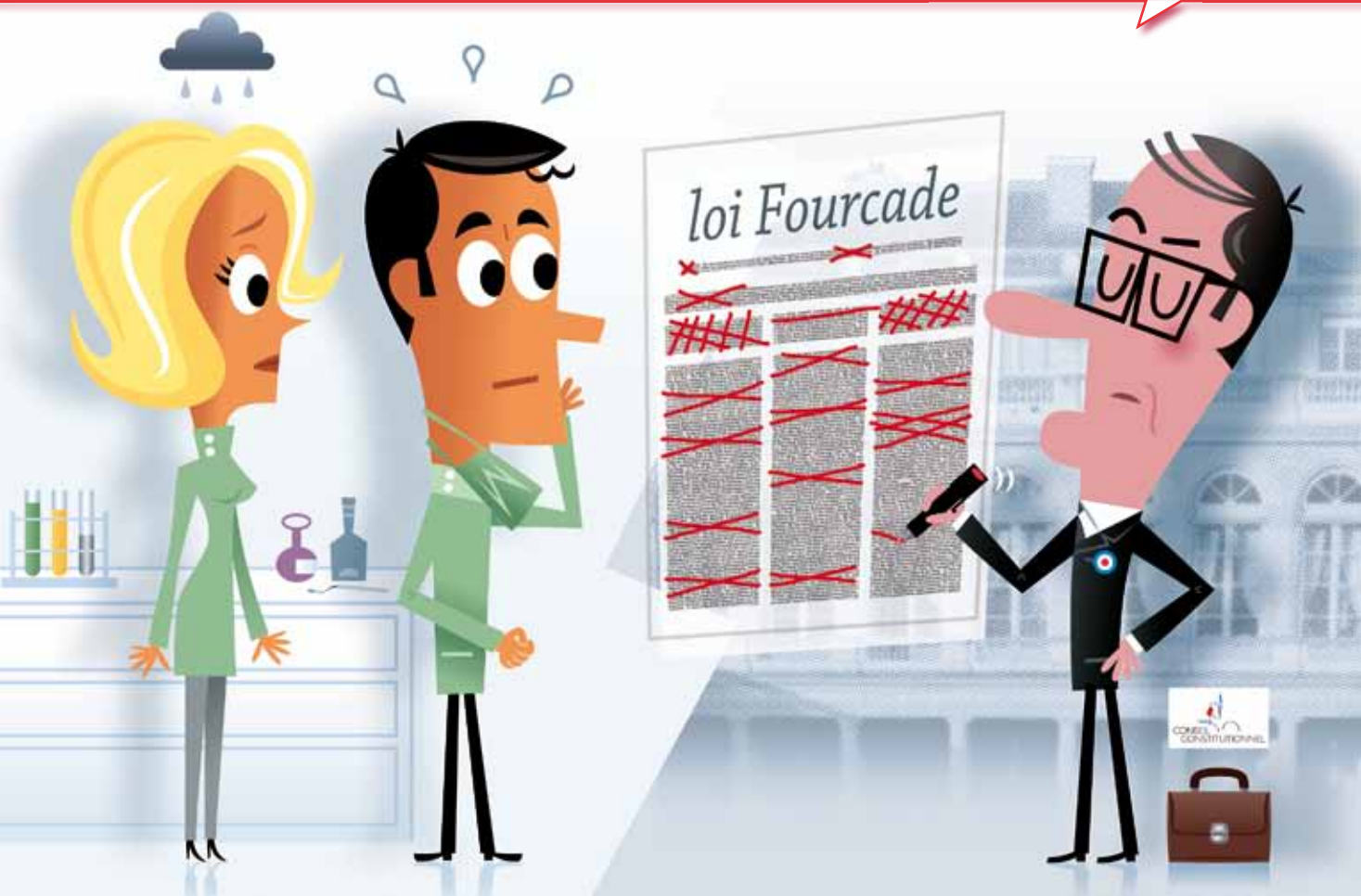
ASSISTANTES DENTAIRES : RETOUR À LA CASE DÉPART

La censure du Conseil constitutionnel concernant l'article 14 de la loi Fourcade, qui inscrivait les assistantes dentaires dans le Code de la santé publique, est, reconnaissons-le, un coup rude pour le Conseil national. L'Or-

dre avait fait de l'inscription des assistantes dentaires au Code de la santé publique une priorité et, pour atteindre cet objectif, le Conseil national avait multiplié les contacts lors de la discussion du texte au Parlement. Au sein des services de l'État et auprès des parlementaires, il avait obtenu gain de cause sur le principe, même si son application – l'article 14 de la loi Fourcade mentionnait un « titre » et non un « diplôme » d'assistant dentaire – était perfectible. C'est donc un retour à la case départ. Faut-il tabler sur une volonté du gouvernement de réintroduire dans le calendrier parlementaire les 30 articles censurés ? Pour l'heure, on relèvera que, dans un communiqué de presse en date du 5 août dernier, Xavier Bertrand et Nora Berra, secrétaires

L'ESSENTIEL

- ✓ Le Conseil constitutionnel a censuré 30 des 65 articles de la loi Fourcade.
- ✓ Parmi les articles censurés, celui intégrant les assistantes dentaires dans le Code de la santé publique.
- ✓ Les sages ont validé l'article 13 de la loi sur l'information du patient pour les actes prothétiques. La mention du prix d'achat de la prothèse est supprimée, mais le praticien devra indiquer le prix de vente de la prothèse ainsi que le montant des prestations de soins.
- ✓ Un devis type devra être proposé par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie avant le 1^{er} janvier 2012, à défaut de quoi il sera déterminé par décret.



re d'État chargée de la Santé auprès du ministre, s'engagent sur la seule réforme de la responsabilité civile professionnelle, disposition censurée par le Conseil constitutionnel et qui consistait à mutualiser les risques entre les professionnels de santé. Le ministère et le secrétariat d'État déclarent en effet vouloir inscrire de nouveau cette disposition «*dans les textes financiers pour 2012 qui seront examinés par le Parlement à l'automne*». Pour le reste, ils n'évoquent pas les autres articles

de la loi Fourcade censurés par les sages... Il n'en reste pas moins que le Conseil national compte, dès ce mois de septembre, se rapprocher de leur cabinet afin d'envisager les moyens permettant d'adopter enfin cette disposition.

LE DEVIS PROTHÉTIQUE VALIDÉ

L'article 13 de la loi Fourcade (modifiant l'article 57 de la loi HPST) a survécu aux coups de ciseaux du Conseil constitutionnel. Rappelons que cette modification de l'article 57, tant décrié,

de la loi HPST, était loin d'être gagnée. À l'issue d'après discussions, les parlementaires ont finalement décidé de supprimer toute mention du «*prix d'achat du dispositif*» sur le devis. L'obligation de délivrer au patient la facture du laboratoire de prothèse est également amendée. Certes, les praticiens devront tout de même distinguer le «*prix de vente*» de la prothèse et le montant des «*prestations de soins*» sur le devis remis au patient. Le Conseil national se satisfait néanmoins de

cette réécriture puisque c'est le principe de l'information sur le prix d'achat de la prothèse qu'il considérait peu adapté à la réalité de la pratique. L'acte prothétique est un acte médical global et le chirurgien-dentiste ne peut en aucun cas être assimilé à un revendeur de prothèses. Cet article 57 qui stigmatisait la profession et avait alimenté les chimères médiatiques sur les chirurgiens-dentistes est donc, à fort juste titre, remplacé.

En pratique, le nouvel article est rédigé comme



» suit : « Les professionnels de santé d'exercice libéral ainsi que les professionnels de santé exerçant en centres de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien, ainsi que le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, [...] le montant du dépassement facturé. »

La loi précise qu'un devis type sera rédigé par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie. À défaut d'un accord avant le 1^{er} janvier 2012, le devis type sera alors déterminé par voie de décret.

LES AUTRES ARTICLES VALIDÉS

Autre rescapée de l'examen du Conseil constitutionnel, la création des sociétés interprofession-

nelles de soins ambulatoires (Sisa).

Ces nouvelles sociétés pourront être constituées entre personnes physiques exerçant une profession médicale ou encore de pharmacien. La Sisa a pour objet la mise en commun de moyens pour faciliter l'activité professionnelle de chacun de ses associés, ainsi que l'exercice en commun par ces associés d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. À la fois société de moyens et d'exercice, cette structure, qui paraît peu appropriée, re-

déclarations d'absence faite aux médecins et la suppression du « contrat solidarité » – qui contraignait les médecins à consacrer une partie de leur temps de travail dans les territoires sous-dotés – ont été validées par les sages.

LES PRINCIPAUX ARTICLES CENSURÉS

S'en tenant à sa jurisprudence quant aux « cavaliers » législatifs, les sages n'ont pas été enclins à valider des dispositions qui relevaient pourtant d'enjeux de santé publique. Il en est ainsi de l'article 25 qui proposait d'instaurer systématiquement un dépistage néonatal de la

saine de le rappeler, à la question de l'inscription des assistants dentaires dans le Code de la santé publique.

Par ailleurs, les sages ont retoqué l'article 22 de la loi, qui autorisait les mutuelles, dans le cadre d'une expérimentation de trois ans, à proposer des remboursements majorés à leurs adhérents choisissant préférentiellement des praticiens membres de leurs réseaux. Précisons que cette disposition était loin de faire l'unanimité au sein de notre profession, mais que, à tout le moins, le principe du réseau « ouvert » obligatoire avait été adopté.

