

# #ONCD la lettre

**ACTU.** Régulation dentaire  
dans les centres 15

**TERRITOIRE.** En Auvergne-Rhône-  
Alpes, le lien qui libère

N° 210/23  
DÉCEMBRE



## La face cachée de la désertification médicale



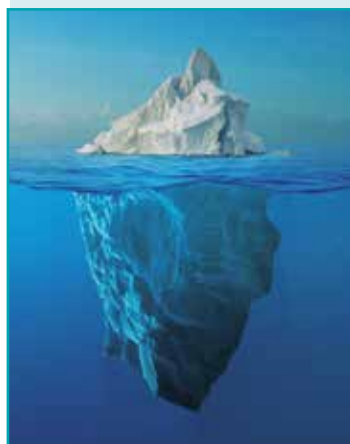
ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

## ACTU 4

4. La régulation dentaire dans les centres 15 adoptée à l'Assemblée nationale
6. L'interdiction irréaliste des amalgames dès 2025
7. Quel cadre pour les pratiques alternatives ?
8. Un contrat type pour les chirurgiens-dentistes en Ehpad
8. Lanceurs d'alerte
9. Meopa : réévaluation des formations
10. Journée d'échanges avec les départements à forte démographie
12. Une approche réaliste de la traçabilité des dispositifs
12. Vaccination des collégiens contre le papillomavirus
13. Un standard de qualité des études dentaires dans l'UE
13. L'hypnose, un outil pour le chirurgien-dentiste

## FOCUS 14

## La face cachée de la désertification médicale



## TERRITOIRE 19

## En Auvergne-Rhône-Alpes, le lien qui libère



## JURIDIQUE 22

22. L'obligatoire transmission des décisions de justice à l'Ordre

## PRATIQUE 24

## JURIDIQUE

24. Rompre un contrat de collaboration libérale : un art difficile !
27. Les bénéficiaires d'une SEL à une SPFPL sont soumis à cotisations sociales...



## TRIBUNE 30

Pr JACQUES-OLIVIER PERS  
Président de l'Institut français pour la recherche en odontologie (Ifro)



## Ne pas transiger

Faut-il transiger sur la sécurité et la qualité des soins pour pallier les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires de près d'un tiers des Français dans les territoires en tension ? Faut-il, pour les mêmes raisons, déléguer à des professions non reconnues en France, en toute indépendance et sans supervision du chirurgien-dentiste, une partie des capacités qui relèvent de notre exercice médical ? Répondre « non » à ces questions n'est pas faire preuve d'aveuglement face au sentiment d'abandon de ces populations, sentiment parfaitement justifié et, à ce titre, souvent relayé par les élus politiques qui les représentent. En responsabilité, l'Ordre s'oppose, et s'opposera, à tous les petits arrangements avec les lois et les règles qui constituent le socle de notre métier médical sur lequel repose la confiance générale de la population. Le Conseil national est d'autant mieux fondé à rappeler ces principes de sécurité et de qualité qu'il a été à l'avant-garde de la lutte contre la désertification médicale et qu'il reste fermement engagé dans ce combat. Qu'il s'agisse de décisions structurantes (la récente création des six UFR d'odontologie) ou de mesures destinées à apporter une amélioration immédiate à la situation (la prise en charge de la téléconsultation, toujours attendue), l'Ordre travaille au quotidien sur cette question centrale de l'accès aux soins dans les territoires. On lira dans ces pages la chronique des tensions qui s'exercent désormais sur l'Ordre. **S'affranchir de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas une solution, c'est ajouter un problème de fond à un autre.**

**Philippe Pommarède**

Retrouver le journal en ligne  
[www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)

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

#ONCD La Lettre n°210 – Décembre 2023  
Directeur de la publication : Philippe Pommarède.  
Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16 – Tél. : 01 44 34 78 80 – Fax : 01 47 04 36 55 – [www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)  
Conception, rédaction et réalisation : Texto Éditions  
Direction artistique : Ewa Roux-Biejat – Secrétariat de rédaction : Texto Éditions  
Illustrations : Dume – Couv. : Ewa Roux-Biejat  
Photos : Henri Perrot : p. 3.  
Shutterstock : pp. 1, 2, 9, 11, 13, 14, 16, 31, 32.  
DR : pp. 2, 4, 7, 10, 12, 13, 19, 20, 21, 30, 31.  
Imprimerie : Graphiprint Management.

Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs.  
Dépôt légal à parution. ISSN n° 2679-134X (imprimé), ISSN n° 2744-0753 (en ligne).



## La régulation dentaire dans les centres 15 adoptée à l'Assemblée nationale

C'est (presque) fait: le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour l'année 2024, adopté à l'Assemblée nationale le 4 novembre et en examen au Sénat à l'heure où nous mettons sous presse, généralise la régulation des soins dentaires d'urgence via les centres 15. Le Conseil national appelait de ses vœux cette disposition qui allait de soi.

De fait, les expérimentations locales qui ont succédé à la crise sanitaire ont toutes montré l'efficacité du dispositif. Il permet aux chirurgiens-dentistes d'intégrer la régulation de la permanence des soins dentaires au sein des centres de réception et de régulation des appels du SAMU-Centre 15.

L'objectif – comme le soutenait d'ailleurs l'Ordre – est de tendre vers une organisation de la permanence des soins dentaires optimisée. Côté patients, ce dispositif permet de mieux répondre aux besoins de soins bucco-dentaires d'urgence les dimanches et jours fériés, en diminuant le temps d'attente pour leur prise en charge lorsqu'elle est jugée nécessaire par les régulateurs chirurgiens-dentistes. Après un dialogue avec le

régulateur dentaire, les patients sont reçus dans des tranches horaires fixes, ce qui permet de diminuer leur stress et ses conséquences (agressivité, incompréhension, etc.).

Côté praticiens, le dispositif permet de mieux organiser la permanence des soins, qui reste sous la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS), chargées d'en établir le cahier des charges, et des ordres départementaux, chargés de gérer les tours de garde. En pratique, le dispositif permet de **soigner les patients dans des conditions optimales, la logistique et la ventilation des rendez-vous étant gérés en amont par la régulation.**

Après des mois d'échanges avec le cabinet du ministre de la Santé, les députés et sénateurs, le Conseil national a donc été entendu. Et le succès des expérimentations a levé les dernières réticences, essentiellement budgétaires. Concernant la rémunération de la permanence des soins, l'article 24 du PLFSS prévoit que désormais, seule la rémunération forfaitaire des médecins sera déterminée par l'ARS. Les autres professions de santé participant à cette permanence des soins, dont les chirur-

giens-dentistes, verront leur rémunération fixée par voie conventionnelle. Parmi les autres mesures intéressant les chirurgiens-dentistes, l'article 7 du PLFSS prévoit une annulation partielle ou totale de la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens (et auxiliaires médicaux) en cas de fraude. En pratique, le professionnel de santé ayant fait l'objet d'une pénalité financière, d'une sanction de la section des assurances sociales de l'Ordre (SAS) ou d'une condamnation pénale pour des faits de fraude à l'assurance maladie, verra désormais annulée, partiellement ou totalement, la prise en charge de ses cotisations. Le recouvrement sera effectué comme pour les versements indus de cotisations.

Concomitamment, le texte ajoute la possibilité pour les organismes locaux d'assurance maladie de transmettre à l'Ordre des informations portant sur des faits à caractère frauduleux. Ainsi, le texte renforce une disposition qui existait déjà dans le Code de la santé publique (article L. 162-1-19).

On relèvera enfin une dernière mesure que le Conseil national va observer de très près. **L'article 20 du PLFSS fait évoluer le dispositif des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie.** Rappelons que la loi de financement de la sécurité sociale 2023 avait mis en place ces rendez-vous de prévention afin de renforcer la santé des adultes et prévenir les maladies chroniques, notamment par la sensibilisation et l'appropriation d'habitudes de vie favorables à la santé. Le PLFSS 2024 vient compléter ces dispositions. Il ajoute le « téléssoin » à la téléme-



Plusieurs reportages avaient été consacrés dans *La Lettre* sur les expérimentations, toutes concluantes, de la régulation dentaire dans les centres 15 (photo : expérimentation à Rennes).

dicine comme moyen possible de réaliser ces rendez-vous de prévention. Et il renvoie à un décret qui précisera, entre autres, la liste des professionnels de santé pouvant réaliser ces rendez-vous.