Les sages ont observé la plus grande sévérité à l'égard des questions liées à l'organisation du système de santé. Ainsi, le Conseil constitutionnel n'a pas retenu l'article qui permettait la mutualisation des risques encourus au titre de la responsabilité civile professionnelle des libéraux.

cèle encore des zones d'ombre telles que la protection du secret médical et le partage des honoraires entre les professionnels.

Même sort heureux pour l'article 30, qui portait sur le report du terme de l'expérimentation du dossier médical sur support numérique portable.

De même, la suppression de l'obligation des

surdité. La même sévérité des sages a été observée sur des questions liées à l'organisation du système de santé. Ainsi, le Conseil constitutionnel n'a pas retenu l'article qui permettait la mutualisation des risques encourus au titre de la responsabilité civile professionnelle des libéraux. Le même sort a été réservé, est-il néces-

Enfin, l'article 47, qui portait sur la compétence des conseils régionaux et interrégionaux des Ordres – précisément dans la connaissance portée aux Ordres des décisions de suspension des professionnels de santé pour insuffisance professionnelle prises par le directeur général de l'ARS – a également été censuré. ■

L'exercice 2010 marqué par la pérennisation de l'outil ordinal

Le Conseil national poursuit sa politique de modernisation et de pérennisation des structures ordinales, notamment au niveau des départements.

La maîtrise pleine et entière des grands équilibres et la stabilité des coûts illustrent une fois encore cet exercice 2010 marqué par la poursuite de la politique du Conseil national en termes de pérennisation et de modernisation de l'outil ordinal. Cette politique s'est affirmée à travers l'appui du Conseil national aux conseils départementaux et régionaux. Outre le classique

caux des conseils départementaux, concrétisées par l'octroi de prêts à taux zéro aux départements.

Cette politique passe aussi par un investissement important en matière de formation continue des conseils départementaux et régionaux, en particulier sur les questions juridiques avec des sessions portant sur les contrats, la vigilance et les thérapeutiques, les visi-

conseils départementaux bénéficient de modules portant sur l'utilisation d'un logiciel comptable, désormais unique, dans le cadre de l'uniformisation de la présentation des comptes.

Ce soutien continu aux conseils départementaux et régionaux n'est évidemment pas déconnecté de la politique engagée au niveau national. En témoigne l'aide juridique aux

Des actions engagées en 2010 qui se poursuivent aujourd'hui.

S'agissant des grands investissements pluriannuels, notons que celui visant à la mise aux normes de nos outils de gestion des fichiers avec le RPPS, s'est poursuivi en 2010. En marge de cet investissement, on relèvera que le Conseil national a développé une application de gestion par numérisation des dossiers des praticiens.

Notons pour conclure que, pour la seconde année, et comme la loi du 21 juillet 2009 l'impose désormais, les comptes 2010 du Conseil national ont fait l'objet du contrôle d'un commissaire aux comptes. Ces contrôles effectués par le commissaire aux comptes sur l'exercice 2010 ont abouti à une certification sans réserves. ■

Jean-Martin Vadella

Les contrôles effectués par le commissaire aux comptes sur l'exercice 2010 ont abouti à une certification sans réserves.

système de péréquation, qui permet aux départements à faible démographie professionnelle de bénéficier d'un soutien leur permettant d'assumer leurs fonctions, le Conseil national a procédé à une montée en puissance de ses aides aux conseils départementaux et régionaux, notamment en termes d'accession à la propriété des lo-

tes de cabinets dentaires, etc. De même, le Conseil national poursuit sa mission de formation continue des greffiers et greffières des juridictions régionales, dans le cadre de la bonne application de la loi qui a réformé les juridictions ordinaires.

Enfin, toujours dans le registre de la formation continue, les

départements, notamment sur les affaires d'exercice illégal portées devant les juridictions civiles, que l'on peut rapprocher des propres actions engagées par l'Ordre au niveau national, celles par exemple liées aux dérives de certaines enseignes sur Internet ou encore aux officines proposant du blanchiment dentaire.

Exercice 2010

Les comptes du Conseil national au 31.12.2010

PRODUITS	
Cotisations ordinales (année 2010 + arriéré des années antérieures)	7859004
Autres produits de gestion courante (dons, intérêts, remboursements divers, loyers, transfert de charges)	170960
Reprise de provisions	912416
Produits exceptionnels et financiers	1895445
Total des PRODUITS	10837825
CHARGES	
Charges spécifiques	1389763
Harmonisation – Péréquation (aide aux conseils départementaux et régionaux)	280210
Aide de gestion aux conseils départementaux et régionaux	572160
Solidarité (secours envers les confrères âgés ou malades, les veuves et orphelins de confrères, les cas exceptionnels, etc.)	58291
Provision pour risques	160024
Actions de communication	192728
Subventions	126350
Bus social dentaire (action humanitaire)	41500
AOI	5000
AFIO	9000
UFSBD	37200
Académie de chirurgie dentaire	14350
UNECD	7000
Divers (dont prix du Conseil national remis par l'Académie dentaire)	12300
Charges de fonctionnement	3351634
Charges de salaires	1322788
Appointements	1286990
Primes de transport	17431
Primes de vacances aux enfants du personnel	2175
Provision congés payés, etc.	16192
Charges sociales	699404
Urssaf + Agessa	404402
Retraite UGRR (cadres et non-cadres)	116388
Retraite Médéric (cadres)	40251
Assédic (Garp)	56667
Mutuelle	37868
Tickets restaurant	33283
Médecine du travail, pharmacie, chèques Lire	2730
Provision charges sociales congés payés, RTT et autres primes	7815

Impôts et taxes	239 330
Taxes sur les salaires	137 599
Autres impôts et taxes (taxes foncières, autres impôts locaux, taxe de formation continue redevance TV, effort de construction, contribution pour emploi handicapés...)	101 731
Charges des immeubles (Emile-Ménier et Spontini)	125 195
Eau	1 507
EDF-GDF	19 475
Fournitures d'entretien et achat de petit matériel	17 419
Entretien et réparations	28 174
Assurances multirisques	8 530
Charges locatives	50 090
Transports et remboursements de frais	96 497
Frais de réunions et de séjours	571 589
Frais de déplacements	300 006
Frais d'intendance	92 258
Transports de biens	1 064
Services extérieurs	4 166 750
Services administratifs	135 555
Fournitures de bureau	46 594
Location de matériel	34 879
Locaux Bruxelles	10 863
Maintenances diverses	43 219
<i>La Lettre</i> du CNO et frais de télécommunication	1 230 565
<i>La Lettre</i> mensuelle du Conseil national	452 908
Brochures & autres publications	14 274
Affranchissement (dont affranchissement de <i>La Lettre</i> du CNO)	334 457
Téléphone dont liaisons informatiques SDSL CDO et Cro	375 966
Internet, création et hébergement	52 960
Frais divers de gestion	2 800 630
Documentation	14 635
Honoraires divers (avocats, experts comptables, Commissaires aux comptes, attaché parlementaire UE)	450 360
Assurances risques d'exploitation	26 437
Cadeaux, décorations, fleurs pour obsèques...	20 747
Frais de banque	45 682
Frais d'actes et de contentieux	12 604
Frais d'archivage	6 300
Cartes professionnelles	18 890
Dotations aux immobilisations et provision	427 740
Charges exceptionnelles et financières	1 777 235
Total des charges	8 908 147
Résultat de l'exercice	1 929 678
Total	10 837 825

Dans l'Indre, une rémunération pour les praticiens de garde

L'Ordre départemental de l'Indre a initié, avec le soutien de la commission paritaire, en partenariat avec l'ARS de la région Centre, un système de financement des gardes des chirurgiens-dentistes. Un véritable précédent et, surtout, un modèle qui pourrait s'exporter aux autres départements.

Financer le service de garde des chirurgiens-dentistes. C'est, à notre connaissance, un véritable précédent qui a vu le jour dans le département de l'Indre. À l'origine de cette initiative : le conseil départemental de l'Ordre, signataire d'une convention avec l'Agence régionale de santé (ARS) du Centre. « *Tout le monde sait que les praticiens ouvrent le plus souvent leur cabinet dentaire à perte lors de leur tour de garde, explique Bruno Meymandi, président du conseil de l'Ordre de l'Indre. Ce qui nous importe, c'est la reconnaissance du service rendu par les praticiens à la population en tant qu'acteurs de santé publique. Et cela passe par une rétribution financière.* » En pratique, depuis janvier 2011, un forfait est attribué aux praticiens s'élevant à 100 euros

pour les gardes habituelles des dimanches et jours fériés, et à 150 euros pour les gardes « complémentaires » effectuées dans les périodes creuses de fin d'année et d'été, selon un système mis en place dans le département et basé sur le volontariat. Ces forfaits s'ajoutent, bien entendu, au règlement classique des honoraires par le patient.

Les retours des praticiens sont, on ne s'en étonnera pas, positifs : « *Cette année, pour les gardes complémentaires volontaires, nous avons bouclé le recrutement des praticiens en un temps record* », déclare Bruno Meymandi. Il reste que, pour mettre en place ce système, le conseil départemental a d'abord dû faire un peu de pédagogie auprès de l'ARS : « *L'institution a une idée parcellaire du fonctionnement de notre profes-*

sion. Nos partenaires de l'ARS ont ainsi découvert que nos gardes n'étaient pas financées, à l'inverse de ce qui est conventionnellement prévu pour les autres professions de santé. » Mais le principal obstacle aura été le mécanisme de collecte de la subvention de l'ARS, puis de paiement des forfaits aux praticiens.

UNE ASSOCIATION CRÉÉE AD HOC

En effet, l'Ordre n'est légalement ni habilité à recevoir des subventions ni, et encore moins, à rétribuer l'exercice des praticiens. C'est la raison pour laquelle l'Ordre de l'Indre a créé une association *ad hoc* (dénommée tout simplement Gardes des chirurgiens-dentistes de l'Indre) dont les membres sont statutairement les membres du conseil départemental de l'Ordre.

C'est donc cette association qui perçoit la subvention annuelle de l'ARS, puis verse aux praticiens de garde leurs forfaits.

On relèvera que la convention a été signée en mai dernier avec l'ARS, mais que l'Ordre a négocié avec succès une rétroactivité pour toute l'année. Pour Bruno Meymandi, cette subvention est, pour l'heure, pérenne à un horizon de cinq ans. Et pour autant que cette « expérimentation » donne des résultats satisfaisants, il n'écartera pas l'idée qu'un jour la rémunération des gardes puisse s'inscrire dans la convention nationale.

En attendant, selon lui, « *ce système, tant dans son principe que dans son mode de financement, est parfaitement modélisable à tout département qui le souhaiterait* ». ■

Contracter avec la Sacem pour la diffusion de musique

La diffusion d'œuvres musicales dans une salle d'attente donne lieu au paiement d'une redevance. Pour ce faire, les praticiens doivent contracter avec la Sacem.

Entre autres dispositifs permettant d'offrir un accueil convivial aux patients, beaucoup de confrères choisissent de diffuser un fond sonore musical dans les salles d'attente.

Le répertoire musical est protégé selon le Code de la propriété intellectuelle, qui prévoit que les auteurs, compositeurs et éditeurs de musique doivent donner leur accord avant la diffusion publique de leurs œuvres et recevoir en contrepartie une légitime rémunération.

Rappelons que, par le passé, des confrères estimaient ne pas être soumis au règlement du droit d'auteur, en considérant le caractère privé du cabinet dentaire. Une analyse de la jurisprudence et une concertation de l'Ordre avec la Sacem ont abouti à la conclusion que, si le cabinet dentaire constitue effectivement un lieu privé, les patients s'y trouvant rendent de facto cet espace pu-

blic. Or, si la législation exempte bien de tout droit la représentation privée et gratuite effectuée au sein du «*cercle de famille*»⁽¹⁾, nous ne sommes pas dans ce cas de figure s'agissant des cabinets dentaires.

En outre, la diffusion d'œuvres du répertoire de la Sacem dans les salles d'attente, par quelque moyen que ce soit y compris par la radio-diffusion, nécessite la conclusion d'un contrat avec la Sacem et le paiement d'une redevance calculée selon le barème en vigueur.

Il est important de rappeler que, conformément à une tolérance traditionnelle de la Sacem, la diffusion d'œuvres de son répertoire dans la salle de soins du praticien ne donne pas lieu au paiement d'une redevance. La Sacem délivre donc, par contrat, les autorisations de diffusion pour l'utilisation en toute sérénité du répertoire musical mondial pro-

tégé, constitué de plus de 40 millions d'œuvres. Elle répartit aux créateurs et éditeurs de musique français et étrangers qu'elle représente les droits versés par les diffuseurs.

Le Code de la propriété intellectuelle prévoit également que les artistes-interprètes et les producteurs de phonogrammes et vidéogrammes, pour la diffusion publique de musique, ont droit à une rémunération. Celle-ci est gérée par la Société pour la perception de la rémunération équitable (Spré), qui a chargé la Sacem d'en effectuer la facturation et le recouvrement auprès des lieux sonorisés.

En conclusion, il appartient donc bien aux confrères qui diffusent des œuvres musicales dans leur salle d'attente de se conformer à la législation en vigueur, et d'entrer en relation avec la Sacem afin d'obtenir une autorisation contractuelle.

Pour tout contact, souscription ou information, les praticiens peuvent se rapprocher directement de la délégation régionale située à proximité de leur cabinet dentaire ou encore consulter le site de la Sacem⁽²⁾. ■

(1) Article L. 122-5 du Code de la propriété intellectuelle.

(2) www.sacem.fr

L'ESSENTIEL

- ✓ La diffusion d'œuvres musicales dans les salles d'attente est assujettie au paiement d'une redevance à la Sacem.
- ✓ Les praticiens doivent contracter avec la Sacem.
- ✓ La diffusion d'œuvres musicales dans la salle de soins ne donne pas lieu au paiement d'une redevance.

Vers la création d'un service d'odontologie à Amiens

Après Rouen et Le Havre, c'est la Petite Venise du Nord qui devrait bientôt accueillir un service d'odontologie rattaché à la faculté d'odontologie de Reims.

Mettre en place des services d'odontologie dans les CHU des régions ne comptant pas de faculté de chirurgie dentaire : dans un courrier adressé au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le Conseil national défend cette piste concrète visant à endiguer la désertification dentaire des campagnes françaises. C'est en particulier le cas de la Picardie et de la Haute-Normandie, deux régions parmi les plus déficitaires en chirurgiens-dentistes. En Haute-Normandie, des services d'odonto-

le transposé en Picardie. Il s'agirait d'installer dix fauteuils au CHU d'Amiens pour les étudiants rémois originaires de la région picarde. En effet, sur un *numerus clausus* de 72, l'UFR d'odontologie de Reims accueille 35 étudiants champardennais, 10 étudiants hauts-normands et 27 étudiants picards.

MIEUX RÉGULER LA PERMANENCE DES SOINS

« Il est indéniable, et toutes les études le montrent, que les praticiens s'installent de manière significative à

C'est à la profession de proposer des solutions, faute de quoi les pouvoirs publics seront inéluctablement tentés d'imposer des mesures coercitives.

logie vont ainsi être créés à Rouen et au Havre comprenant chacun sept fauteuils. Ils permettront d'accueillir et de former les étudiants lillois en 5^e et 6^e année. Le Conseil national souhaite voir ce modèle

proximité de l'endroit où ils ont fait leurs études. C'est pourquoi il faut des services d'odontologie dans les CHU de ces deux régions » écrit le Conseil national. Louis-Frédéric Jacquelin, doyen



de l'UFR d'odontologie de Reims, confirme : « Nous nous sommes aperçus que l'augmentation du *numerus clausus* sans une véritable politique nationale de

répartition n'avait pas d'impact significatif sur l'installation des praticiens en zone rurale. Or, la situation démographique de départements comme la Haute-



Marne ou les Ardennes est réellement catastrophique. Aujourd'hui, les confrères ne parviennent plus à assurer toutes les urgences, ce qui s'avère préjudicia-

ble aux patients, mais aussi à l'image de la profession. Il s'agit à la fois d'un problème de santé publique et d'aménagement du territoire.»

Si Louis-Frédéric Jacquelin constate, sur le terrain, que le stage actif effectué par les étudiants dans des zones sous-dotées constitue un levier d'installation intéressant dans la mesure où il est souvent suivi d'un contrat d'exercice, le doyen estime qu'il faut aller plus loin. «C'est à la profession de proposer des solutions, faute de quoi les pouvoirs publics seront inéluctablement tentés d'imposer des mesures coercitives. Les facultés de chirurgie dentaire sont plutôt bien réparties sur le territoire national. Il faut s'appuyer sur cette répartition afin d'améliorer le maillage des praticiens.» D'où l'objectif consistant à installer dix fauteuils au CHU d'Amiens, encadré par un poste de MCU-PH et un de PH équivalent temps plein. Ce dispositif permettrait ainsi d'accueillir 30 étudiants de Ti chaque année.

Pour le Conseil national – qui le rappelle dans son courrier à Xavier Bertrand –, cette piste présente deux grands avantages : «D'une part, ces services d'odontolo-

gie pourraient déjà permettre de réguler avec les praticiens libéraux le problème de la permanence des soins. D'autre part, les patients difficilement soignables en cabinets libéraux, car nécessitant une prise en charge hospitalière spécifique, trouveraient là une possibilité d'accueil.»

UNE SOLUTION SUSCEPTIBLE D'ESSAIMER

Une telle solution aurait pour corollaire, à nombreux clausus constant, l'augmentation du quota d'étudiants picards, à parité avec celui des étudiants champardenais inscrits à la faculté de chirurgie dentaire de Reims, et la «délocalisation» des étudiants hauts-normands encore inscrits à Reims, dans les facultés de chirurgie dentaire de Paris V et Paris VII.

Il reste désormais aux différents partenaires à entériner la convention permettant la création de ce service à Amiens pour apporter ainsi une réponse concrète à nos problèmes démographiques... Une solution qui pourrait bien essaimer dans les autres territoires sous-médicalisés. ■

« Praticien-conseil » ou « praticien-consultant » ?

Les chirurgiens-dentistes des assurances complémentaires n'ont pas les mêmes prérogatives que les chirurgiens-dentistes conseils et ne peuvent exiger la transmission de documents médicaux par le praticien traitant.