Pour le Conseil national, la prévention bucco-dentaire trouve naturellement sa place dans ce dispositif au sein duquel les chirurgiens-dentistes doivent être impliqués. À suivre. ●

## L'interdiction irréaliste des amalgames dès 2025

**A** lors que le mandat de l'actuelle Commission européenne prend fin en juin prochain, celle-ci voudrait accélérer le calendrier d'interdiction de l'amalgame pour le porter au 1<sup>er</sup> janvier 2025<sup>(1)</sup>. Un calendrier intenable et irréaliste. Comme ses homologues allemands, le Conseil national considère que **ce délai ne peut permettre aux régimes nationaux d'assurance maladie et à la profession de s'adapter à la disparition totale de l'amalgame**. Dans ses échanges avec la Direction générale de la santé (DGS), le Conseil national demande un report du délai dans l'idéal en 2030 et, a minima, au 1<sup>er</sup> janvier 2027. L'horizon de 2030 est également en discussion à la 5<sup>e</sup> réunion de la Conférence des parties à la convention de Minamata sur le mercure (COP5). Sur le fond, pour l'Ordre, l'amalgame constitue toujours un compromis pertinent entre les matériaux disponibles et le budget du patient, notamment pour les lésions carieuses, pour lesquelles l'alternative consisterait dans la réalisation d'une incrustation (*inlay*) réalisée par un laboratoire de prothèse. En outre, des risques spécifiques ont été soulevés concernant certains matériaux alternatifs avec la libération de nanoparticules ou encore de potentiels effets nocifs des composites dans la cavité buccale. Certes, le projet d'actualisation de la Commission européenne introduit la possibilité d'une exception (« à moins que le praticien de l'art dentaire ne le juge strictement nécessaire en raison des besoins médicaux spécifiques du patient »).



Mais cela aurait un effet limité puisque, si ce nouveau règlement était adopté, la fabrication et la distribution du mercure seraient interdites. La voix des autres États membres utilisateurs de mercure et des organisations nationales de santé bucco-dentaires est attendue. Le Conseil national, quant à lui, se tient prêt à participer, aux côtés des autorités de santé françaises, aux travaux de préparation de cette transition à l'échelle nationale pour en tempérer les répercussions sur notre profession. ●

(1) Via une actualisation du règlement (UE) n°2017 / 582 du 17 mai 2017 relatif au mercure.

## Quel cadre pour les pratiques alternatives ?

**L'**intérêt grandissant des Français pour les « pratiques alternatives » est une réalité, certes encore mal mesurée. Devant ce phénomène, comment protéger les patients des risques de dérives associées aux pratiques non conventionnelles en santé (PNCS) ? Tel est l'enjeu d'un groupe de travail, le « Comité d'appui pour l'encadrement des PNCS », créé par Agnès Firmin Le Bodo, en juin dernier. Ce comité d'appui a lancé ses travaux, auxquels le Conseil national, représenté par Geneviève Wagner, vice-présidente, est associé. L'objectif affiché est à la fois simple et compliqué : il s'agit de **définir ce qui est acceptable et ce qui constitue une menace pour la santé**. Le travail est d'envergure, puisqu'il va d'abord falloir cartographier les PNCS, analyser les formations à ces pratiques, et enfin se questionner autour de la « démarche patient », autrement dit, ce qui le conduit vers ces pratiques. Les travaux visent dans un premier temps à circonscrire précisément le champ des PNCS et leurs différentes terminologies en les dissociant nettement des soins médicaux, point sur lequel le Conseil national a particulièrement insisté. En effet, les soins relèvent uniquement des professions de santé, contrairement aux PNCS. Geneviève Wagner a rappelé qu'un arsenal législatif existe déjà ainsi qu'une littérature pratique, à l'instar des guides de la Miviludes et des fiches du Groupe d'appui technique (GAT)<sup>(1)</sup>.

Il est donc nécessaire de s'emparer de ces outils et de se les approprier. Lors des Assises de la lutte contre les dérives sectaires, qui se sont tenues en mars 2023 et qui sont à l'origine du lancement de ces travaux, la Miviludes a rappelé le nombre record de signalements de dérives sectaires recensés en 2021 : 4 020. Il y a urgence. ●

(1) <https://www.miviludes.interieur.gouv.fr/missions>

### L'ACTION DE LA MIVILUDES

Créée en 2002, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes), rattachée au ministère de l'Intérieur, a pour tâches principales :

- d'observer et d'analyser les phénomènes sectaires ;
- de coordonner les actions préventives et répressives des pouvoirs publics à l'encontre de ces dérives ;
- de former et d'informer les professionnels, notamment de santé, ainsi que le public ;
- de mettre en œuvre des actions d'aide aux victimes.

Le Conseil national, signataire d'une convention avec la Miviludes en 2017, se fait le relais vigilant de ses travaux et actions au sein de la profession.

Pour en savoir plus : <https://www.miviludes.interieur.gouv.fr/>



## Un contrat type pour les chirurgiens-dentistes en Ehpad

**C**hirurgiens-dentistes libéraux en Ehpad, des interventions bientôt facilitées? C'est ce qui ressort des premiers travaux sur le sujet entre le Conseil national et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). En effet, l'Ordre alerte les pouvoirs publics depuis plusieurs années sur le fait que, contrairement aux médecins ou aux masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes ne bénéficient pas de contrat type pour encadrer leurs interventions dans les Ehpad<sup>(1)</sup>. Interdiction leur est ainsi faite d'exercer en dehors d'une installation fixe, sauf dérogation de leur conseil départemental de l'Ordre pour répondre à des besoins permanents de soins à domicile,

comme c'est le cas pour les résidents en Ehpad. Un contrat libéral doit donc impérativement être conclu entre l'établissement et le chirurgien-dentiste, contrat qui n'est aujourd'hui pas prévu par la loi.

Pour des interventions fluides et une meilleure prise en charge bucco-dentaire des résidents des Ehpad, voici quelques éléments relevés par le groupe de travail.

- Une adaptation des locaux à l'exercice du chirurgien-dentiste et une prise en charge des déchets médicaux;
- Une coordination entre praticien et équipe de l'établissement, respectant la liberté de prescription;
- Une formation du personnel soignant;
- Un accès aux dossiers médi-

caux informatisés des patients résidents;

- Une prise en charge, sur tout le territoire, d'un bon de transport VSL;
  - Préciser les modalités de rémunération des interventions, notamment en fonction des tarifs des établissements, des types d'actes envisagés et de la fourniture du matériel.
- Dans ce contexte, le Conseil national a rappelé l'importance de communiquer autour du « référent handicap », chargé au sein de chaque conseil départemental de l'Ordre d'orienter les publics vulnérables vers les praticiens pour une prise en charge adaptée. ●

(1) Code de l'action sociale et des familles, articles L. 314-12 et L. 314-13.

## LANCEURS D'ALERTE

**En tant qu'autorité externe de recueil des signalements (AERS)<sup>(1)</sup>, le Conseil national est tenu d'établir une procédure de recueil et de traitement des alertes afin de protéger la personne qui aurait le statut de lanceur d'alerte<sup>(2)</sup>. Dans ce cadre, travaillant en symbiose avec le Défenseur des droits, l'Ordre participe à l'élaboration d'un document recensant le champ de compétences de chaque AERS. Ces travaux ont été l'occasion d'alerter le Défenseur des droits sur certaines difficultés rencontrées par l'autorité ordinaire dans le cadre de cette mission d'AERS, notamment**

**le cas des chirurgiens-dentistes salariés de centres dentaires déviants qui en dénonçaient les méfaits auprès de l'Ordre. Ce dernier rappelait récemment (Lire La Lettre 208, p. 17) que le statut de lanceur d'alerte n'exonère en rien le praticien de ses responsabilités dès lors qu'il a participé aux actions dénoncées.**

(1) Décret du 3 octobre 2022 relatif aux procédures de recueil et de traitement des signalements émis par les lanceurs d'alerte et fixant la liste des autorités externes instituées par la loi visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte.