Comment les relations entre les praticiens traitants et les chirurgiens-dentistes « consultants » des assurances complémentaires doivent-elles être regardées ? Avant tout, une précision sémantique s'impose. Il convient de distinguer l'appellation de « *chirurgien-dentiste consultant* » de celle de chirurgien-dentiste « *conseil* ». Cette dernière ne peut pas, en effet, être uti-

lisée dans le cadre des relations avec les assurances complémentaires santé. Et même si cette dénomination n'est pas « protégée », elle est réservée aux chirurgiens-dentistes de l'assurance maladie, lesquels disposent de prérogatives qui diffèrent de celles des praticiens consultants exerçant pour le compte d'assurances complémentaires. Certaines assurances entretiennent effecti-

vement la confusion puisqu'elles présentent fréquemment les praticiens travaillant en leur sein comme des « *chirurgiens-dentistes conseils* », ce qu'ils ne sont pas au sens des textes officiels.

DROITS ET DEVOIRS DÉONTOLOGIQUES

Les chirurgiens-dentistes consultants ont des droits et des devoirs déontologiques régis par le Code de santé publique. Il est courant que les chirurgiens-dentistes consultants soient missionnés par des assurances complémentaires santé afin d'effectuer des contrôles au sujet de travaux prothétiques réalisés chez des patients assurés par leurs soins et, dans ce contexte, qu'ils demandent aux patients certains documents médicaux.

En revanche, en aucun cas les chirurgiens-den-

tistes « consultants » ne peuvent exiger des documents médicaux aux chirurgiens-dentistes traitants. En effet, le chirurgien-dentiste est soumis au secret professionnel en vertu du Code de la santé publique (*lire l'encadré p. 21*). Le devis, les radiographies, les scanners, etc. font partie des informations soumises au secret professionnel. Seul le patient peut disposer de ces documents et les communiquer à son assurance complémentaire santé.

Le Code pénal (article 226-13) renforce la protection du secret professionnel en ces termes : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un*

L'ESSENTIEL

- ✓ Le praticien-conseil, au sens du Code de la sécurité sociale, dispose de prérogatives que ne peuvent pas revendiquer les praticiens-consultants employés par les assurances complémentaires.
- ✓ Pour respecter le secret médical, le praticien traitant doit s'interdire de communiquer tout élément au praticien consultant travaillant pour le compte d'une assurance complémentaire.
- ✓ Seul le patient peut communiquer les documents demandés par le praticien consultant d'un assureur complémentaire.

an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.» Le strict respect du secret professionnel doit donc conduire le chirurgien-dentiste à s'interdire toute diffusion de documents ou de pièces comportant des

peuvent être communiqués au chirurgien-dentiste consultant que par l'intermédiaire exclusif du patient.

Ajoutons qu'il est vivement recommandé au praticien traitant de remettre à son patient une copie des

Il n'existe pas de «*secret partagé*» entre le praticien traitant et les praticiens consultants des organismes complémentaires.

informations médicales à l'organisme complémentaire. Autrement dit, il n'existe pas de «*secret partagé*» entre le praticien traitant et les praticiens consultants des organismes complémentaires.

UNE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ SIGNÉE PAR LE PATIENT

Il est donc vivement conseillé aux chirurgiens-dentistes de répondre négativement à une éventuelle demande de chirurgien-dentiste consultant quant à la communication d'informations médicales pour les motifs que nous avons rappelés ci-dessus. Les informations et documents médicaux, dont le chirurgien-dentiste est dépositaire en vertu de la loi du 4 mars 2002, ne

documents concernés et, dans l'éventualité d'une remise de documents originaux, de faire signer au patient une décharge de responsabilité quant à la conservation de ces documents.

Sauf accord des parties, le praticien ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts de l'un de ses patients, amis, proches, associés ou d'un groupement faisant appel à ses services. Il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu. Il relève de la mission de l'Ordre de veiller au strict respect des dispositions de la déontologie par tous les chirurgiens-dentistes, quel que soit leur mode d'exercice. ■

Guy Bias

Ce que dit le Code de la santé publique

Les articles R. 4127-206, 207 et 208 sont consacrés au secret professionnel.

Le dernier d'entre eux stipule notamment :

« En vue de respecter le secret professionnel, tout chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques, des documents et des supports informatiques qu'il peut détenir ou utiliser concernant des patients. »

Les articles R. 4127-253 à 256

du même Code stipulent que :

« Le chirurgien-dentiste exerçant un contrôle ne doit pas s'immiscer dans le traitement. Toutefois, si au cours d'un examen, il se trouve en désaccord avec son confrère ou si un élément utile à la conduite du traitement a été porté à sa connaissance, il doit le lui signaler confidentiellement » (article R. 4127-253).

« Le chirurgien-dentiste exerçant un contrôle doit faire connaître au malade soumis à son contrôle qu'il l'examine en tant que chirurgien-dentiste contrôleur. Il doit être très circonspect dans ses propos et s'interdire toute appréciation auprès du malade » (article R. 4127-254).

« Le chirurgien-dentiste chargé du contrôle est tenu au secret professionnel vis-à-vis de l'administration ou de l'organisme qui l'emploie. Les conclusions qu'il lui fournit ne doivent être que d'ordre administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. Les renseignements d'ordre médical contenus dans les dossiers établis par le praticien ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à une autre administration » (article R. 4127-255).

« Nul ne peut être à la fois chirurgien-dentiste expert et chirurgien-dentiste traitant d'un même patient » (article R. 4127-256).

« Proposer des soins de base à ceux qui n'y ont plus accès. »

Entretien avec **Brigitte Pince-Rochet**, présidente de l'association Domident 31.

Domident 31, association dont vous êtes la présidente, est un service de soins dentaires à domicile pour les personnes âgées dépendantes. En quoi consiste votre action ?

Notre mission essentielle consiste à assurer la prise en charge bucco-dentaire des patients âgés dépendants, directement sur leur lieu de vie, c'est-à-dire à domicile, ou en établissement spécialisé. En pratique, une quarantaine de praticiens libéraux réalisent des soins au domicile des patients ne pouvant se déplacer.

Domident 31 est une association créée en 2006 à l'initiative du conseil départemental de l'Ordre de Haute-Garonne. À la suite de la canicule de 2003, les personnes âgées sont devenues un objet de

la réflexion politique. Or, sur le plan bucco-dentaire, nous avons constaté que les personnes âgées dépendantes connaissaient de véritables carences dans l'accès aux soins. Le conseil départemental a lancé un questionnaire auprès des praticiens du département. Près de 200 d'entre eux ont manifesté leur intérêt pour la création de Domident dont l'objectif est de répondre. Voilà comment tout a commencé.

Comment fonctionne votre association ?

Après deux années «expérimentales» pourrait-on dire, nous avons affiné notre fonctionnement. Ainsi, depuis 2010, une antenne téléphonique avec un numéro unique a été mise en place à l'attention des usagers, qu'il s'agisse de patients,

de familles ou d'institutions. Ouvert de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, cet accueil téléphonique permet de faire une première évaluation des besoins des patients et de recueillir leurs coordonnées. Une secrétaire planifie la prise de rendez-vous et contacte le praticien du réseau le plus proche du patient. Le chirurgien-dentiste contacte alors

directement le patient, la famille ou l'institution pour fixer une date d'intervention.

Le matériel pour réaliser les soins ambulatoires est acheminé vers le confrère qui va réaliser les soins. C'est lui qui prendra en charge la stérilisation des instruments à son cabinet. Il devra également remplir une fiche navette, rendant compte des soins prodigués, de la difficulté

Domident 31 en chiffres

En 2010, les chirurgiens-dentistes de l'association Domident ont effectué 496 déplacements qui ont permis de soigner 188 patients (137 femmes et 51 hommes) dont 41 à domicile et 147 en institution. L'âge moyen des patients est de 82 ans. Le temps moyen de déplacement d'un praticien intervenant à domicile est de 22 minutes.

Pour en savoir plus sur les actions de Domident 31 ou rejoindre l'association : Domident 31 – 9, avenue Jean-Gonord – 31500 Toulouse – Tél. : 05 34 43 50 82. Internet : www.domident31.fr



d'intervention et du temps passé.

Quels types de soins sont réalisés et dans quelles conditions ?

Les personnes âgées présentent souvent des pathologies multiples et plurifactorielles. À domicile, dans le salon, ou dans les lieux de vie, il n'est pas envisageable de réaliser les mêmes soins qu'au cabinet. Les praticiens de Domident réalisent donc des soins

spécifiques : chirurgie, soins de premier recours, mais aussi mise en place de prothèses adjuvantes.

Des malles de soins, contenant compresseur, détartreur et micro-moteur, ainsi que des malles de prothèse sont mises à leur disposition par l'association et font office de plateau technique. Domident 31 n'a pas vocation à se substituer au chirurgien-dentiste traitant

du patient, mais bien à proposer des soins de base à ceux qui n'y ont plus accès.

Quel est le profil des praticiens de l'association ?

À part le fait que tous nos praticiens sauf un ont un exercice libéral, leur profil est très varié : des hommes, des femmes, des praticiens jeunes ou plus vieux. Leur point commun est de vivre leur profession comme un en-

gagement humanitaire et une mission de santé publique. L'association les forme à la spécificité des soins dentaires aux personnes âgées.

Grâce au maillage départemental, nous essayons d'optimiser les interventions des confrères. Mais des bras supplémentaires ne seraient pas superflus, d'autant que l'obtention de subventions pour l'année prochaine devrait nous permettre une valorisation financière des interventions de nos praticiens.

Comment intègrent-ils cet exercice dans leur pratique libérale ?

Honnêtement, nous ne l'intégrons pas vraiment dans notre exercice professionnel... mais plutôt dans notre temps libre. Il y a de moins en moins de praticiens en exercice et, en raison de l'allongement de la durée de la vie grâce aux progrès de la médecine, la demande des patients est croissante. L'action de Domident ne constitue pas une réponse aux problèmes de démographie dentaire, mais une réponse concrète à la demande des patients. ■

Tourisme dentaire : l'Ordre intensifie son action

Des dossiers disciplinaires à l'encontre de praticiens exerçant en France et jouant un rôle d'intermédiaire avec des structures de l'étranger sont ouverts. Parallèlement, l'Ordre alerte les pouvoirs publics sur les risques médicaux et la distorsion de concurrence.

Le Conseil national ne cesse, à l'occasion de ses rencontres avec les représentants des pouvoirs publics, de stigmatiser les risques auxquels s'exposent les patients cédant aux sirènes du tourisme dentaire. Le cabinet du ministre de la Santé est ainsi régulièrement alerté sur les effets pervers associés à une logique de rentabilité poussée au maximum dans certains cabinets dentaires spécialisés, entre autres en Hongrie.

Une logique de rentabilité maximale, avec son lot d'effets pervers, préside dans certains cabinets dentaires spécialisés installés à l'étranger.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de remettre en question les compétences et les capacités de nos confrères hors des frontières françaises. Il s'agit de jeter une lumière sur le fait que ces cabinets dentaires pratiquent essentiellement des soins implantaires

« lourds » (édentements partiels et totaux) en un minimum de temps avec tout ce que cela induit en termes de risques. De surcroît, s'agissant d'implantologie, le taux d'échec en cas de mise en charge immédiate est notablement plus élevé que pour une mise en charge différée. La rentabilité de ces structures dépend, on s'en doute, du nombre d'actes réalisés dans un temps réduit au minimum. S'agissant des problèmes de continuité des soins et de

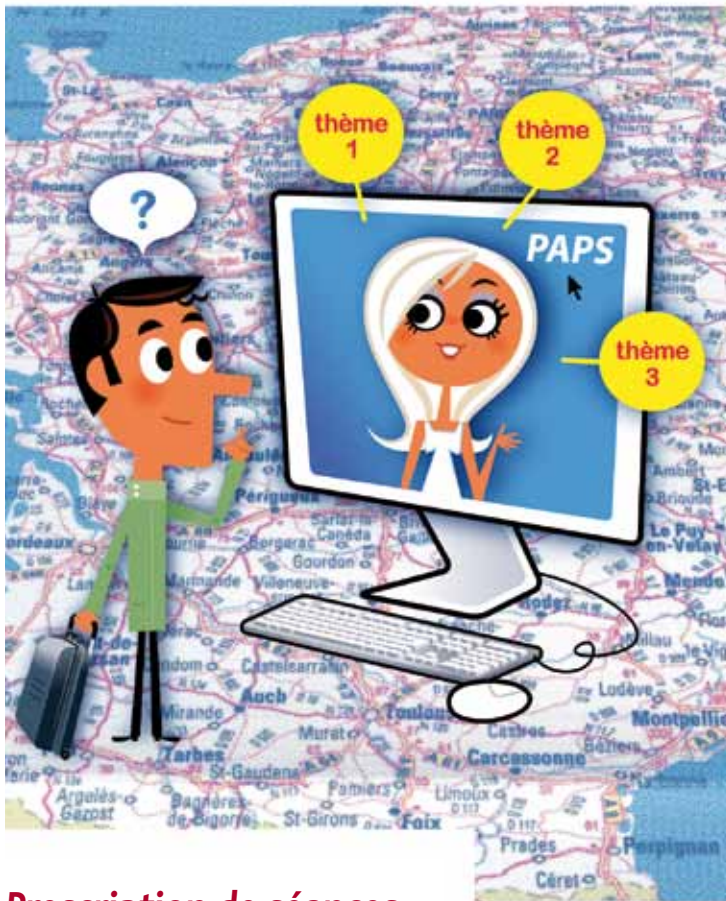
gestion des échecs thérapeutiques, les patients sont le plus souvent démunis, médicalement bien sûr, mais aussi juridiquement, comme l'attestent de nombreux témoignages. Pour l'Ordre, la relation médicale doit répondre aux objectifs de qualité,

de sécurité des actes dentaires, de continuité des soins et ne doit pas dépendre exclusivement de l'aspect financier. On comprendra dès lors aisément pourquoi l'Ordre intensifie aujourd'hui ses actions, et sans état d'âme, à l'encontre de praticiens exerçant en France et jouant le rôle d'intermédiaires de cabinets dentaires installés à l'étranger.

Sans entrer dans le détail des affaires en cours, l'Ordre réunit des éléments de preuve à l'encontre de plusieurs chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'Ordre en France. En cause ? Des agissements qui contreviennent aux dispositions relatives à la publicité directe ou indirecte sur des sites de sociétés de voyages, les activités d'intermédiaires commerciaux avec les patients au profit de ces sociétés commerciales, la publicité pour un tiers, la violation du principe du paiement direct des

honoraires entre patient et chirurgien-dentiste, la violation du principe d'entente directe en matière d'honoraires entre patient et chirurgien-dentiste et, enfin, la violation du principe du libre choix du chirurgien-dentiste par le patient...

Il va sans dire que ces actions ne constituent que l'un des moyens de lutter contre les dérives liées au tourisme dentaire. Pour l'Ordre, l'autre levier consiste à communiquer en direction des pouvoirs publics. L'Ordre émet ainsi de vives réserves sur le fait que des sociétés spécialisées dans le tourisme dentaire puissent faire de la publicité sur Internet ou dans la presse, ce qui est interdit aux praticiens exerçant en France, et que, dans le même temps, l'assurance maladie et les régimes complémentaires santé prennent en charge le coût de ces soins et prothèses. ■



Prescription de séances de kinésithérapie

Interrogé sur la capacité du chirurgien-dentiste à prescrire à un patient des séances de rééducation par un kinésithérapeute, le Conseil national distingue deux situations. S'agissant des articulations temporo-mandibulaires (ATM), le praticien de l'art dentaire a toute latitude pour prescrire des séances de rééducation par un kinésithérapeute.

En vertu de sa capacité professionnelle (définie par l'article L. 4141-1 du Code de la santé publique), cette prescription ouvrira droit à une prise en charge du patient par l'assurance maladie.

En revanche, la prescription par le chirurgien-dentiste de séances de kinésithérapie en vue du traitement d'une pathologie rachidienne constitue une prescription hors du champ de notre capacité telle que définie aujourd'hui par les textes.

Les Paps sont en ligne

Instaurées par la loi HPST, les plates-formes d'appui aux professionnels de santé (Paps) ont vocation à informer et à faciliter l'orientation des professionnels de santé installés ou qui projettent de s'installer dans telle ou telle région. 26 sites Internet régionaux sont en ligne depuis juillet dernier et proposent trois thèmes : formation, exercice coordonné et aide à l'installation.

[http://www.\[region\].paps.sante.fr](http://www.[region].paps.sante.fr)

Expertise dentaire et nomenclature Dintilhac

Les Cahiers d'odontologie médico-légale viennent de faire paraître leur dernière publication, « La nomenclature Dintilhac et l'expertise dentaire et maxillo-faciale », signée par Michel Sapanet, Charles Georget et Pierre Fronty.

Atlantique Éditions Espace Pierre-Mendès-France 1, place de la Cathédrale – 86000 Poitiers Tél. : 05 49 50 33 00

L'Ordre guichet unique d'inscription

Le RPPS est désormais opérationnel. L'Ordre devient guichet unique pour les inscriptions ou pour toute modification de l'activité professionnelle des chirurgiens-dentistes et ce, quel que soit leur statut (libéral, salarié, universitaire, etc.). Inscriptions et modifications devront donc impérativement être notifiées au conseil départemental.

EIRL : gare à la sanction patrimoniale...

En résumé

Par l'ordonnance de 2010, il a été prévu que l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée se trouvant en liquidation judiciaire, engage, sous certaines conditions – du reste floues – sa responsabilité pour insuffisance d'actif, c'est-à-dire au cas où les ressources de nature professionnelle ne permettent pas d'apurer totalement les dettes. Voilà encore un cas où le patrimoine personnel de l'EIRL n'est pas à l'abri des créanciers professionnels que le patrimoine affecté ne suffit pas à régler.

Le contexte

Dans une précédente chronique, nous avons traité de certaines règles récentes portant sur l'entreprise individuelle à responsabilité limitée (EIRL) ⁽¹⁾. Elle a eu pour objet d'attirer l'attention des praticiens sur l'étalement relatif des deux patrimoines, l'un affecté à l'activité professionnelle, l'autre personnel. Il est à relever, en effet, que le principe du cloisonnement ⁽²⁾ est assorti d'exceptions, celles-ci permettant alors à certains créanciers professionnels, notamment le fisc, de

puiser dans le patrimoine personnel. Dans le prolongement de cette problématique, l'on évoquera l'ordonnance n° 2010-1512 du 9 décembre 2010, plus précisément son article relatif à la « *responsabilité pour insuffisance d'actif* ». Cette disposition étend le domaine de cette notion, qui dorénavant touche l'EIRL.