(2) Loi n° 2022-401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte.

## Meopa : réévaluation des formations

**A**u printemps 2024, le Conseil national procédera à une réévaluation des programmes de formation à l'utilisation du Meopa. Cette procédure, qui a lieu tous les quatre ans, permet à l'Ordre de s'assurer que ces formations demeurent conformes aux préconisations de son comité scientifique ad hoc<sup>(1)</sup>. L'enjeu est de permettre aux chirurgiens-dentistes, via les organismes formateurs agréés, de maîtriser les connaissances nécessaires et suffisantes à une utilisation en toute sécurité de ce produit.

Depuis la levée de la réserve hospitalière en 2010, **l'utilisation du Meopa en cabinet dentaire de ville est en effet conditionnée à une formation auprès d'organismes habilités par le Conseil national.** Ce dernier contrôle le programme de ces formations à l'aune du cahier des charges fixé par son comité scientifique. Une liste des organismes de formation Meopa reconnus par l'Ordre est disponible sur son site internet<sup>(2)</sup>. Rappelons ici que tout chirurgien-dentiste souhaitant obtenir la reconnaissance de l'aptitude à l'utilisation du Meopa doit en faire la demande à son conseil départemental de l'Ordre d'inscription, relai obligatoire auprès du Conseil national. Cette demande doit être accompagnée :

- du programme détaillé de la formation suivie, si cette dernière ne figure pas dans la liste des formations reconnues;
- de l'attestation de suivi de la formation Meopa;



- du justificatif d'une formation aux gestes d'urgence à jour.
- Loin d'être anodine, rappelons pour conclure que l'administration du Meopa nécessite une surveillance continue du patient, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) recommandant même la présence d'une tierce personne. ●

(1) [https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/espace-documentaire/?dlm\\_download\\_category=3-chirurgien-dentiste-et-cabinet](https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/espace-documentaire/?dlm_download_category=3-chirurgien-dentiste-et-cabinet)

(2) [https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/espace-documentaire/dlm\\_download\\_category=meopa](https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/espace-documentaire/dlm_download_category=meopa)

## Journée d'échanges avec les départements à forte démographie

Vingt-huit élus représentant les conseils départementaux à forte démographie (soit ceux recensant 560 praticiens ou plus) ont participé, le 9 novembre dernier, à une réunion de formation et d'information au Conseil national, à Paris. Son président, Philippe Pommarède, a ouvert cette journée en dressant le bilan de l'action de l'Ordre durant son mandat. Soulignant l'étroite collaboration avec l'exécutif et le Parlement, Philippe Pommarède est revenu sur les deux avancées majeures, fruits du travail de l'équipe actuelle et des précédentes : l'adoption de la loi encadrant les centres dentaires et la création du statut d'assistant dentaire de niveau 2. Il a rappelé les autres résultats obtenus, entre autres les dispositions adoptées par l'exécutif visant à lutter contre les violences envers les praticiens.

Les conseillers ordinaires ont d'abord travaillé sur l'application du RGPD autour de questions très pratiques : vidéo surveillance, enregistrement des conversations téléphoniques, transmission des données, conservation des dossiers patients. Le sujet suscitant beaucoup d'interrogations, le Conseil national va concevoir un guide sur les grandes règles de ce Règlement et sur ses applications pratiques.

En fonction de leurs attributions, les membres du bureau ont répondu aux questions des conseillers départementaux. Parmi les sujets abordés : la communication entre conseil départemental et national, les formations au Meopa, la communication professionnelle ou

encore l'insuffisance professionnelle. S'agissant précisément des tests de langue des praticiens étrangers à diplôme UE, les secrétaires généraux, Catherine Eray-Declocquement et Daniel Mirisch, ont rappelé que ces tests linguistiques sont partie intégrante de chaque procédure d'inscription au tableau.

La question de l'intégration des praticiens à diplôme européen a également été évoquée avec Marie-Anne Baudouin Maurel, vice-présidente en charge de l'Europe.

Estelle Genon, vice-présidente en charge des contrats d'exercice a rappelé les grandes règles encadrant les Selarl, les contrats de collaboration multiple ainsi que les remplacements. La question de l'organisation des gardes a suscité des débats intenses. Geneviève Wagner, vice-présidente et présidente de la commission Exercice et Déontologie, a rappelé la position de l'Ordre s'agissant du détournement du tour de garde par des praticiens se faisant remplacer par des étudiants non familiarisés au préalable avec le cabinet et sans qu'ils soient assistés, situations pouvant conduire à des défauts de soin.

Elle a également répondu aux interrogations sur les questions liées aux gouttières d'alignement dentaires (interventions des assistants dentaires en bouche, vente directe, publicité, etc.), et sur les centres dentaires non vertueux. Sur ce dernier point, la profession reste en attente des textes d'application de la loi



Au Conseil national, animée par le président et les membres du bureau, une journée de formation et d'information pour les élus représentant les départements à forte démographie.

récemment adoptée, et dans lesquels l'Ordre aura un rôle à jouer.

Philippe Ingall-Montagnier, président des juridictions nationales, est revenu sur le fonctionnement de ces juridictions, tant sur les plans technique que doctrinal. Il a rappelé la mécanique, la dynamique et la philosophie des décisions des juridictions, décisions prises dans le respect d'une stricte indépendance vis-à-vis de l'Ordre. Le magistrat a insisté sur le rôle essentiel des conseils départementaux dans la constitution des dossiers de plainte, car de leur qualité dépendent (au moins en partie) les décisions prises

ultérieurement par les juridictions.

Le trésorier et le trésorier adjoint du Conseil national, Luc Peyrat et Alain Durand, sont ensuite revenus sur l'application des nouvelles règles de réversions ainsi que sur le règlement général de trésorerie. Des questions budgétaires ont été abordées par les élus ordinaires locaux, beaucoup de « gros » départements se posant la question de la création d'un poste supplémentaire de secrétariat administratif, dans l'avenir, pour faire face à l'augmentation significative de la charge de travail qui pèse désormais sur les conseils départementaux. ●



## Une approche réaliste de la traçabilité des dispositifs

La transposition en France du règlement européen sur les dispositifs médicaux<sup>(1)</sup> donne lieu à des discussions entre l'administration et les acteurs concernés, dont le Conseil national. Selon ce règlement européen, tous les dispositifs, y compris jetables, pourraient être concernés, si les États le jugent nécessaire, par une obligation d'enregistrement et de conservation, de préférence par des moyens électroniques, de leur identifiant unique (IUD). Pour mémoire, l'IUD permet d'assurer la traçabilité des dispositifs médicaux quel que soit le lieu de fabrication ou d'utilisation.

Dans notre discipline médicale, cela serait évidemment irréaliste. **S'il en était ainsi,**



le temps médical serait définitivement sacrifié, et cela pour des niveaux de risque insignifiants. La Direction générale de la santé (DGS) l'a bien compris. Lors d'une réunion avec le Conseil national en septembre dernier, l'Ordre a prôné une piste consistant à définir le périmètre des dispositifs médicaux concernés par la traçabilité. La réglementation à

venir pourrait ainsi s'appuyer sur le guide de traçabilité des dispositifs médicaux, dans son volet bucco-dentaire, élaboré par Euro-pharmat et mis à jour en 2016. Affaire à suivre. ●

(1) Article 27 du règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, paragraphe 9, dernier alinéa.