Commençons par souligner, à grands traits, le contenu des articles L. 651-1 et suivants du Code de commerce, fondements légaux de cette responsabilité, et ce dans leur version antérieure à l'ordonnance de 2010. Ils se situent dans la partie de ce code consacrée au droit

des entreprises en difficulté (plus communément appelé le droit des faillites). L'article L. 651-1 du Code de commerce dispose qu'une telle responsabilité n'est applicable qu'aux « *dirigeants d'une personne morale de droit privé [par exemple une société] soumise à une procédure collective, ainsi qu'aux personnes physiques représentant permanentes de ces dirigeants personnes morales* ». Autrement dit, ce texte désigne ceux qui sont potentiellement responsables, donc les débiteurs, ceux qui déclenchent l'action en justice étant le liquidateur judiciaire ou le ministère public ⁽³⁾. L'article L. 651-2 du

Code de commerce, quant à lui, précise qu'en cas d'insuffisance d'actif, c'est-à-dire en cas de d'impossibilité de payer la totalité des créanciers de la personne morale en liquidation judiciaire, les personnes énumérées ci-dessus peuvent être condamnées par le tribunal à supporter tout ou partie de la différence entre l'actif existant et le montant total des dettes. Surtout, cette disposition s'applique si les dirigeants et les autres individus précités ont commis une faute de gestion, laquelle n'est pas définie légalement ; il énonce ici les conditions d'engagement de la responsabilité. Face à la défaillance de la personne morale, l'on recherche si les personnes physiques qui la dirigeaient n'étaient pas responsables, en définitive, de la déconfiture ; l'on ponctionne alors dans le patrimoine de ces dernières les deniers manquants.

L'ordonnance de 2010, en modifiant les articles L. 651-1 et suivants pour qu'ils s'appliquent à l'EIRL, participe, selon nous, d'un mouvement décrit en tout début de chronique : une « étanchéité poreuse » des patrimoines pour l'un affecté à l'activité professionnelle, et pour l'autre personnel. Les exceptions à leur cloisonnement ne sont

donc pas à négliger, même si, l'on en conviendra, rien ne permet d'affirmer que cette responsabilité sera fréquente en pratique.

L'analyse

Étudions la responsabilité de l'EIRL pour insuffisance d'actif telle qu'elle ressort des dispositions ajoutées par l'ordonnance de 2010. À titre préliminaire, remarquons que cette action en responsabilité ne doit pas être confondue avec celle qu'un patient dirige contre son praticien en raison d'une faute médicale ou d'un défaut d'information.

Les conditions de la responsabilité

Tout d'abord, le contenu de l'article L. 651-1 du Code de commerce s'enrichit : « *Les dispositions du présent chapitre [la fameuse responsabilité pour insuffisance d'actif] sont applicables [...] aux entrepreneurs individuels à responsabilité limitée* ». En bref, la liste de ceux qui sont responsables ⁽⁴⁾ s'allonge ; alors que par le passé seules certaines personnes physi-

ques « cachées » derrière la personne morale (une société par exemple) étaient ciblées, la responsabilité s'attaque désormais certes toujours à une personne physique, mais qui exerce à titre individuel (hors structure sociétaire).

Encore faut-il, ensuite, que l'EIRL soit placée en liquidation judiciaire – situation dont on espère qu'elle sera marginale – et qu'une faute de gestion ait été commise. Quelle définition donner à cette dernière expression ? La réponse n'est pas simple, et d'autant plus incertaine en l'absence du moindre indice dans la loi. Est-ce qu'une maladresse, une négligence ou l'ignorance suffira ? Prendra-t-elle l'habit de prélèvements excessifs de revenus à destination du patrimoine personnel, d'affectations malheureuses ou encore malencontreuses d'actifs dans un patrimoine au lieu de l'autre ? Soulignons que la loi ne régit pas (ou trop peu) la circulation des flux du premier vers le second, et vice-versa. Ira-t-on davantage rechercher la malice (quoique son sens ne soit pas plus déterminé) de l'EIRL, qui jongle (trop) habilement avec les deux patrimoines ? Une certitude : le dernier mot appartiendra au juge... Maigre consola-

»»»

» » » tion : le temps de la crainte n'est pas trop (*sic*) long, puisque l'engagement de la responsabilité n'est plus possible une fois écoulé un délai de trois ans à compter du jugement prononçant la liquidation judiciaire ⁽⁵⁾.

Les conséquences de la responsabilité

Afin de mieux comprendre l'enjeu régnant sur la définition (extensive ou restrictive) de la faute de gestion, citons l'article L. 651-2, alinéa 2, du Code de commerce : « *Le tribunal peut condamner cet entrepreneur à payer tout ou partie de l'insuffisance d'actif. La somme mise à sa charge s'impute sur son patrimoine non affecté.* » L'effet est fort : c'est le patrimoine personnel qui est la cible, lui que l'on croyait à l'abri des créanciers du patrimoine affecté. L'insuffisance de l'un est en quelque sorte « compensée » par l'autre. Aussi, plus le juge retiendra une acceptation large de la faute de gestion, plus la séparation des deux patrimoines perdra en consistance, voire « *volera en éclats* » ⁽⁶⁾ ! Ce texte renferme des zones d'ombre, qu'une fois encore le juge sera chargé d'éclaircir... Quand l'EIRL devra-t-elle verser « tout »

ou seulement une « partie » de l'insuffisance d'actif ? Cela dépendra-t-il de la teneur de la faute de gestion ? Ce qui conduira à étudier la ou les causes de l'insuffisance d'actif : dans quelle mesure aurait-elle pour origine ladite faute ? L'emploi de la locution « *impute sur* » manque également de précisions. Le tribunal fixera la somme due, et celle-ci sera versée, semble-t-il, entre les mains du liquidateur dans la mesure où il est l'auteur de l'action en responsabilité. Le liquidateur judiciaire sera enfin tenu de désintéresser les créanciers avec le montant ainsi obtenu.

Pour aller plus loin

Cette responsabilité, en elle-même, se comprend : l'on imagine mal que la séparation des deux patrimoines rime avec le droit d'échapper en toute impunité au paiement de l'intégralité de ses dettes. L'instrument juridique que représente l'EIRL a néanmoins pour objet de protéger l'entrepreneur et d'encourager les citoyens à entreprendre. C'est à un équilibre entre ces deux orientations qu'il

conviendra, selon nous, de tendre.

Pour conclure, cette « *sanction patrimoniale* » ne doit pas faire oublier l'article L. 653-6 du Code de commerce aux termes duquel « *le tribunal peut prononcer la faillite personnelle* [distincte de la liquidation judiciaire de l'activité professionnelle] *de l'EIRL qui n'a pas acquitté les dettes mises à sa charge en application de l'article L. 651-2* [responsabilité pour insuffisance d'actif] ». ■

(1) Cf. La Lettre n° 98, juin 2011, pp. 27-29.

(2) Celui-ci signifie, rappelons-le, que le créancier personnel ne peut recouvrer une dette que sur le patrimoine personnel, non affecté, alors que celui qui est titulaire d'une créance liée à l'exercice de l'activité professionnelle ne peut agir, quant à lui, que sur le patrimoine affecté.

(3) Art. L. 651-1, alinéa 1. Un autre cas est prévu à l'alinéa 2 de ce même article.

(4) Voir ci-dessus.

(5) Art. L. 651-2, alinéa 3, du Code de commerce.

(6) A. Martin-Serf, « EIRL : attention aux actions en responsabilité pour insuffisance d'actif ! » *Revue des procédures collectives*, n° 2, mars-avril 2011, dossier n° 31.

Quelle valeur accorder aux recommandations de la HAS?

En résumé

Par un arrêt important, le Conseil d'État annule indirectement une recommandation de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé (plus exactement, il annule le refus d'abrogation de celle-ci et l'enjoint de l'abroger). Par là même, il reconnaît qu'une telle recommandation ne constitue pas un avis, mais une décision faisant grief, à ce titre susceptible d'être l'objet d'un recours pour excès de pouvoir. Il précise alors qu'un praticien doit tenir compte des recommandations de cette autorité, tout en considérant qu'elles ne sont pas l'unique source de réflexion des professionnels de santé, d'autres pouvant être mobilisées. Le Conseil d'État souligne que la Has se doit d'être impartiale, exigeant qu'elle doit répercuter sur tous ses membres.

Le contexte

La Haute Autorité de santé (Has) a été créée par la loi du 13 août 2004 afin de contribuer notamment au renforcement de la qualité des soins. Elle remplit principalement quatre missions ⁽¹⁾. Elle évalue scientifiquement l'intérêt des actes professionnels mais aussi des médicaments, des dispositifs médicaux, et propose (ou non) leur remboursement par l'assurance maladie ; elle a en charge l'amélioration de la qualité des soins ; elle informe les professionnels de santé et le « grand public » ; elle promeut les bonnes pratiques et le bon usage des soins. Dans le ca-

dre de sa mission, elle élabore des recommandations destinées aux professionnels de santé en exercice, et ce dans tout le champ de la santé, y compris celui de l'odontologie. Ces recommandations décrivent, selon elle, les soins les plus appropriés à un patient donné, compte tenu de l'état actuel des connaissances et des pratiques. Ce qui explique pourquoi certains juges y voient un instrument, parmi d'autres, servant à identifier les « données acquises de la science » ⁽²⁾.

Il n'en demeurerait pas moins qu'aucune réponse certaine n'était apportée s'agissant de la valeur juridique de ces recommandations de bonnes pratiques, le Code de la santé publique restant muet

à ce sujet. Sans l'épuiser, le Conseil d'État livre, dans un arrêt du 27 avril 2011 ⁽³⁾ un enseignement du plus haut intérêt ; cette juridiction accepte de porter son regard sur une recommandation de la Has portant sur l'usage des spécialités pharmaceutiques visant à traiter le diabète, et admet donc que l'on puisse débattre devant elle d'une recommandation de bonnes pratiques, point que nous étudierons dans un premier temps. Cette décision, au contenu fort riche, nous éclaire également sur la possibilité de critiquer devant le juge, non le contenu de la recommandation lui-même, mais indirectement la composition de la Has, aspect que l'on évoquera dans un second temps.



L'analyse

>>>

Tout d'abord, le Conseil d'État, dans l'affaire précitée, a été saisi par l'Association pour une formation médicale indépendante (Formindep) d'un recours en annulation d'une lettre du président de la Has par laquelle il refusait d'abroger une recommandation ; il lui était demandé également d'enjoindre la Has d'abroger la recommandation litigieuse. Techniquement, cette association intente ce que l'on dénomme un recours pour excès de pouvoir. Or, celui-ci n'est recevable qu'à la condition d'être en présence d'un acte juridique, pour ce qui nous concerne ici, d'une décision administrative ayant pour objet d'affecter l'ordonnement juridique de manière impérative. Autrement dit, la recommandation (et par voie de conséquence la lettre de refus d'abrogation) peut-elle être regardée comme une «*décision faisant grief*», susceptible d'être annulée, ou n'est-elle qu'un «*avis ne faisant pas grief*», insusceptible d'être anéantie par le Conseil d'État ? L'on peut soutenir qu'une recommandation de la Has possède seulement un caractère incitatif, exclusif d'une nature décisoire ; il s'agirait en quelque sorte d'une technique de *soft law* (de «*droit mou*», non contraignant). Telle n'est pas

la solution retenue : le Conseil d'État l'assimile à une décision. Il justifie ainsi sa conclusion : «*[les recommandations] ont pour objet de guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique les plus appropriées, sur la base de connaissances médicales avérées à la date de leur édicition [...]* eu

égard à l'obligation déontologique, incombant aux professionnels de santé en vertu des dispositions du Code de la santé publique qui leur sont applicables, d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science, telles qu'elles ressortent notamment de ces recommandations. » Au motif notamment que les praticiens doivent tenir compte des recommandations





– précision importante – sans qu’elles soient le seul outil à mobiliser (d’où la présence de l’adverbe «*notamment*»), elles sont qualifiées juridiquement de décisions faisant grief. En la circonstance, la haute juridiction annule la décision de refus d’abrogation de la recommandation et enjoint la Has de l’abroger. En définitive, la recommandation devra disparaître.

Ensuite, l’anéantissement a pour cause le non-respect du principe d’impartialité, qui s’applique aux autorités publiques indépendantes à caractère scientifique, statut que possède la Has. Au nom de ce principe, la présence d’experts apportant un concours occasionnel ou d’agents de cette autorité, qui entretiendraient avec les entreprises pharmaceutiques des liens de nature

à caractériser un conflit d’intérêts, est prohibée. Rappelons que le Code de la sécurité sociale exige des «*membres*» de la Has une entière indépendance; il prévoit que chaque personne, qui collabore avec elle, adresse à son directeur une déclaration mentionnant ses liens, directs et indirects, avec les structures dont les produits entrent dans le domaine de ses travaux, ainsi qu’avec les entités de conseil concourant sur un champ identique ou proche. Un tel principe dépasse, bien évidemment, les seules limites du secteur des médicaments, et de ce litige en particulier. Il prend les traits d’un principe général. Reste à savoir à partir de quand l’on peut estimer être en présence d’un conflit d’intérêts. Plus généralement, quelles situations concrètes impliquent une violation du principe d’impartialité? Une telle méconnaissance est-elle présumée et, si oui, en quelles occurrences? Autant de questions que la Has se pose certainement ou auxquelles elle a déjà réfléchi, voire répondu, à ce jour. ■

(1) La cinquième consiste à développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l’étranger.

(2) Ou encore les «*connaissances médicales avérées*».

(3) Conseil d’État, sect., 27 avril 2011, n° 334396, *La Semaine juridique*, Édition générale, n° 19, 9 mai 2011, n° 559, note Ch.-A. Dubreuil.

La conciliation est autorisée après la saisine du juge

En résumé

La clause de conciliation fait de nouveau parler d'elle !

La Cour de cassation réaffirme une solution classique : en présence d'une telle clause, les contractants doivent tenter de concilier avant de saisir le juge, sinon la demande en justice est irrecevable. Mais elle ajoute une solution nouvelle : en cours d'instance, alors que l'affaire est pendante devant le juge, il reste possible de concilier lorsque cette procédure n'a pas été mise en œuvre antérieurement à la saisine du juge ; si tel est le cas, la demande n'est pas irrecevable.

Le contexte

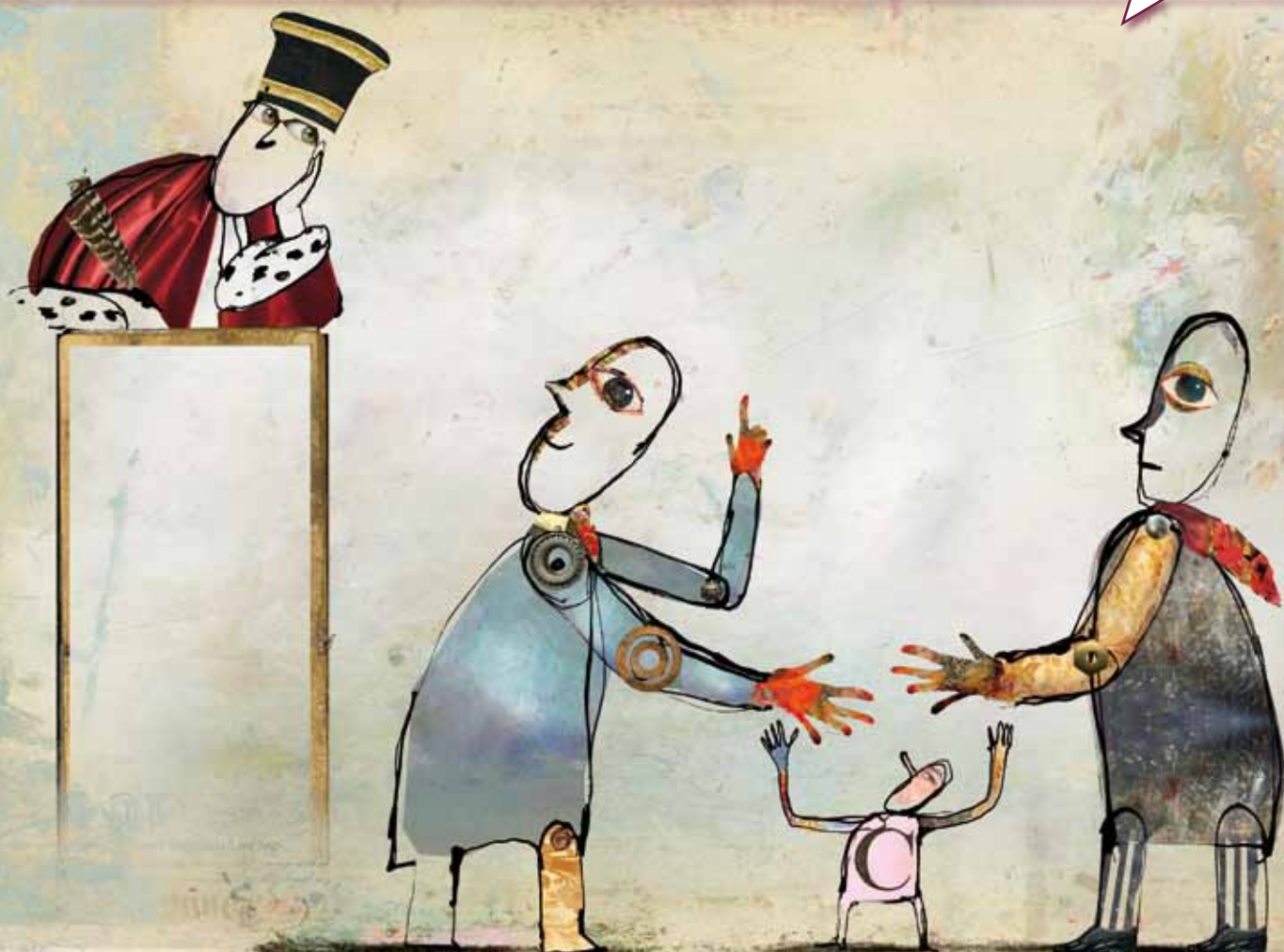
Dans la plupart des contrats (et dans les statuts des sociétés) conclus par les praticiens, il est stipulé une clause de conciliation par laquelle ces derniers consentent à soumettre leurs différends, et ce avant saisir le juge compétent, à un conciliateur.