## VACCINATION DES COLLÈGES CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS

L'Ordre soutient la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) organisée dans les collèges depuis la rentrée 2023 à destination des élèves de 11 à 14 ans<sup>(1)</sup>. Gratuite, cette vaccination vient compléter l'offre déjà existante (l'information sur la vaccination pouvant être communiquée par les praticiens lors de l'examen bucco-dentaire des 12-15 ans), renforçant son accessibilité en ciblant tous les enfants de cette classe d'âge afin de prévenir les

infections et cancers liés aux HPV. Rappelons qu'ils peuvent être la cause de différentes maladies bucco-dentaires, et que notre profession est en première ligne pour dépister – ce qui arrive, hélas, régulièrement – des lésions buccales induites par les HPV. Pour le Conseil national donc, un seul mot d'ordre : protégeons nos enfants contre le papillomavirus ! ●

(1) <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/campagne-de-vaccination-hpv-au-college/>



## Un standard de qualité des études dentaires dans l'UE

Fixer un standard de qualité des études dentaires dans l'Union européenne, y compris sur la partie clinique, sans attendre une initiative législative en ce sens de Bruxelles: tel est l'objectif de la Déclaration d'adhésion aux compétences et capacités du « diplômé européen en médecine bucco-dentaire » que viennent de formuler les régulateurs dentaires européens réunis au sein de la Fedcar, dont le Conseil national est membre co-fondateur<sup>(1)</sup>.

L'Ordre souscrit bien entendu à cette déclaration visant à « assurer le plus haut niveau de soins bucco-dentaires ». Ce document a été établi à partir des normes fixées par les enseignants européens de l'association pour l'enseignement dentaire en Europe, l'ADEE (Association for Dental Education in Europe). Depuis 2007 en effet, l'ADEE a développé et régulièrement mis à jour des standards pour les compétences et les capacités attendues d'un praticien européen lors de l'obtention de son diplôme.

Le but de cette démarche est d'offrir aux organismes nationaux d'accréditation chargés de reconnaître les diplômes d'un État membre un support unifié portant notamment sur les compétences cliniques et pratiques que doivent posséder les diplômés européens en médecine bucco-dentaire. ●

(1) Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens (Fedcar). [www.fedcar.eu](http://www.fedcar.eu)

## L'HYPNOSE, UN OUTIL POUR LE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le Conseil national réaffirme son avis favorable au recours à l'hypnose par le chirurgien-dentiste dans une réponse destinée à l'Ordre des médecins qui l'interrogeait sur cette technique de iatrosédation. Le récent Livre blanc sur « la sédation consciente par voie intraveineuse au cabinet dentaire », publié au printemps dernier par le Conseil national et l'Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD), soulignait d'ailleurs l'intérêt de l'hypnose parmi les autres techniques de sédation permettant d'améliorer, dans certains cas, la prise en charge de patients phobiques et/ou anxieux<sup>(1)</sup>. On rappellera plus formellement que, selon le Code de la santé publique, les chirurgiens-dentistes « peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire » dès lors que sont concernés la bouche, les dents, les maxillaires et tissus attenants<sup>(2)</sup>. Le chirurgien-dentiste peut donc recourir à l'hypnose dès lors que cette technique lui permet de traiter une pathologie intéressant cette zone, et ce sans outrepasser sa capacité légale. ●

(1) <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/presse/livre-blanc-la-sedation-consciente-par-voie-intraveineuse-au-cabinet-dentaire/>

(2) Code de la santé publique, articles L. 4141-1 et L. 4141-2.

# La face cachée de la désertification

Plus de 30 % des Français vivent dans un désert médical, selon un rapport du Sénat paru en 2022<sup>(1)</sup>. Un chiffre qui donne la mesure de la crise de l'accès aux soins dans les zones rurales, urbaines ou péri-urbaines<sup>(2)</sup>. C'est dans ce contexte très tendu que l'institution ordinaire subit désormais une pression qui va en s'intensifiant. Pétitions contre des élus locaux ayant « mal » jugé le niveau de langue de praticiens UE souhaitant s'installer dans un cabinet financé localement, courriers acerbes, parfois agressifs, de politiques, petits arrangements avec les règles (avec l'accord de certaines autorités) pour faciliter l'exercice de praticiens étrangers non-inscrits au tableau, initiatives appuyées par des élus politiques visant à l'exercice de nouveaux métiers non reconnus pour pallier l'offre de soins déficiente: la liste des pratiques irrégulières, voire illégales, **entre volonté d'agir pour satisfaire une population excédée et respect des règles visant à assurer la sécurité et la qualité des soins**, s'allonge chaque jour.

Avant de détailler ces initiatives délétères, fixons quelques éléments de contexte. Face à une situation qui s'est dégradée de manière criante à partir du début des années 2000, on rappellera que la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) de 2009 fut l'une des premières à tenter de donner une réponse globale. D'autres lois

lui ont succédé, jusqu'à la récente proposition de loi dite Valletoux, en discussion au Parlement, qui propose des ajustements dont certains font d'ailleurs l'objet de vifs débats. On n'énumérera pas ici la chronique de ces textes qui entend dessiner une nouvelle organisation des soins (entre autres, la création des communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS - avec une possible adhésion automatique des praticiens, ou encore des conseils territoriaux de santé - CTS, destinée à répondre à cette crise), ni les mesures qui, par exemple, ont ouvert la possibilité aux collectivités territoriales de financer des aides à l'installation, parallèlement aux dispositifs conventionnels ou de l'État (les contrats d'engagement de service public - CESP -, par exemple).

La succession de ces textes montre que les élus locaux et nationaux sont parfaitement conscients de l'ampleur de la crise: comment pourrait-il en être autrement? Toutefois, elle montre aussi qu'il n'existe pas de solution miracle.

Les réponses structurantes qui ont été données ne satisfont hélas pas les besoins au quotidien des Français. **C'est aujourd'hui et maintenant que la population veut légitimement accéder aux soins**. Ainsi, pour la santé bucco-dentaire, l'augmentation du numerus clausus puis son remplacement par le numerus apertus, système moins contraignant, puis la création, ➔



➔ avec l'appui de l'Ordre, de six départements et/ou UFR d'odontologie dans les régions qui en étaient dépourvues, ne donneront leurs premiers résultats qu'à moyen terme. Et ils ne résoudre pas tous les problèmes. L'Ordre est et a toujours été à l'avant-garde s'agissant de la démographie professionnelle et du maillage territorial. Le Conseil national fut ainsi la première institution, dans notre profession, à plaider au début des années 2000 pour une augmentation massive du numerus clausus. Il a appuyé, et parfois suscité, les initiatives locales les plus pertinentes (les bus dentaires, les cabinets dentaires partagés). Il a assoupli à chaque fois que cela était possible les règles des contrats d'exercice sur le fondement des besoins en santé publique bucco-dentaire de la population. Il plaide aussi pour actionner **des mesures immédiates qui amélioreraient un tant soit peu la situation.** Ainsi, avec la profession, l'Ordre a obtenu la création des assistants dentaires de niveau 2. La prise en charge de la téléconsultation, dossier qu'il porte depuis des années, serait également un autre levier possible. Il est donc assez piquant, pour l'Ordre, de se voir parfois reprocher, par des élus, par des avocats ou des entités représentant des praticiens n'ayant pas satisfait au test de langue, une sorte d'aveuglement obtus face à ces enjeux. Par une sorte d'ironie de



Des pétitions circulent contre les décisions de conseils départementaux ayant « mal » jugé le niveau de langue de praticiens UE...

l'histoire, l'institution ordinale se trouve désormais plus exposée sous les feux de l'actualité. L'Ordre, par délégation de service public, applique des règles destinées à réguler la profession avec une exigence basée sur le triptyque sécurité, qualité des soins et consentement éclairé du patient. « *Le manque de praticiens dans des zones en tension ne*

*signifie pas qu'il faille abandonner une population en plein désarroi à des personnes dont le diplôme n'est pas reconnu, ou qui n'ont pas les qualités requises pour exercer, ou qui ne maîtrisent pas la langue française, ou encore dont l'exercice échappe au contrôle de l'Ordre* », explique Catherine Eray-Decloquement, secrétaire générale du Conseil national, qui exerce elle-même dans un département connu pour ses problèmes de démographie, la Nièvre. Ainsi, **au niveau national, des « modèles » de contournement des règles semblent faire surface.** Ils consistent dans le recrutement par un établissement hospitalier d'un praticien au diplôme non reconnu (obtenu hors Union européenne) et évidemment non validé par le circuit national de validation des diplômes étrangers. Le centre hospitalier crée une « antenne » dans une maison de santé au sein de laquelle le praticien est placé, sans supervision effective d'un chef de service, ce qui est une obligation. Cela revient, en pratique, à la création d'une sorte de « cabinet de ville hospitalier » hors les murs de l'hôpital. L'ARS avait donné son assentiment. L'Ordre conteste ce détournement des règles qui fait peu de cas de la sécurité et de la qualité des soins. Il conteste aussi cette facilité qui consiste, plutôt que de créer (ou renforcer) un service d'odontologie, à créer un cabinet dentaire d'un type inconnu

dans une zone en tension, sans possibilité de contrôle de la qualité des soins par l'Ordre. Le modèle a des variantes plus directes, comme la mise à disposition, dans des centres dentaires, de praticiens à diplôme étranger non inscrits à l'Ordre et qui, là encore, ne sont pas passés par le circuit de validation ad hoc des diplômes hors UE. Sollicitée par l'institution ordinale, l'ARS est évidemment consciente de s'affranchir de certaines règles, mais elle justifie ces recrutements par les besoins immédiats de la population. C'est une façon d'appréhender la sécurité et la qualité des soins que l'institution ordinale ne partage pas. **La créativité nécessaire due à une situation très dégradée (et l'Ordre, pendant la gestion de la crise sanitaire, a montré qu'il savait prendre ses responsabilités en ce sens) ne peut pas s'exercer au détriment de la sécurité des soins.** Un autre phénomène se développe depuis plusieurs années autour de la question des praticiens diplômés en UE ne maîtrisant pas suffisamment la langue française. Sur le terrain, dans les territoires en tension, on peut parler d'une véritable pression exercée sur les conseillers ordinaires. Les édiles locaux et la population ne comprennent pas toujours les décisions des ordres départementaux, qui sursoient à l'inscription au tableau d'un praticien UE pour non maîtrise de la langue française. « *On parle ici de territoires, des communes* ➔



➔ notamment, qui ont parfois investi des sommes significatives afin d'équiper des locaux, puis qui cherchent à recruter un chirurgien-dentiste. Lorsque le praticien UE recruté ne satisfait pas au test de langue, la déception et l'incompréhension sont à la mesure des attentes et de l'investissement », explique Catherine Berry, présidente de la commission Démographie du Conseil national, exerçant elle-même dans une zone sous-dotée de la Sarthe.

Des pétitions de citoyens circulent, soutenues par des élus locaux et des institutions locales médico-sociales, qui remontent jusqu'au ministère de la Santé. L'une des solutions à ce problème consisterait dans un travail en amont des collectivités territoriales avec les conseils départementaux de l'Ordre, ce qui est hélas rarement le cas et qui, pourtant, éviterait certains fourvoiements.

Nous allons à présent aborder le point qui fait en ce moment l'actualité. La désertification médicale conjuguée à un reste à charge de plus en plus élevé pour les ménages semble créer un appel d'air en France conduisant à de l'exercice illégal. C'est le cas avec France-Denturiste. **Après une campagne**



Le président de France-Denturiste sur le plateau de BFM Business.

**dans les médias, le président de France-Denturiste a annoncé la formation de denturistes.**

Il installe un cabinet à Émerainville (Seine-et-Marne), dans des locaux mis à disposition par la mairie. L'Ordre a informé le maire de cette commune que ce métier n'est pas reconnu en France. Cela signifie que les élèves qui sortiraient de cette « école », s'ils devaient pratiquer ce métier, se verraient poursuivis pour exercice illégal de notre profession. Bien sûr, outre les échanges avec le maire, le Conseil national a mobilisé d'autres leviers : ministères, ARS, préfecture, etc.

Ce qu'il est important de saisir, c'est ce constat, via les réponses du maire de cette commune, que des élus, au motif d'un reste à charge important (s'agissant des prothèses), et d'une tension en termes de démographie professionnelle, revendiquent d'examiner « toutes les initiatives allant dans le sens des administrés ». Cela surprend fortement. Car, là encore, un travail collaboratif en amont avec l'Ordre aurait peut-être permis de tracer des chemins moins hasardeux, mais avant tout légaux. ◆

(1) Rapport d'information n° 589 (2021-2022), déposé le 29 mars 2022.

(2) L'Île-de-France, par exemple, n'échappe pas à ce phénomène de désertification médicale dès que l'on s'éloigne des grands pôles urbains.

# TERRITOIRE

## En Auvergne-Rhône-Alpes, le lien qui libère



L'association Réseau Santé bucco-dentaire-Rhône-Alpes s'occupe des patients en situation de handicap mental avec troubles du comportement.

« Des équipes tout terrain qui s'adaptent et qui portent notre projet, c'est cela, le réseau », explique Rodolphe Viault, coordinateur régional du Réseau Santé bucco-dentaire et Handicap Rhône-Alpes (SBDH-RA). C'est aussi 5 000 patients en situation de handicap mental avec troubles du comportement dont les soins bucco-dentaires ne peuvent passer par la voie classique. « Depuis plus de vingt ans, notre association prend en charge ces patients, en proximité », poursuit Rodolphe Viault. Une cinquantaine de chirurgiens- ➔



➔ dentistes membres du réseau maille la région, redonnant de l'espoir à ces personnes et leurs proches.

Les patients requièrent une organisation hors-norme incluant la préparation psychologique, l'adaptation du matériel et des soins et la modulation de la communication. L'approche comportementale est fondamentale, avec d'ailleurs une communication non-verbale pour environ un tiers des patients. L'emploi de la sédation – du Meopa jusqu'à l'anesthésie générale – est fréquent. Bien sûr, l'échec fait partie intégrante de cet exercice hors norme, « *mais la non-réalisation du soin, cela n'est pas grave. Faire venir le patient jusqu'au fauteuil constitue déjà, en soi, un exploit qui permettra*



Le Réseau Santé bucco-dentaire Rhône-Alpes, c'est 284 interventions sous anesthésie générale en 2022.

*peut-être par la suite de soigner ce patient* », relève Rodolphe Viault.

Et parce que ces patients craignent les soins, les équipes du réseau privilégient la prévention et la conservation. Pour cela, outre le dépistage annuel, l'association propose aux patients et à leurs familles un programme de sensibilisation à la santé bucco-dentaire. L'occasion aussi de faire le point sur des besoins spécifiques pour, si nécessaire, déclencher une prise en charge optimisée. Résultat : un taux de satisfaction de 92 % en 2022, pour la plus grande joie de ces équipes aux nerfs d'acier et au grand cœur.

La prise en charge est programmée, au cas par cas, dans les établissements (grâce aux équipes mobiles), les centres de santé orale dits « de niveau 1 » (soins courants) ou « de niveau 2 » (soins sous anesthésie générale). Le large maillage territorial permet au réseau de proposer aux chirurgiens-dentistes partenaires des lieux d'exercice proches de leur cabinet. Le credo de l'association étant de faciliter leurs interventions : plannings adaptés, tâches administratives gérées en amont, plateaux techniques en place. « *Quand ils arrivent, ils n'ont plus qu'à enfiler les gants et à se concentrer sur les soins* », explique Rodolphe Viault. Frais émoulus de l'université ou praticiens aguerris, ces chirurgiens-dentistes sont, pour la plupart, des libéraux en quête de sens dans leur pratique, parfois sensibilisés au handicap par des situations personnelles.



En 2022, le réseau a réalisé 5 539 séances de soins à l'état vigile et 2 249 dépistages en établissement médical de santé (EMS).

Accompagnés, écoutés, soutenus, ces praticiens tissent des relations durables avec l'association. « *Ce lien, c'est l'une de nos forces* », explique Rodolphe Viault.

5 000 patients soignés en 2022, cela reste pourtant un bilan en demi-teinte. L'association a dû refuser 1 600 demandes de prise en charge cette même année. Sur fond d'espérance de vie en croissance continue des patients en situation de handicap mental, l'offre et la structuration des soins bucco-dentaires pour ces publics restent sous-dimensionnées. S'ajoute à cela la question des moyens, l'association se mobilisant en ce moment sur la recherche de fonds pour financer le renouvellement imminent de l'unité mobile.

Et puis, bien sûr, le levier de la valorisation des actes des chirurgiens-dentistes, même si des progrès ont été enregistrés en la

matière, demeure une question ouverte. Consacrer une partie de son activité libérale à la prise en charge de ces patients en échec de soin ressemble encore trop à un sacerdoce, surtout dans un contexte de démographie professionnelle restreinte. Les majorations d'actes mises en place par l'assurance maladie demeurent insuffisantes pour lever le frein économique. Mais parce que chaque chirurgien-dentiste peut, à sa mesure, apporter sa pierre à l'édifice, l'association invite tous les praticiens intéressés à se rapprocher de l'association, sans obligation d'engagement sur la durée. « *Au réseau SBDH-RA, on cultive le lien, mais celui qui libère!* », conclut Rodolphe Viault. ●

<https://reseau-sbdh-ra.org/>



# La trop aléatoire transmission des sanctions judiciaires à l'Ordre

L'histoire pourrait relever de l'anecdote si elle ne traduisait pas une carence hélas trop fréquente : les autorités judiciaires ne remplissent pas toujours l'obligation qui leur est faite de transmettre à l'Ordre les condamnations qu'elles auraient prononcées à l'égard des chirurgiens-dentistes. Ainsi, via le courrier d'un patient, le Conseil national apprend qu'un praticien exercerait sous l'emprise de stupéfiants. Mieux encore, si l'on peut dire, le patient, très étonné par le comportement fébrile du praticien, découvre après une rapide recherche sur Internet que ce dernier aurait été condamné pour détention et trafic de drogue. Après vérification, les propos du patient sont exacts. Problème : le Conseil national de l'Ordre n'a pas été notifié des sanctions pénales, contrairement à ce que prévoit la loi. Ignorant ces sanctions, il n'a donc pas pu agir sur le plan disciplinaire, parallèlement à la sanction pénale. C'est donc désormais chose faite, les mesures appropriées ayant été prises. Mais un

peu tard, cependant, en termes de sécurité et de qualité des soins, sans parler de l'opprobre jetée sur la profession.

Le Code de la santé publique dispose toutefois que « **lorsqu'un chirurgien-dentiste a été condamné par une juridiction pénale [...], l'autorité judiciaire avise obligatoirement et sans délai le conseil national de l'ordre de toute condamnation, devenue définitive, [...] y compris les condamnations prononcées à l'étranger.** »<sup>(1)</sup>

Une loi hélas pas toujours appliquée par les parquets. Pourtant, le ministère de la Justice, avec notamment le concours du Conseil national, avait produit en 2013 une circulaire « relative aux relations entre les parquets et les ordres des professions en lien avec la santé publique »<sup>(2)</sup>.

Le document rappelle aux autorités judiciaires le rôle des ordres, d'une part, et les motifs pour lesquels la transmission des décisions doit être faite, d'autre part. En effet les ordres, dont le nôtre, ont la faculté « *de se consti-*

*tuer partie civile et celle d'exercer des poursuites judiciaires contre leurs membres en cas de manquement aux règles professionnelles et/ou déontologiques.* » Et la circulaire d'ajouter : « *À cet égard, il est nécessaire de mettre les conseils des ordres en mesure d'exercer les pouvoirs qui leur sont ainsi reconnus.* »

Pour le Conseil national, si cette circulaire a apporté quelques améliorations dans la communication des décisions de justice par les autorités compétentes, cette transmission demeure souvent aléatoire et lacunaire. L'autorité



ordinale, aux côtés des autres ordres de santé, est donc à pied d'œuvre pour obtenir une systématisation des transmissions.

Cela étant, l'Ordre peut être alerté par d'autres voies, notamment la presse, les praticiens ou les patients, comme ce fut le cas dans l'exemple précédemment cité, prélude à une enquête et/ou une action disciplinaire. Rappelons qu'à n'importe quel moment de la vie professionnelle d'un praticien, si son conseil départemental de l'Ordre est informé d'un acte remettant en cause sa moralité attendue par le Code de la santé publique, il lui incombe

d'enquêter et de prendre les sanctions nécessaires le cas échéant.

Le législateur prévoit en effet la radiation de son tableau par le conseil départemental de l'Ordre des « *praticiens qui, par suite de l'intervention de circonstances avérées postérieures à leur inscription, ont cessé de remplir ces conditions [de moralité]* »<sup>(3)</sup>. Ainsi, il y a quelque temps, alerté initialement par voie de presse, le Conseil national

prononçait la radiation disciplinaire du tableau d'un praticien qui avait été pénalement condamné, et incarcéré, pour trafic de stupéfiants.

Ces affaires, enfin,

invitent à rappeler un principe légal et déontologique – aussi fondamental qu'élémentaire – de notre profession : « *Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients.* »<sup>(4)</sup> ●

(1) Code de la santé publique, article L4126-6.

(2) Circulaire n°Crim/2013-11/G4 du 24 septembre 2013.

(3) Code de la santé publique, article L 4112-1, alinéa 3 et alinéa 5.

(4) Code de la santé publique, article R.4127-204.





## JURIDIQUE : COUR DE CASSATION

# Rompre un contrat de collaboration libérale : un art difficile !

**RÉSUMÉ.** Le contrat de collaboration libérale est régi par l'article 18 de la loi du 5 août 2005. Un modèle de contrat est proposé par l'Ordre des chirurgiens-dentistes. La rupture de ce contrat est, quant à elle, très peu traitée par la loi précitée. La Cour de cassation comble en partie cette lacune. Elle précise que la faculté de rompre ce contrat est encadrée par l'abus : la rupture abusive est ainsi prohibée. Elle ne donne qu'une illustration d'une résiliation jugée abusive ; celle-ci n'est donc qu'un cas parmi d'autres non encore mis au jour... La Cour de cassation se prononce également sur le délai de préavis qui sépare la notification de la rupture et son effectivité (la fin concrète du contrat). En l'espèce, il est insuffisant, bien qu'il ait été fixé à quatre mois. Le « juste délai de préavis » est entouré d'un voile mystérieux. Enfin, la Cour de cassation reconnaît qu'un collaborateur libéral peut obtenir des dommages-intérêts s'il est victime d'un harcèlement moral.

### LE CONTEXTE.

Le législateur traite peu du contrat de collaboration libérale, à l'exception du célèbre article 18 de la loi du 5 août 2005<sup>(1)</sup>. Cette disposition esquisse une définition : « Le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle ». En creux, il n'est pas un contrat de travail si les éléments de cette

définition sont remplis.

Par ailleurs, le III de ce texte exige que le contrat soit écrit. Le non-respect de cette condition de forme est sanctionné par la nullité, sachant qu'elle se rencontre peu dès lors que le contrat est obligatoirement transmis au conseil départemental de l'Ordre. Ce même III fixe le contenu cadre, les rubriques à insérer dans le contrat. C'est ainsi que doivent être précisées : « 1° Sa durée, indéterminée ou détermi-



née, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement ;

2° Les modalités de la rémunération ;

3° Les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle ;

4° Les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis. »

La rupture est justement le thème d'un arrêt récent rendu par la Cour de cassation<sup>(2)</sup>. En l'espèce, l'on était en présence d'un contrat de collaboration libérale à durée indéterminée rompu par la société. Une lettre de résiliation a été envoyée au collaborateur, laquelle explique les griefs (attitude incorrecte avec l'assistante, retards, laxisme) qui ont conduit la société à mettre fin à la relation. Elle mentionne également un préavis de quatre mois pendant lequel le contrat est exécuté, avant d'être anéanti au terme du préavis. Ce dernier a pour but d'éviter une rupture trop brutale. Le collaborateur conteste en justice la résiliation. À juste titre, selon les juges !

### ANALYSE.

Tout d'abord, la Cour de cassation considère : « Si une partie peut résilier un contrat de collaboration dans le respect des modalités prévues sans avoir à justifier d'un quelconque motif, elle engage sa responsabilité en cas d'abus dans l'exercice de ce droit. » L'arrêt livre deux enseignements. Premièrement, la faculté de mettre fin à un contrat de collaboration libérale à durée indéterminée est – sans surprise – possible, mais l'exercice de cette faculté ne doit pas être jugé abusif, sinon son auteur sera tenu d'indemniser son ancien cocontractant (ici, le collaborateur). Il devra lui verser des dommages-intérêts fixés par le juge<sup>(3)</sup>.

Deuxièmement, la faculté de rompre n'est pas soumise à une obligation de motivation, la haute juridiction employant la locution ➡



➔ « sans avoir à justifier d'un quelconque motif ». En l'espèce, la société a cependant préféré expédier une lettre explicative; elle n'a pas choisi le silence, mais l'expression écrite. Dans ce cas, « mieux vaut ne pas en exciper de mauvais [motifs] »<sup>(4)</sup>. Justement, les juges ont conclu que les motifs invoqués étaient « véniels », « fallacieux », « infondés ». Si l'arrêt ne permet pas au lecteur de forger son opinion sur la réalité, la pertinence des griefs, l'on constate que le juge a opéré un contrôle de ceux-ci et les a écartés. L'abus n'aurait-il pas été plus difficile à prouver en l'absence de motivation écrite? Écrire, quoi écrire, telles sont les questions à se poser.

Ensuite, la Cour de cassation retient l'insuffisance du délai de prévenance de quatre mois. Car la relation contractuelle se « déroulait à la satisfaction mutuelle des parties, que les évaluations du collaborateur étaient positives et s'étaient traduites par une augmentation conséquente de sa rétrocession ». Ce contexte, **ces faits non seulement servent à qualifier la rupture de trop brutale: il aurait fallu un délai entre la notification de la résiliation et son effectivité plus long**, sans que le juge ne nous éclaire sur la durée appropriée... Mais ils invitent aussi à croire au caractère artificiel du motif de résiliation. Bref, si l'article 18 de la loi de 2005 prescrit un « délai de préavis », encore faut-il le déterminer de manière raisonnable, notion peu aisée à saisir concrètement et qui laisse une marge d'appréciation (selon les circonstances, le contexte) non négligeable au juge.

Enfin, les juges étaient saisis du point de savoir si un collaborateur libéral pouvait soutenir l'existence d'un harcèlement moral dont l'associé de la société aurait été coupable. Le harcèlement (moral et sexuel) est connu du droit du travail; il est réprimé dans les rapports employeur et salarié par les

articles 1152-1 à 6 du Code du travail. En revanche, la loi de 2005 qui régit la collaboration libérale est taise sur ce point. Ce mutisme n'empêche pas la Cour de cassation de considérer que **le collaborateur « peut obtenir la réparation du préjudice causé par des faits de harcèlement moral caractérisant un manquement aux obligations essentielles inhérentes au contrat de collaboration »**.

Certes, le harcèlement est une cause de responsabilité civile de son auteur, la victime pouvant être indemnisée, recevoir des dommages-intérêts. Mais les éléments de caractérisation du harcèlement moral étonnent: la méconnaissance d'une obligation essentielle du contrat équivaut-elle à un harcèlement? N'est-ce pas tout simplement un manquement contractuel qui engage la responsabilité contractuelle de son auteur, sans être en sus - véritablement - un harcèlement? En droit du travail, le harcèlement consiste en des « agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ». Ne faudrait-il pas adopter une conception identique du harcèlement dans le cadre libéral et salarié? Quoi qu'il en soit la responsabilité de l'associé coupable de harcèlement est susceptible d'être engagée à titre personnel. ◆

**P<sup>r</sup> David Jacotot**

(1) Loi n° 2005-882.

(2) Cass. Ire civ., 25 mai 2023, n° 21-25333, F-D.

(3) Par le passé, a été jugée abusive la rupture d'un contrat d'exercice médical « intervenue en l'absence de toute faute du médecin de façon imprévisible, sur des motifs totalement fallacieux » - Civ. Ire, 6 juill. 2000, n° 98-12.828, Rev. Droit Sanitaire et Social, 2001, p. 314, obs. G. Mémeteau et M. Harichaux.

(4) L. Molina, L'essentiel droit des contrats, juil. 2023, n° 7, p. 4.



## JURIDIQUE : COUR DE CASSATION

# Les bénéficiaires d'une SEL à une SPFPL sont soumis à cotisations sociales...

**RÉSUMÉ.** Les chirurgiens-dentistes qui ont constitué une société d'exercice libérale (SEL) et une société de participation financière (SPFPL) sont concernés par un arrêt rendu par la Cour de cassation le 19 octobre 2023. La solution ne manquera pas de surprendre. À rebours - à notre connaissance - de la pratique, il a été jugé que les bénéficiaires distribués par la SEL à la SPFPL entrent dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale dues par le chirurgien-dentiste, travailleur indépendant exerçant au sein de la SEL.



### LE CONTEXTE.

L'arrêt rendu par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation<sup>(1)</sup> concerne directement les chirurgiens-dentistes (par effet rebond, d'autres professionnels) qui ont constitué une société d'exercice libéral (SEL) ainsi qu'une société de participation financière (SPFPL), donc deux sociétés distinctes. Sans entrer dans le détail de cette structuration sociétaire,

elle est mobilisée pour des raisons d'optimisation sur les plans fiscal, des cotisations sociales, et plus généralement économique. Certains juristes qui conseillent les professionnels libéraux voient dans cet arrêt une « catastrophe économique »; bref, ils critiquent vertement la solution retenue, non prévisible selon eux, à la lecture de la loi. À l'origine du litige, la décision de la ➔



➔ caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes (CARCDSF) d'intégrer dans l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse dues par un chirurgien-dentiste des dividendes versés par la SEL (au sein de laquelle ledit chirurgien-dentiste exerce son activité professionnelle) à la SPFPL (et non au praticien lui-même). Sachant que ce professionnel de santé détient avec son épouse la totalité des parts de la SPFPL, qui elle détient 99 % de la SEL, le 1 % restant de la SEL étant détenu par le chirurgien-dentiste directement. Si le litige porte sur les cotisations assurance vieillesse, en vérité, la solution touchera par irradiation les cotisations sociales en général. Précisons que le chirurgien-dentiste est, sur le plan social, un travailleur indépendant.

La cour d'appel donne raison à la CARCDSF : l'appel de cotisations supplémentaires au titre de cette distribution de dividendes est justifié. Le chirurgien-dentiste forme alors un pourvoi en cassation ; il espère la consécration d'une solution inverse (pas de cotisation due). En substance, il soutient, d'une part, n'avoir pas perçu les dividendes, versés à la SPFPL ; d'autre part, les dividendes ne sont pas des revenus d'activité versés à un travailleur indépendant. Après l'espoir, la déception ! La Cour de cassation rejette le pourvoi. Pourquoi ?

### ANALYSE.

Les textes législatifs applicables sont les articles L. 131-6, III, du Code de la sécurité sociale et 108 (à 115) du Code général des impôts. Le premier dispose : « entre dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale dues par le travailleur indépendant non agricole la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par ce travailleur, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés [...] »



qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. »

Effectivement, **se posent deux questions : les dividendes ne sont-ils pas des revenus du capital, et non un revenu d'activité professionnelle, à ce titre exclus de l'assiette des cotisations sociales ?** Les revenus visés ne sont-ils pas exclusivement ceux versés au

chirurgien-dentiste et non ceux perçus par la SPFPL, dans ce cas exclus de l'assiette des cotisations sociales dues par le praticien ? Pour confirmer l'intégration des dividendes perçus par la SPFPL dans l'assiette des cotisations dues par le chirurgien-dentiste, la Cour de cassation retient le raisonnement suivant. Les « bénéfices de la société d'exercice libéral, au sein de laquelle le travailleur indépendant exerce son activité, constituent le pro-

duit de son activité professionnelle », et ce, « y compris lorsque ces bénéfices sont distribués à la société de participations financières de profession libérale (SPFPL) qui détient le capital de la société d'exercice libéral. »

La Cour ajoute : « le chirurgien-dentiste est le seul associé professionnel en exercice au sein de la SELARL et le seul à générer des revenus permettant de constituer les dividendes distribués à la SPFPL, dans laquelle lui et son conjoint sont les deux seuls détenteurs de parts sociales [...] ces dividendes correspondent à la rémunération d'un travail plutôt qu'à des revenus d'un patrimoine (peu important que la SPFPL soit une société distincte soumise à l'impôt sur les sociétés et non à l'impôt sur le revenu) ».

Si le raisonnement de la Cour de cassation peine à convaincre totalement, il nous semble animé d'une volonté de contrer les montages ayant pour objet ou pour effet l'optimisation des cotisations sociales. Cependant, les effets d'un tel arrêt pour le passé et l'avenir ne sont pas négligeables et pourraient dépasser le seul domaine des cotisations sociales.

En outre, cet arrêt invite à formuler d'autres interrogations. Les dividendes versés cette fois-ci par la SPFPL au contribuable sont-ils eux aussi soumis à cotisations sociales ? Un chirurgien-dentiste peut-il être doublement assujéti ? La Cour de cassation a souligné qu'en l'espèce, le chirurgien-dentiste est « le seul associé en exercice au sein de la SEL (le seul à générer des revenus) ». La solution est-elle la même si la SEL est composée de plusieurs chirurgiens-dentistes qui exercent ? Autant dire que les professionnels de santé ont tout intérêt à prendre attache auprès d'un conseiller... ♦

P<sup>r</sup> David Jacotot

(1) 19 oct. 2023, n° 21-20.366, F-B.



**PR JACQUES-OLMIERPERS**  
Président de l'Institut français pour la recherche en odontologie (Ifro)



Ces trente dernières années, de nombreuses innovations technologiques et biologiques ont révolutionné la pratique en odontologie. L'avènement de la réhabilitation implantaire, le flux numérique, le développement de biomatériaux de régénération, le diagnostic génétique des patients, l'immunothérapie n'en sont que des exemples. Ces révolutions sont le fruit d'une démarche collégiale alliant les compétences en recherche de multiples équipes internationales qui apportent des réponses à des constats cliniques faits par des professionnels engagés: chaque innovation scientifique trouve un sens dans une démarche collective unissant le monde académique et industriel.

Depuis vingt-trois ans, l'Institut français pour la recherche en odontologie (Ifro) finance des projets de recherche dans le but d'accroître les connaissances dans tous les domaines de la médecine bucco-dentaire. Son pari: promouvoir la recherche, trouver des partenaires pour la soutenir, pour l'encourager. Un objectif qui dépasse la simple dimension financière avec la volonté de soutenir et renforcer une culture de la recherche en odontologie.

Pour garantir l'indépendance nécessaire à la sérénité de ses décisions, un conseil scientifique – présidé aujourd'hui par le Pr Marjolaine Gosset – composé de dix membres examine les demandes de subventions et de bourses adressées à l'Institut.

Chaque année, environ 20 dossiers sont soumis au conseil d'administration de l'Ifro avec, en moyenne, trois à quatre lauréats. Chaque lauréat met le pied à l'étrier, dispose de données préliminaires, et son projet devient un tremplin pour des projets de plus grande envergure (régionaux, nationaux, européens).

De plus, les lauréats présentent les résultats de leurs travaux lors d'une séance scientifique du

congrès annuel de l'ADF ouverte à tous. Si l'Ifro devait se résumer en chiffres, ce serait, depuis 2000, quatre présidents (Michel Goldberg, Henri Magloire, Martine Bonnaure-Mallet et votre serviteur), cinq présidents scientifiques, 35 experts cliniciens-chercheurs français et étrangers, membres du conseil scientifique, 146 lauréats d'une subvention ou d'une bourse de laboratoire et, enfin, 1,4 million d'euros au bénéfice de la recherche et plus de 100 publications internationales.

« Avec la volonté de renforcer une culture de la recherche, le pari de l'Ifro dépasse la seule dimension financière. »

L'un de nos objectifs est que l'Ifro devienne maître d'œuvre de projets de recherche transversaux maillés sous forme de réseau national. Plusieurs laboratoires français parmi les 88 recensés par l'Ifro sont aujourd'hui mobilisés pour la création d'un institut de recherche en odontologie sur le modèle Carnot, institut hors mur qui concrétiserait la maturité de la recherche dans notre discipline. La recherche partenariale est un atout et, dans notre discipline en constante évolution, elle constitue le terrain fertile pour les innovations de demain.

Les ressources de l'Ifro, association de loi 1901, proviennent de dons, de subventions et de contributions. Sans mécénat, l'Ifro ne pourrait exercer ses missions.

Grâce soit rendue ici à ses trois financeurs majeurs, l'ADF, Pierre-Fabre et Colgate, ainsi qu'aux contributeurs lui apportant un soutien constant: Septodont, la Société d'odontologie pédiatrique, le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, les Chirurgiens-dentistes de France et le Comident. ♦

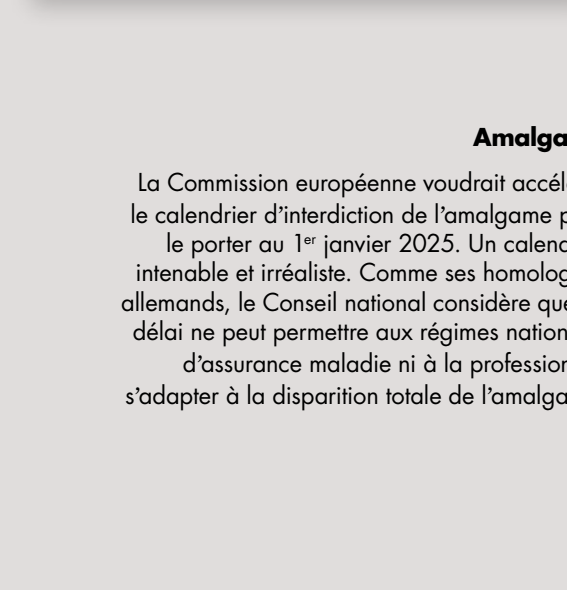
En savoir +: [www.ifro.eu/](http://www.ifro.eu/)

L'ESSENTIEL



**Régulation dentaire dans les centres 15**

C'est (presque) fait: la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, adoptée à l'Assemblée nationale le 4 novembre et en examen au Sénat au moment où nous bouclons ce numéro, généralise la régulation des soins dentaires d'urgence les dimanches et jours fériés via les centres 15.



**Amalgame**

La Commission européenne voudrait accélérer le calendrier d'interdiction de l'amalgame pour le porter au 1<sup>er</sup> janvier 2025. Un calendrier intenable et irréaliste. Comme ses homologues allemands, le Conseil national considère que ce délai ne peut permettre aux régimes nationaux d'assurance maladie ni à la profession de s'adapter à la disparition totale de l'amalgame.



**La face cachée de la désertification**

Plus de 30 % des Français vivent aujourd'hui dans un désert médical; un chiffre qui donne la mesure de la crise de l'accès aux soins dans nos territoires. Dans ce contexte très tendu, l'Ordre subit une pression croissante. La liste des conflits d'intérêts entre volonté d'agir localement pour satisfaire les besoins de la population et respect des règles visant à assurer la sécurité et la qualité des soins s'allonge chaque jour.



# Étudiants de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année

**Participez au concours  
de déontologie le 23 mars 2024 !**



**Date limite d'inscription  
23 février 2024**

**Toutes les infos  
[www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/pour-letudiant/  
concours-de-deontologie-2024/](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/pour-letudiant/concours-de-deontologie-2024/)**

**Inscription  
[concoursdeontologie2024@oncd.org](mailto:concoursdeontologie2024@oncd.org)  
L'épreuve se déroulera à 11 heures, au siège du Conseil national  
à Paris (prise en charge des frais de transport).**

**Premier prix: 3 000 € - Deuxième prix: 2 000 € - Troisième prix: 1 000 €**