La Cour de cassation a entendu faire une application rigoureuse de cette clause. Partant du principe que le défaut de mise en œuvre d'une clause de conciliation obligatoire et préalable à la saisine d'une juridiction constituait techniquement une fin de non-recevoir ⁽¹⁾, elle jugeait irrecevable la demande en justice, et ce tant que la tentative

de conciliation n'était pas intervenue ⁽²⁾. Dans le prolongement de cette idée, la chambre commerciale de la Cour de cassation concluait que les juges ne pouvaient être saisis si les conditions énoncées par la clause de conciliation n'avaient pas été scrupuleusement respectées ⁽³⁾. Poussant au bout la logique, il avait été décidé que la violation de la clause – et donc l'irrecevabilité de la demande qui en découle – pouvait être soulevée pour la première fois en cause d'appel ⁽⁴⁾. En d'autres termes, alors qu'un premier juge avait statué au fond du litige parce qu'aucune des parties n'avait invoqué l'existence d'une telle clause (un oubli), une seconde juridiction infirmait le jugement rendu au seul motif que, subitement, l'une des par-

ties s'était réveillée et s'était prévalu de la clause.

Par un arrêt du 16 décembre 2010 ⁽⁵⁾, la haute juridiction semble apporter un « léger bémol » ⁽⁶⁾. Dans cette affaire, des vendeurs avaient assigné, devant un tribunal de grande instance, leur cocontractant, lequel avait invoqué la violation de la clause de conciliation. Le tribunal et la cour d'appel, ensuite saisie, ont jugé, classiquement dirait-on eu égard aux règles précédemment rappelées, la demande irrecevable. Mais, originalité de la situation conflictuelle, l'on apprend qu'en cours d'instance (le juge ayant déjà été saisi) les vendeurs (auteurs de l'assignation) avaient tenté un rapprochement avec l'adversaire, en respectant les modalités prévues par la clause



de conciliation, mais que celui-ci n'avait pas réussi. C'est dans ce contexte que la Cour de cassation a été amenée à statuer.

L'analyse

La haute juridiction casse l'arrêt d'appel. Elle relève que la tentative de conciliation avait effectivement eu lieu, mais postérieurement à l'introduction de l'instance et non préalablement à l'action en justice. Elle rappelle, dans un premier temps, que

la méconnaissance de ladite clause constitue une fin de non-recevoir, confirmant ainsi sa solution naguère adoptée. Mais, dans un second temps, elle ajoute que la conciliation « *peut être régularisée en cours d'instance* ». Or, justement, avant que le tribunal n'ait statué, la clause a été exécutée selon les modalités qu'elle prévoyait, « *de sorte que la cause d'irrecevabilité avait disparu* ».

La leçon de cette décision : en cours d'instance, il n'est pas encore trop tard pour bien faire (tenter de concilier) ! Néanmoins, l'on ne peut qu'inviter à la pruden-

ce, et préférer concilier avant de s'adresser au juge. ■

(1) Art. 126 du Code de procédure civile.

(2) Cass., ch. mixte, 14 fév. 2003, n° 00-19423, *Dalloz* 2003.1386, note P. Ancel et, p. 2480, note T. Clay.

(3) Cass., com., 17 juin 2003, n° 09-16001, *Revue trimestrielle de droit civil*, 2004.136, obs. R. Perrot.

(4) Cass., com., 22 fév. 2005, n° 02-11519, *Revue trimestrielle de droit civil* 2005.450, obs. R. Perrot ; voir « *en tout état de cause* », civ., 2^e, 9 nov. 2006, n° 05-19443.

(5) Civ., 2^e, 16 déc. 2010, n° 09-71575.

(6) Expression de M. le professeur R. Perrot, in *Revue trimestrielle de droit civil*, 2011.170.

De la bouche à la mouche

Dans sa conférence intitulée «*De la bouche à la mouche*», Jean-Paul Louis, président de l'Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD) établit une singulière comparaison entre la pêche à la mouche et la chirurgie dentaire. Singulière certes, mais instructive car, avec cette conférence, il nous livre une carte de visite relativement complète : celle d'un praticien dont la profession a comblé tous les rêves, y compris les plus fous, et constitué un cadre idéal à l'épanouissement d'une personnalité à facettes multiples.

«*À l'âge de dix ans, j'avais une sainte horreur du dentiste, raconte-t-il, parce que le mien agissait comme "un boucher". Un jour, son remplaçant, qui*

tégie prothétique, spécialiste de la prothèse amovible et de l'édentement total, Jean-Paul Louis aime défendre les «causes perdues» et aider son alter ego : «Au bout de chaque bouche, il y a un patient, c'est lui qui m'intéresse, même si on a parfois tendance à l'oublier.»

Que de chemin parcouru depuis son adolescence où, musicien d'orchestre, il nourrissait plutôt des ambitions de rock star... à l'image d'un autre chirurgien-dentiste, Claude Benzaquen – alias Frankie Jordan –, avec qui, des années plus tard, il partagera la scène : «*J'ai trois passions dans ma vie : l'enseignement, la dentisterie et le show. La profession de chirurgien-dentiste m'a permis de concilier les trois.*»

« Au bout de chaque bouche, il y a un patient : c'est lui qui m'intéresse. »

avait 25 ans, est arrivé. Il faisait du rallye auto et ressemblait à Belmondo. Il m'a fait changer d'avis instantanément et j'ai voulu devenir chirurgien-dentiste.»

Ancien doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Nancy, notre confrère exercera en cabinet libéral à mi-temps pendant 20 ans avant de devenir PU-PH à temps plein. Rédacteur en chef de la revue *Strat-*

Au risque de lui faire oublier sa quatrième passion, la pêche à la mouche ? Fasciné par le geste précis et la technique, Jean-Paul Louis s'est épris de cette discipline sportive lorsqu'il avait 12 ans. Depuis, de la Slovénie à l'Irlande en passant par ses montagnes vosgiennes, qu'il adore arpenter, notre confrère balade son plaisir des eaux vives à la recherche de truites, ombres et éven-



SES DATES

1948 : Naissance
1974 : Diplôme de chirurgie dentaire
1991 : PU-PH à temps plein
1994-2005 : Doyen de la faculté d'odontologie de Nancy
2011 : Président de l'Académie nationale de chirurgie dentaire
2011 : Président du congrès de l'ADF

tuellement saumons, poissons qu'il remet systématiquement à l'eau. Nature, calme et relaxation au programme. «*La rivière est un exutoire, "une soupe". Elle me permet de me ressourcer mais aussi de trouver des solutions à mes problèmes professionnels.*» Ses faits d'armes les plus marquants : avoir «sorti» 80 truites en une journée et transmis cette passion à son fils de 34 ans...

À la ville ou aux champs, on l'aura compris, le véritable moteur de Jean-Paul Louis fonctionne au partage et à l'empathie. Et si notre confrère, qui assurera la présidence du prochain congrès de l'ADF, a retenu comme thème du congrès «*le bien-être du patient*», c'est tout sauf un hasard. Mais, à tout prendre, il aurait tout aussi bien pu l'intituler «*le bien-être d'autrui*»... ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ **LOI FOURCADE : DEVIS PROTHÉTIQUE.** L'article 13 de la loi Fourcade, adopté en juillet dernier et validé par le Conseil constitutionnel, supprime l'obligation faite au chirurgien-dentiste, pour tout acte prothétique, de présenter un devis au patient mentionnant le prix d'achat de la prothèse. Sur le principe, les chirurgiens-dentistes doivent désormais mentionner, sur le devis, le « prix de vente » de la prothèse ainsi que le montant des « prestations de soins ». En pratique, un devis type à l'usage des praticiens devra être rédigé par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie. La loi précise qu'à défaut d'un accord avant le 1^{er} janvier 2012, ce devis type sera déterminé par voie de décret.



avec la Sacem. En revanche, la diffusion d'œuvres musicales dans la salle de soins d'un cabinet dentaire ne donne pas lieu à une redevance.

✓ **ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES ET SECRET MÉDICAL.** Le « praticien-consultant » travaillant pour le compte d'une assurance complémentaire ne dispose pas des prérogatives du praticien-conseil de l'assurance maladie. Ainsi, le chirurgien-dentiste traitant s'exposerait à une violation du secret médical s'il communiquait

des documents à un « praticien-consultant » d'une assurance complémentaire. Seul le patient peut transmettre ces documents.



✓ **MUSIQUE DANS LA SALLE D'ATTENTE : REDEVANCE.** La diffusion d'œuvres musicales dans la salle d'attente du cabinet dentaire, notamment via la radiodiffusion, donne bien lieu au paiement d'une redevance à la Sacem, en application du Code de la propriété intellectuelle. En pratique, les praticiens diffusant de la musique dans leur salle d'attente doivent contracter



✓ **CONCILIATION ET SAISINE DU JUGE.** En présence d'une clause de conciliation, les contractants doivent, bien sûr, tenter la conciliation, mais ils peuvent désormais le faire alors même que l'affaire est en cours d'instance devant le juge.

La Lettre n° 100 – Septembre 2011

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 et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15
Rédaction : Christophe Brunet, Sébastien Nardot. Direction artistique : Ewa Roux-Biejat. Secrétariat de rédaction : Corinne Albert.
Illustrations : Dume et Bruno Mallart. Photos : F. Roux p. 1 – S. Nardot : pp. 3, 6 – DR : pp. 23, 34.
Imprimerie : SIEP / Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs / Dépôt légal à parution ISSN n° 12876844



www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr