

**Amalgames : un courrier à Marisol Touraine**

**p.14**

**Dernier acte pour le déploiement des CPS**

**p.18**

**Seuil de TVA inchangé pour les rétrocessions d'honoraires**

**p.10**

**DOSSIER DU PATIENT**

## Enquête auprès des praticiens



# 4

## L'ÉVÉNEMENT

### Dossier du patient : enquête auprès des praticiens

## ACTUALITÉS

- 10** TVA ET COLLABORATION LIBÉRALE  
Rétrocession d'honoraires :  
le seuil de TVA inchangé
- 11** EXERCICE 2011 DU CONSEIL NATIONAL  
Une maîtrise des comptes  
de l'Ordre en 2011
- 14** SANTÉ PUBLIQUE Amalgames :  
un courrier à Marisol Touraine
- 17** COUR D'APPEL DE MONTPELLIER  
Aude : une condamnation  
pour exercice illégal
- 18** CARTE DE PROFESSIONNEL DE SANTÉ  
La carte CPS devient un outil  
incontournable
- 20** EXPERTISE Un appel à candidatures  
de l'ANSM
- 21** SCP ET SEL Immatriculation  
des cabinets secondaires
- 22** PRÉCARITÉ ET SOINS DENTAIRE  
Interview d'Isabelle Thiébot  
(Croix-Rouge et AOI)
- 25** EN BREF

## JURIDIQUE

- 26** NGAP  
Une lecture très stricte  
de la nomenclature
- 28** CONSEIL D'ÉTAT  
Être ou ne pas être radié ?
- 31** PROCÉDURES COLLECTIVES  
Comment le droit des faillites  
s'est appliqué au praticien libéral

## PORTRAIT

- 34** PHILIPPE BRENIER  
L'école de Nice

## LA LETTRE EXPRESS

- 35** CE QU'IL FAUT RETENIR  
POUR VOTRE EXERCICE

Plus d'info sur

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





Christian Couzinou  
Président  
du Conseil national

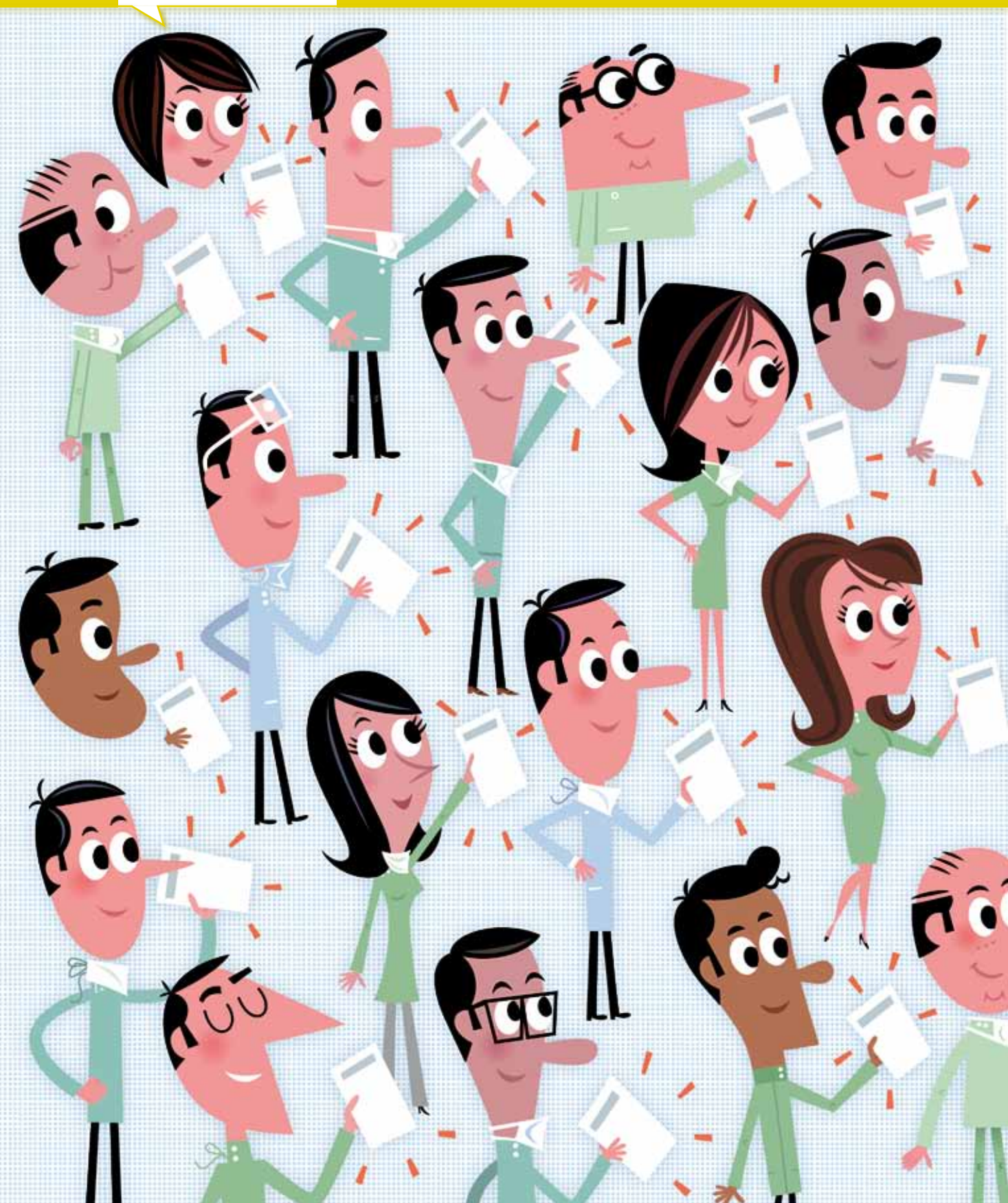
# Urgence

Le Conseil national a activement soutenu la création récente du Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire, qui regroupe les représentants des enseignants, des syndicats et des sociétés savantes de notre profession et dont la mission

**« La bonne tenue du dossier du patient doit concrétiser notre entrée dans l'ère de la qualité et de la coordination des soins. »**

consiste, en lien avec la Haute Autorité de santé, dans l'élaboration de recommandations de bonne pratique.

Mieux encore, si l'on peut dire, l'Ordre sait infiniment gré au Collège de lancer ses premiers travaux sur la question urgente du dossier du patient en médecine bucco-dentaire. Pourquoi urgente ? Parce que les signaux parvenant à l'Ordre, en particulier ceux émanant des experts judiciaires, se font chaque jour plus inquiétants s'agissant du contenu et de la gestion des dossiers patients par certains praticiens. Dans son étude préalable à l'élaboration d'une recommandation sur le dossier médical, le Collège fait d'ailleurs état des mêmes signaux. Ne nous méprenons pas : en matière de tenue et de gestion du dossier du patient, notre profession n'est ni moins ni plus avancée que les autres professions médicales et de santé. Dans la médecine dentaire comme dans les autres disciplines médicales, on ne modifie pas en quelques années un comportement profondément ancré dans l'oralité : le colloque singulier entre le patient et le soignant se joue d'abord dans le dialogue. Certes, notre rapport au patient a radicalement évolué depuis une quinzaine d'années et le paternalisme médical est définitivement en voie d'extinction. Mais aujourd'hui, la bonne tenue du dossier du patient doit désormais concrétiser cette entrée dans une nouvelle ère. Celle du respect des droits du patient, de l'amélioration de la qualité des soins, de la traçabilité des actes et de la coordination des soins avec les autres professions médicales. Bonne rentrée à toutes et à tous.



# Pourquoi un questionnaire sur le dossier du patient ?

Émanation de la profession, le Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire propose un questionnaire aux praticiens en vue d'une recommandation de bonne pratique sur le dossier du patient. L'Ordre s'associe à cette démarche et invite les praticiens à répondre nombreux à cette enquête.



**V**ous trouverez, encarté dans ce numéro de *La Lettre*, un questionnaire vous étant destiné et portant sur votre pratique en termes de gestion et de contenu de vos dossiers patients. L'Ordre invite les praticiens à renseigner ce questionnaire et à le renvoyer au Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire<sup>(1)</sup>, organisme représentant toute la profession et travaillant à l'élaboration, en lien avec la Haute Autorité de santé (HAS), d'une recommandation de bonne pratique portant sur le dossier médical du patient. Ce questionnaire constitue une étape initiale importante puisqu'il servira, entre autres, à mesurer l'évolution de nos pratiques une fois la recommandation publiée, d'ici à la fin 2013. Le Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire a présenté avec succès à la HAS une note de cadrage sur ce dossier. La Commission des recommandations de bonne pratique de la HAS a en effet voté, à une très large majorité des voix, en faveur de l'élaboration de cette recommandation par le

Collège. Garant de la santé publique bucco-dentaire, l'Ordre s'associe donc volontiers à cette démarche. Il n'est pas inutile de préciser que le principe qui va prélude à cette recommandation consiste, comme l'expliquent Christian Decloquement, président du Collège, et Marc Sabek, chef de projet sur cette recommandation, dans la prise en compte de la réalité de l'exercice quotidien au cabinet dentaire. Le Collège s'est en effet fixé comme objectif de proposer une « *déclinaison pratique des règles [régissant le dossier du patient], suivant un schéma applicable quel que soit le mode d'exercice* ».

Pour mieux comprendre les enjeux et les modalités de ce travail, on pourra lire, pages suivantes, l'article de présentation proposé par MM. Decloquement et Sabek ainsi que leur interview. L'Ordre réitère son invitation afin que les confrères répondent très nombreux au questionnaire proposé par le Collège. ■

(1) Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire – 7, rue Mariotte – 750017 Paris.



# Dossier du patient : l'outil et son perfectionnement

Par Christian Decloquement et Marc Sabek

**C**omme dans toute discipline médicale, le dossier du patient en médecine bucco-dentaire est devenu un outil central pour le praticien et un droit pour chaque patient.

En mai 2000, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) avait mis au point la recommandation pour la tenue de ce dossier. Depuis, s'il n'y a pas eu de véritables bouleversements dans les règles qui encadrent ce dossier, de nombreuses évolutions législatives, réglemen-

taires et jurisprudentielles sont venues en préciser le contour, le contenu, la conservation et la communication.

Sans être exhaustif, on peut rappeler la loi du 4 mars 2002 et l'accès du patient à son dossier, la loi du 13 août 2004 et la création du DMP (dossier médical personnel) qui entre actuellement dans sa dernière phase de mise en œuvre, ou encore les nombreuses décisions jurisprudentielles qui assoient un droit objectif du patient à toute information concernant son état de santé.

12 ans après, la recommandation de l'Anaes se trouve ainsi largement dépassée.

Ce « mouvement normatif » incessant ne s'est malheureusement pas accompagné d'une évaluation de notre pratique en la matière. Comment ces règles sont-elles appliquées et quels moyens utilisons-nous pour les respecter ? Tout chirurgien-dentiste connaît les contraintes de l'exercice et la difficulté matérielle d'une tenue régulière des dossiers. Mais la variation des modes d'exercice et la diversité

des connaissances sur nos obligations rendent aléatoire toute appréciation subjective qui ne tiendrait compte que de ce qui est prescrit sans intégrer ce qui est possible.

Et c'est bien dans cette perspective, celle de conjuguer ce qui est obligatoire avec des moyens réalistes de le mettre en œuvre, que le Collège de bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire (CBPMBD) a entrepris la mise à jour de la recommandation. Il ne

s'agit pas seulement d'intégrer les nouvelles « *normes juridiques* » comme celles évoquées ci-dessus. L'ambition du groupe de travail est de trouver des déclinaisons concrètes et positives de ces normes, applicables dans l'exercice quotidien de chacun.

Pour atteindre un tel résultat, nous avons besoin d'un état des lieux, d'un constat de départ : les informations collectées dans le dossier, leur protection, leur communication, etc. C'est l'objet

## L'ESSENTIEL

✓ Le Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire, émanation de la profession, travaille, en lien avec la HAS, à une première recommandation de bonne pratique sur le dossier du patient.

✓ Dans le cadre de cette recommandation, qui doit voir le jour à la fin 2013, le Collège lance une enquête auprès des praticiens sur la tenue et la gestion de leurs dossiers patients.

✓ Cette initiative est soutenue par le Conseil national de l'Ordre, qui invite les confrères à remplir et renvoyer le questionnaire au Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire.

### DOSSIER DU PATIENT : ENQUÊTE AUPRÈS DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire  
En partenariat avec l'Ordre national des chirurgiens-dentistes

#### Vous êtes :

Une femme  Un homme  Votre lieu d'exercice : Urbain  Péri-urbain  Rural

Année d'obtention de votre diplôme : .....

Vous exercez en : Salaré  Libéral  SEL ou SCP

Vous employez du personnel : Oui  Non  Si oui : Assistante  Secrétaire

#### Vos dossiers patients sont :

Informatisés  Sur papier  Mixte (papier et informatique)

Font-ils l'objet d'une déclaration à la Cnil? Oui  Non

Si vos dossiers patients sont informatisés :

- Font-ils l'objet d'un contrat de maintenance? Oui  Non

- Sont-ils périodiquement sauvegardés? Oui  Non

#### Quel est le contenu administratif de vos dossiers patients ?

Nom, prénom du patient  Date de naissance  Adresse  n° de sécurité sociale  n° de téléphone

#### Quelles sont les données médicales mentionnées dans vos dossiers patients ?

Coordonnées du médecin traitant

Antécédents médicaux, chirurgicaux, médicaments

Résultats des examens biologiques

Habitudes (alimentation, alcool, tabac, drogue, piercing)

Correspondances avec les professionnels de santé

Vos prescriptions

Actualisation des données ci-dessus

Synthèse de l'examen clinique

Résultats des examens complémentaires

Diagnostic

Plan de traitement

Nature des actes réalisés

Incidents et complications

Déclarations de conformité (prothèses)

Références des produits et matériaux

#### L'accès au dossier patient

Au cours des dix dernières années, combien de fois avez-vous communiqué un dossier à un patient sur sa demande ?

Pour quel(s) motif(s) :

Litige  Changement de domicile  Changement de praticien

Autre (précisez) : .....

Quelle est votre réaction face à une demande de communication du dossier d'un patient formulée par un tiers

(mutuelles, assurances complémentaires) :

Accord  Refus

Autre (précisez) : .....

Merci de renvoyer le questionnaire complété à :

Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire - 7, rue Mariotte - 75017 Paris

de l'étude nationale, conduite par le CBPMBD en partenariat avec le Conseil national de l'Ordre, à laquelle chacun de nous est invité à participer. Pour que l'état des lieux soit véritablement le résultat d'un constat collectif et le reflet le plus fidèle de nos pratiques et de nos difficultés dans la tenue du dossier du patient.

Le perfectionnement de cet outil, de cette « *mémoire de la relation médicale* », ne se conçoit que pour mieux servir ceux qui doivent l'utiliser tous les jours. En consacrant cinq minutes pour répondre à l'étude accompagnant ce numéro de *La Lettre*, chacun de nous rapprochera notre profession de cet objectif. ■

# « Prendre en compte les contraintes de l'exercice »

Entretien avec Christian Decloquement, président du Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire (CBPMBD), et Marc Sabek, chef de projet pour la recommandation de bonne pratique sur le dossier du patient en médecine buccale.

**Qu'est-ce que le Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire (CBPMBD) et quelle est sa légitimité à travailler à des recommandations sur le dossier du patient en pratique bucco-dentaire ?**



**Christian Decloquement :** La loi HPST a défini le développement professionnel continu (DPC) et des Collèges de bonnes pratiques ont été constitués dans chaque profession médicale. Notre Collège a une double mission : travailler, en lien avec la HAS, sur des recommandations de bonne pratique et, par ailleurs, mettre en musique le chantier de l'évaluation des pratiques professionnelles (ÉPP). Une fois passé le choc de la disparition programmée du CNFCO, nous avons considéré que la profession devait prendre en main son destin s'agissant du

DPC et de l'ÉPP : c'est pourquoi nous avons créé le CBPMBD en 2011. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés des principes appliqués au CNFCO puisque toute la profession y est représentée au sein de trois collèges : les enseignants, les syndicats et, enfin, les sociétés scientifiques. Quant au Conseil national de l'Ordre, il est systématiquement associé aux travaux du CBPMBD. C'est dans ce contexte que le Collège a proposé à la HAS d'élaborer une première recommandation sur le dossier du patient en médecine bucco-dentaire.

**L'initiative de travailler sur une recommandation portant sur le dossier du patient revient au Collège et non pas à la HAS ?**

**Christian Decloquement :** Oui. Nous préparons d'ailleurs des projets sur d'autres thématiques, comme le diabète par exemple. Pour ce faire, le Collège applique une méthodologie définie par la HAS. Nous avons ainsi présenté une note de cadrage devant la Commission des recommandations de bonne pratique de la HAS, qui l'a approuvée à une

très forte majorité. Il faut bien comprendre que le CBPMBD est une émanation de la profession chargée d'établir le lien avec la HAS sur les recommandations de bonne pratique et l'ÉPP. Concrètement, le CBPMBD, composé de professionnels bénévoles, est hébergé par l'ADF.

**Un mot sur l'évaluation des pratiques : vous n'ignorez pas que ce sujet fait parfois un peu peur au sein de la profession puisqu'il convoque des notions de contrôle et de coercition...**

**Christian Decloquement :** Ce n'est pas comme cela qu'il faut regarder l'ÉPP, même si je sais que notre profession, massivement libérale, ne regarde pas les obligations avec beaucoup de tendresse. Schématiquement, le DPC comprend deux volets : la formation continue et l'évaluation des pratiques. L'ÉPP est un concept totalement nouveau et il représente, je l'ai dit, le deuxième volet de l'activité du Collège. Le principe de l'ÉPP n'est pas la punition. Il est un outil permettant au praticien d'interroger sa pratique et de progresser. En pra-



tique, les praticiens travailleront avec un « facilitateur » autour d'une question, par exemple le dossier du patient, à partir des recommandations de bonne pratique du Collège. Ce n'est pas un dispositif de coercition, c'est un outil pour être plus efficace au quotidien de son exercice.

**Revenons à la recommandation sur le dossier du patient. Comment concilier le respect des obligations législatives et réglementaires et la pratique au quotidien ?**



**Marc Sabek :** L'empilement des normes réglementaires et législatives, les évolutions jurisprudentielles, la création du DMP (dossier médical personnel) rendent les choses un peu complexes, c'est vrai. Le grand enjeu de ce travail consistera précisément à réaliser une synthèse entre une bonne gestion du dossier du patient et les conditions de l'exercice au quotidien. Permettez-moi cette anecdote : j'ai participé à l'élaboration de la dernière recommandation en date portant sur le dossier du patient en odontologie, publiée par l'ex-Anaes en 2000. Je me

souviens avoir dû insister pour que figure explicitement la mention selon laquelle la tenue du dossier du patient devait être compatible avec les moyens mis à la disposition du praticien au cabinet dentaire. Cette question est, bien sûr, toujours actuelle, et le défi majeur consistera en effet à concilier la bonne tenue des dossiers des patients avec les contraintes d'un exercice au quotidien.

**Pourquoi ce questionnaire proposé aux praticiens sur leur gestion des dossiers des patients dans le cadre de l'élaboration de la recommandation ?**

**Marc Sabek :** Nous nous sommes fixé comme objectif de publier la recommandation d'ici à la fin 2013. À partir de 2014, débutera une période de cinq ans à l'issue de laquelle nous procéderons à une évaluation de l'impact de cette recommandation sur nos pratiques en termes de gestion et de contenu des dossiers des patients. Or, pour établir une comparaison, nous avons besoin d'un état initial. C'est à cela que va servir l'enquête auprès des praticiens.

**En l'absence d'études statistiques disponibles, que vous relevez d'ailleurs dans votre note de cadrage présentée à la HAS, quel état des lieux peut-on dresser aujourd'hui sur la pratique des chirurgiens-dentistes ?**

**Marc Sabek :** Il s'agit d'un constat basé sur des données empiriques, à l'image des retours d'expérience émanant des experts judiciaires de la profession, qui s'alarment de la mauvaise tenue des dossiers médicaux, voire de leur absence

pure et simple. On peut raisonnablement avancer qu'aujourd'hui il existe un décalage important entre les normes et leur application sur le terrain. Notre objectif est de rendre applicables ces normes et d'harmoniser les pratiques au sein de notre profession. C'est un objectif ambitieux et c'est pourquoi j'y travaille entouré d'une équipe compétente, constituée notamment du P<sup>r</sup> Sophie Doméjean, de la faculté d'odontologie de Clermont-Ferrand, ainsi que du D<sup>r</sup> Thierry Draussin, très expérimenté dans le travail collaboratif avec la HAS.

**Dernière question très concrète, quel est selon vous le niveau d'acceptation, traduit en minutes, au-delà duquel le praticien renonce à renseigner ses dossiers patients ?**

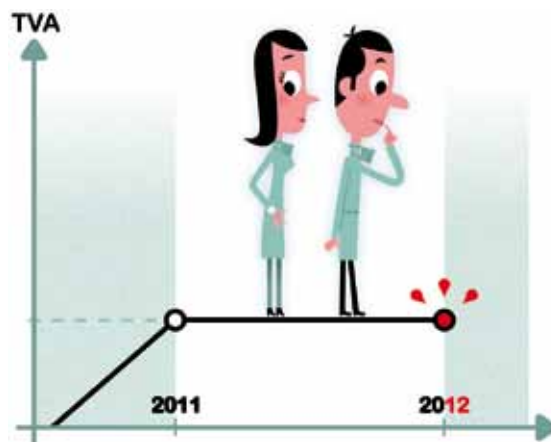
**Marc Sabek :** C'est une mauvaise approche, hélas très répandue dans les professions médicales, et qui trompe les praticiens ! Remplir le dossier d'un patient n'est pas du temps perdu ! Rédiger un plan de traitement complexe, par exemple, aide à structurer une pensée médicale, puis à la traduire au patient, à l'en informer. La contrainte « dossier du patient » doit être transformée en une démarche positive. En prenant le temps d'informer notre patient, en faisant la démonstration que nous maîtrisons son cas, ses antécédents, nous faisons la promotion de notre exercice. Ce n'est pas du temps perdu. Le vrai défi, dans ce dossier, c'est de rendre positif et progressif pour le praticien ce qu'il perçoit *a priori* comme une contrainte. ■

# Rétrocession d'honoraires : le seuil de TVA inchangé

Pour la collaboration libérale et le remplacement libéral, rigueur oblige, le seuil légal de rétrocession d'honoraires au-delà duquel la franchise de TVA ne s'applique plus restera identique en 2012 à celui de 2011.

**P**lan de rigueur oblige, les seuils que les professionnels ne devront pas dépasser en 2012 pour continuer à bénéficier du régime de la franchise en base de TVA, en application de l'article 293 B du Code général des impôts, restent identiques à ceux de 2011, contrairement à ce qui avait été annoncé par le projet de loi de finances pour 2012. Ils étaient en effet initialement prévus à 33 300 euros et 35 300 euros, ce qui ne sera donc pas le cas. Rappelons que, depuis 2009, les seuils de chiffres d'affaires permettant de bénéficier du régime de la franchise en base de TVA étaient actualisés chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu.

Mais en raison du déficit public excessif, la loi de finances a gelé, à compter de l'imposition des revenus



de l'année 2011, l'évolution du barème de l'impôt sur le revenu.

La Direction générale des finances publiques (DGFiP), dans son instruction fiscale <sup>(1)</sup>, confirme ainsi : « Les seuils de chiffre d'affaires relatifs au régime de la franchise en base ne seront pas actualisés pour 2012. Les seuils 2011 sont donc maintenus pour l'année 2012. [...] »

Pour les prestations de services, c'est-à-dire, concernant l'exercice de notre profession, la collaboration libérale et le remplace-

ment libéral, le seuil légal reste donc à 32 600 euros, et le seuil de tolérance à 34 600 euros.

Ainsi, si la rétrocession du collaborateur libéral au ti-

tulaire (personne physique ou société d'exercice) :

- est supérieure à 32 600 euros HT, mais reste inférieure à 34 600 euros HT, la franchise de TVA est maintenue jusqu'à la fin de l'année;
- est supérieure à 34 600 euros HT, il y a perte de la franchise à compter du premier jour du mois de franchise...

Pour mémoire, si la TVA est due, elle s'applique à partir du premier euro de rétrocession. ■

André Micouleau

(1) BOI n° 3 F-1-12.

## L'ESSENTIEL

- ✓ Rigueur oblige, la loi de finances 2012 a gelé l'évolution du barème de l'impôt sur le revenu.
- ✓ Comme pour 2011, le seuil 2012, s'agissant des rétrocessions d'honoraires, est maintenu à 32 600 euros HT avec un seuil de tolérance à 34 600 euros HT.
- ✓ Si les honoraires rétrocedés par le collaborateur libéral au titulaire ou ceux perçus par le(s) remplaçant(s) de ce dernier dépassent 34 600 euros HT, il y a perte de la franchise de TVA.

# Une maîtrise des comptes de l'Ordre en 2011

L'exercice 2011 du Conseil national a été marqué par la poursuite de sa politique de soutien aux conseils départementaux et régionaux.

La présentation des comptes annuels du Conseil national ne peut pas commencer sans un hommage à Jean-Martin Vadella, auquel je succède en tant que président de la Commission des finances. Homme d'une grande probité, doté d'un sens de l'engagement qui ne s'est jamais démenti, Jean-Martin Vadella, qui ne se représentait pas au Conseil national, aura présidé cette Commission des finances avec le souci constant de l'intérêt de la profession... et des grands équilibres budgétaires de l'institution ordinale. L'année 2011 est précisément marquée par une gestion maîtrisée. La politique de modernisation de l'Ordre, notamment à travers un effort particulier envers les conseils départementaux et régionaux, a été reconduite. Ce soutien aux régions

et départements consiste dans une politique d'accès à la propriété des conseils départementaux et régionaux avec l'octroi de prêts à taux zéro. 2011 a été également marquée par la poursuite du développement du logiciel RPPS ainsi que le développement des supports informatiques aux conseils départementaux et régionaux. Par ailleurs la politique de formation (contrats, visites des cabinets dentaires, normes d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, etc.) s'est poursuivie.

Enfin, le Conseil national a accordé des aides aux conseils départementaux dans des affaires d'éclaircissement dentaire et de lutte contre l'exercice illégal.

Les comptes 2011 du Conseil national ont été « certifiés sans réserve » par le commissaire aux comptes (voir ci-contre). ■

Michel Dubois

## RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX COMPTES SUR LES COMPTES ANNUELS Exercice clos le 31 décembre 2011

En exécution de la mission qui nous a été confiée par les membres du Conseil National réunis en session plénière le 11 décembre 2009, nous vous présentons notre rapport relatif à l'exercice clos le 31 décembre 2011 sur :

- le contrôle des comptes annuels de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, tels qu'ils sont joints au présent rapport,
- la justification de nos appréciations,
- les vérifications et informations spécifiques prévues par la loi.

Les comptes annuels ont été arrêtés par le trésorier. Il nous appartient, sur la base de notre audit, d'exprimer une opinion sur ces comptes.

### I - OPINION SUR LES COMPTES ANNUELS

Nous avons effectué notre audit selon les normes d'exercice professionnel applicables en France ; ces normes requièrent la mise en oeuvre de diligences permettant d'obtenir l'assurance raisonnable que les comptes annuels ne comportent pas d'anomalies significatives. Un audit consiste à vérifier par sondages ou au moyen d'autres méthodes de sélection, les éléments justifiant des montants et informations figurant dans les comptes annuels. Il consiste également à apprécier les principes comptables suivis, les estimations significatives retenues et la présentation d'ensemble des comptes. Nous estimons que les éléments que nous avons collectés sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion.

Nous certifions que les comptes annuels sont, au regard des règles et principes comptables français, réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine à la fin de cet exercice.

### II - JUSTIFICATION DES APPRECIATIONS

En application des dispositions de l'article L 823-9 du Code de Commerce relatives à la justification de nos appréciations, nous vous informons que les appréciations auxquelles nous avons procédé pour émettre l'opinion ci-dessus, portant notamment sur les principes comptables suivis et les estimations significatives retenues pour l'arrêté des comptes, ainsi que leur présentation d'ensemble, n'appellent pas de commentaire particulier.

### III - VERIFICATIONS ET INFORMATIONS SPECIFIQUES

Nous avons également procédé, conformément aux normes d'exercice professionnel applicables en France, aux vérifications spécifiques prévues par la loi.

Nous n'avons pas d'observation à formuler sur la sincérité et la concordance avec les comptes annuels des informations données dans le rapport de la commission des finances et dans les documents adressés aux membres sur la situation financière et les comptes annuels.

Paris, le 4 juin 2012

C.M.S. EXPERTS ASSOCIES

Commissaire aux Comptes

Membre de la Compagnie Régionale de Paris

Philippe CLEMENT  
Associé



## LES COMPTES DU CONSEIL NATIONAL au 31 décembre 2011

PRODUITS	
Cotisations ordinales (année 2011 + arriéré des années antérieures)	7 989 286
Autres produits de gestion courante	128 764
Reprise de provisions	1 078 200
Produits exceptionnels et financiers	449 195
<b>Total des produits</b>	<b>9 645 445</b>

CHARGES	
<b>Charges spécifiques</b>	<b>1 341 626</b>
<b>Harmonisation – Péréquation</b> (aide aux conseils départementaux et régionaux)	<b>452 030</b>
<b>Statut des élus</b> (versements aux conseils départementaux et régionaux pour leurs élus)	<b>606 000</b>
<b>Solidarité</b> (secours envers les confrères âgés ou malades, les veuves et orphelins de confrères, les cas exceptionnels, etc.)	<b>42 073</b>
<b>Actions de communication</b>	<b>108 073</b>
<b>Subventions</b>	<b>133 450</b>
Bus social dentaire (action humanitaire)	40 000
AOI	3 000
AFIO	9 000
UFSBD	37 200
Académie nationale de chirurgie dentaire	20 000
UNECD	7 000
Divers (dont prix du Conseil national remis par l'Académie dentaire)	17 250

<b>Charges de fonctionnement</b>	<b>3 574 699</b>
<b>Charges de salaires</b>	<b>1 402 901</b>
Appointements	1 380 965
Primes de transport	18 582
Primes de vacances aux enfants du personnel	3 363
<b>Charges sociales</b>	<b>754 809</b>
Urssaf + Agessa	441 177
Retraite UGRR (cadres et non-cadres)	126 470
Retraite Médéric (cadres)	44 960
Assédic (Garp)	59 845
Mutuelle	44 367
Tickets restaurant	35 146
Médecine du travail, pharmacie, chèques Lire	2 844
<b>Impôts et taxes</b>	<b>280 133</b>
Taxes sur les salaires	148 984
Autres impôts et taxes (taxes foncières, autres impôts locaux, taxe de formation continue, redevance TV, effort de construction, contribution pour emploi handicapés...)	131 149

<b>Charges des immeubles (Émile-Ménier et Spontini)</b>	<b>82 106</b>
Eau	1 447
EDF-GDF	27 665
Fournitures d'entretien et achat de petit matériel	14 428
Entretien et réparations	10 968
Assurances multirisques	3 895
Charges locatives	23 703
<b>Transports et remboursements de frais</b>	<b>1 054 750</b>
Frais de réunions et de séjours	602 852
Frais de déplacements	350 463
Frais d'intendance	99 304
Transports de biens	2 131
<b>Services extérieurs</b>	<b>4 576 283</b>
<b>Services administratifs</b>	<b>142 167</b>
Fournitures de bureau	49 566
Location de matériel	40 168
Locaux Bruxelles	10 796
Maintenances diverses	41 637
<b>La Lettre du CNO et frais de télécommunication</b>	<b>1 367 440</b>
<i>La Lettre</i> (mensuel du Conseil national)	520 726
Brochures & autres publications	13 053
Affranchissement (dont affranchissement de <i>La Lettre</i> )	384 006
Téléphone	394 248
Internet, création et hébergement	55 407
<b>Frais divers de gestion</b>	<b>3 066 676</b>
Documentation	13 064
Honoraires divers	352 620
Assurances risques d'exploitation	24 712
Cadeaux, décorations, fleurs pour obsèques...	17 019
Frais de banque	54 269
Frais d'actes et de contentieux	8 851
Cotisations diverses, pourboires et dons, frais d'annonce des élections	500
Frais d'archivage	4 833
Cartes professionnelles	19 196
Charges diverses de gestion courante	39 813
Dotations aux immobilisations et provision	569 200
Charges exceptionnelles et financières	1 962 599
<b>Total des charges</b>	<b>9 492 608</b>
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>152 837</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9 645 445</b>

# Amalgames : un courrier de l'Ordre et de l'ADF à Marisol Touraine

Nous publions ci-dessous un courrier cosigné du président du Conseil national de l'Ordre, Christian Couzinou, et des secrétaires généraux de l'ADF, Joël Trouillet et Jean-Patrick Druo.

« **L**a quatrième session du Comité de négociation intergouvernemental (INC4) du programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE), dont l'objectif est d'élaborer un instrument international juridiquement contraignant sur le mercure, s'est tenue du 27 juin au 2 juillet à Punta del Este, Uruguay. L'INC3 s'est réuni du 31 octobre au 4 novembre [2011] à Nairobi, Kenya. L'INC5 se tiendra à Genève, Suisse, en janvier 2013, pour clore les négociations sur le traité. Le texte sera ensuite présenté pour signature en 2013 lors d'une conférence diplomatique au Japon. L'Association dentaire française (ADF), avec ses 26 organisations membres, représente plus de 30 000 chirurgiens dentistes. L'ADF s'investit pleinement dans la santé



bucco-dentaire au service des patients. Avec le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, au nom

de toute la profession, nous vous demandons, membres du gouvernement français, d'intervenir dans les négociations

en cours concernant un accord contraignant sur le mercure. Une petite partie de ce projet a trait à l'amalgame

dentaire, un matériau de restauration dentaire nécessaire pour dispenser les soins les plus efficaces dans des situations cliniques spécifiques et dont la dangerosité n'a pas été prouvée (rapports du Scenihp et du Scher de mai 2008 – Comités scientifiques de la Commission européenne – et rapport de l'Afssaps de mai 2005).

Nous vous sollicitons pour vous opposer dans ces négociations à toute mesure visant à interdire ou limi-

ter l'utilisation de l'amalgame dentaire.

En adoptant une approche réfléchie et pondérée, la France contribuera à assurer des soins dentaires de qualité accessibles à tous et s'inscrira dans une campagne mondiale de lutte contre la maladie carieuse au service des populations les plus fragiles et des nations les plus démunies.

Des efforts nationaux visant à prévenir les pathologies dentaires avec une politique de prévention efficace doivent être dé-

veloppés. En parallèle, la recherche de matériaux de substitution doit s'accélérer ; aujourd'hui, l'émergence d'alternatives performantes et mieux évaluées réduit la place de l'amalgame dentaire dans la stratégie thérapeutique, ce qui est confirmé par l'évolution du marché.

La gestion responsable des déchets d'amalgame, bien anticipée par la profession, se poursuivra dans le même temps.

En espérant que notre demande aura l'oreille

attentive de votre ministère, nous vous prions de croire, Madame la ministre, à notre profond respect.» ■

**Christian Couzinou**,  
président du Conseil national,  
**Joël Trouillet**  
et **Jean-Patrick Druo**,  
secrétaires généraux de l'ADF

NB. Copie de ce courrier a été adressé à Laurent Fabius, ministre des Affaires étrangères, et Delphine Batho, ministre de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie.

## La position du ministère

Sollicitée au printemps 2012 par le député Rudy Salles (Alpes-Maritimes) dans le cadre des questions écrites au gouvernement, la secrétaire d'État à la Santé de l'époque, Nora Berra, produisait la réponse que nous publions ci-dessous. Jusqu'à preuve du contraire, c'est la position officielle de la France sur la question.

**Question :** M. Rudy Salles attire l'attention de M<sup>me</sup> la secrétaire d'État auprès du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, chargée de la Santé, sur les effets toxiques du mercure contenu dans les amalgames dentaires. Selon certaines revues médicales indépendantes, celui-ci libère dans l'organisme de faibles

quantités de mercure qui se concentrent dans les reins et le cerveau.

Or ce métal lourd est reconnu toxique à forte dose. Le doute subsiste sur le lien éventuel avec des affections rénales et neurodégénératives comme les maladies d'Alzheimer, de Parkinson ou la sclérose en plaques. Aux États-Unis, la Food and Drug Adminis-

tration (FDA) a lancé une enquête sur la toxicité des amalgames, ces derniers contenant « *du mercure qui pourrait avoir des effets neurotoxiques sur le système nerveux du fœtus et des enfants en croissance* ».

Aussi, il lui demande de quelles informations dispose son ministère sur cette question et quelles mesures elle prévoit de

mettre en place pour remédier à ces problèmes.

**Réponse :** Les amalgames à base de mercure, d'argent et d'étain sont utilisés pour le traitement des caries dentaires depuis plus de 150 ans et constituent un matériau d'obturation de bonne qualité, encore sans équivalent dans de nombreux cas, en particulier dans le trai-



»» tement de lésions carieuses multiples et étendues chez l'enfant, d'adolescent et l'adulte jeune.

Malgré les très nombreux amalgames dentaires posés depuis des décennies, on ne connaît pas un seul cas avéré d'intoxication mercurielle d'un patient par les amalgames dont il est porteur. Les doses de mercure libérées dans l'organisme par les amalgames dentaires sont infimes et, en tout état de cause, très en deçà des seuils [à partir desquels] des effets toxiques pourraient être observés. Les rares pays qui ont restreint l'utilisation des amalgames dentaires l'ont d'ailleurs fait pour des raisons environnementales et non pas pour une supposée nocivité des amalgames sur la santé des personnes soignées.

**AUCUN RISQUE AVÉRÉ, MAIS UNE VIGILANCE D'À-PROPOS**

Aucune étude scientifique n'a pu démontrer des effets néfastes des obturations en amalgames sur l'état de santé général des patients et, en l'état actuel des connaissances, rien par conséquent ne permet d'affirmer que les amalgames dentaires présentent un risque sérieux pour la santé de la population. Ces éléments confirment un



rapport bénéfice-risque très favorable à l'emploi des amalgames dans le traitement de la carie dentaire.

En tout état de cause, les pouvoirs publics restent très vigilants sur ce sujet et ont mis en place en 2005, dans 15 régions, un réseau d'experts en toxicologie, pharmacologie et odontologie qui assure l'accueil, l'examen mul-

tidisciplinaire et la prise en charge des personnes souffrant de pathologies qu'elles attribuent aux amalgames dentaires.

À ce jour, aucun des troubles présentés par les personnes reçues dans ce cadre n'a pu être relié à la présence d'amalgames.

Par ailleurs et malgré l'absence d'élément nouveau dans ce dossier, l'Agence française pour la sécurité

sanitaire des produits de santé (Afssaps, [devenue l'ANSM, NDLR]) a entrepris une analyse des études scientifiques récentes afin de procéder, si nécessaire, à une actualisation de son rapport de 2005.

Enfin, une information plus complète sur ce sujet est disponible sur le site du ministère chargé de la Santé. ■



# Aude : une condamnation pour exercice illégal

La cour d'appel de Montpellier confirme la décision en première instance d'un prothésiste qui n'en était pas à son coup d'essai dans le département de l'Aude.

**D**éjà condamné en 2009 par le tribunal correctionnel de Carcassonne pour avoir exercé illégalement la profession de chirurgien-dentiste à Castelnaudary, un prothésiste récidivait quelque temps plus tard. C'était sans compter sur la vigilance du conseil départemental de l'Aude qui, avec le Syndicat des chirurgiens-dentistes de l'Aude, déposait une nouvelle fois plainte contre ce personnage.

En première instance, le tribunal de Carcassonne le condamnait à une amende de 1000 euros et ordonnait la publication de la décision, aux frais du prothésiste, dans *La Dépêche du Midi* et *L'Indépendant*. Ce dernier interjetait appel. La cour d'appel de Montpellier, le 3 avril dernier, a confirmé la décision des premiers juges.

Mais ce qui retient l'attention, dans cette affaire, c'est la posture du prothésiste

et ses petits arrangements avec la loi. La cour d'appel de Montpellier indique ainsi que M. X reconnaissait les faits (la réparation d'une prothèse mobile directement et, selon lui, à la demande de la cliente), mais soutenait que, «*en sa qualité de prothésiste dentaire, il pouvait effectuer la réparation de la prothèse*

**Avec beaucoup d'aplomb, le prothésiste a défendu son infraction par une interprétation fantaisiste de la loi.**

*dentaire mobile dès lors qu'il n'intervenait pas dans la bouche du patient*».

Il prétendait que la réparation des prothèses dentaires amovibles constituait une activité de maintenance d'un dispositif médical telle que définie à l'article R. 5211-5 2° du Code de la santé publique et qu'aucune disposition législative ou réglementaire ne soumettait la réparation d'un appareil dentaire amovible à une prescription médicale.

Il affirmait par ailleurs qu'il n'était pas animé d'une intention délictuelle : il avait remis à la cliente une documentation de maintenance à faire valider par son chirurgien-dentiste, arguant qu'il exerçait dès lors sa profession «*sous le contrôle d'un chirurgien-dentiste et faisait preuve de bonne foi*». Mieux encore,

il se conformait, selon lui, à la jurisprudence de la Cour de cassation du 14 mars 1997 qui impose au prothésiste d'être soumis aux directives et au contrôle d'un chirurgien-dentiste, et cela, ajoutait-il, «*bien qu'elle ne soit pas en adéquation avec les textes législatifs et réglementaires actuels*».

La cour d'appel balaye ses arguments. Elle relève que, «*exerce illégalement l'art dentaire toute personne qui prend part ha-*

*bituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire, par consultation, acte personnel ou tous autres procédés quels qu'ils soient, notamment prothétiques, sans être titulaire d'un diplôme exigé pour exercer la profession de chirurgien-dentiste*».

La cour poursuit : les dispositions de l'article R. 5211-5 2° invoquées par le prothésiste, qui définissent la maintenance d'un dispositif médical, «*n'emportent aucune dérogation aux prescriptions de l'article L. 4162-2*» portant sur l'exercice illégal de la profession de chirurgien-dentiste.

Enfin, la cour relève que l'article R. 5211-6 du CSP portant sur les dispositifs médicaux sur mesure «*font expressément référence à la prescription écrite d'un praticien qualifié*» dont le prothésiste «*ne pouvait ignorer la nécessité*». ■



# La carte CPS devient un outil incontournable

D'ici à octobre prochain, tous les chirurgiens-dentistes recevront leur carte CPS, véritable carte d'identité professionnelle. L'Asip Santé, en charge du déploiement des cartes, met à la disposition des confrères un numéro Azur.

**L**es confrères ont reçu, par voie postale, un courrier cosigné du président de l'Ordre, Christian Couzinou, et de Jean-Yves Robin, directeur de l'Asip Santé (organisme chargé de la gestion des cartes de professionnel de

santé – CPS). Ce courrier indique aux praticiens qu'ils ont reçu ou vont recevoir leur CPS, qui porte le logo du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. La CPS est une véritable carte d'identité profession-

nelle électronique. Elle est à cet égard, et comme l'a déjà rappelé l'Ordre, strictement personnelle et elle engage la responsabilité du praticien. Il ne peut pas la confier et doit s'en réserver l'usage exclusif faute de quoi des actes

non réalisés pourraient lui être attribués. À titre d'exemple, les praticiens salariés ne peuvent en aucun cas accepter qu'en leur absence des feuilles de soins soient télétransmises au moyen de leur carte CPS.

Dans leur courrier, le président de l'Ordre et le directeur de l'Asip Santé indiquent que la carte CPS «est la clé d'entrée vers les services de e-santé d'aujourd'hui et de demain. En ambulatoire comme à l'hôpital, elle permet la sécurisation des échanges de données personnelles de santé». Elle permet au praticien de s'identifier et de s'authentifier. «C'est une obligation inscrite dans la loi. C'est pourquoi tout professionnel de santé peut désormais avoir besoin d'une carte CPS dans l'exercice de ses fonctions.»

L'Ordre et l'Asip rappellent par ailleurs aux praticiens que, s'ils n'ont pas

de leur CPS un usage immédiat, ils doivent la conserver précieusement ainsi que son code secret. «En effet, soucieux d'une maîtrise des dépenses publiques, une diffusion générale et systématique de la CPS s'avère être la meilleure façon pour développer les services qui en imposent l'usage.»

**POUR EN SAVOIR PLUS :  
UNE BROCHURE ET UN SITE**

Pour connaître les usages de la carte CPS et notamment l'accès au dossier médical personnel (DMP), en cours de déploiement, le courrier contient une brochure d'information. Pour en savoir plus, les praticiens

**L'ESSENTIEL**

- ✓ L'Asip Santé, organisme en charge du déploiement des cartes CPS, met à la disposition des professionnels de santé un numéro Azur, CPS Info Service, au 0 825 85 2000.
- ✓ D'ici à octobre 2012, tous les chirurgiens-dentistes, quel que soit leur statut, devraient avoir reçu leur CPS.
- ✓ Le Conseil national rappelle que cette carte professionnelle est strictement personnelle.

peuvent aussi visiter le site [esante.gouv.fr](http://esante.gouv.fr) (espace Services) ou contacter CPS Info Service au 0 825 85 2000 (numéro Azur, 24 h/24, 7 j/7). Rappelons que, depuis le 28 mai dernier, dès qu'un nouveau chirurgien-dentiste est inscrit au tableau de l'Ordre et enregistré dans le RPPS, l'émission

de la carte CPS est automatique, le processus de demande étant complètement dématérialisé.

Par ailleurs, toute modification intervenant sur les informations professionnelles du praticien entraîne automatiquement le remplacement de la précédente carte par une nouvelle, avec les données mises à jour. Mais l'ancienne carte n'est mise en opposition que 30 jours après l'émission de la nouvelle carte, afin d'assurer une période de transition nécessaire entre les deux cartes.

Signalons pour terminer que les conseils départementaux constituent un élément primordial dans le circuit de l'information. C'est à partir des informations recueillies par les conseils départementaux que la carte CPS, outil incontournable dans l'exercice de sa profession pour le chirurgien-dentiste, est établie. ■

## Octobre 2012, dernier acte du déploiement des CPS

Depuis septembre 2011, date de la simplification administrative pour notre profession, l'émission des nouvelles cartes CPS, dites «de troisième génération», a commencé. En novembre 2011, les praticiens qui possédaient déjà une carte ont reçu cette carte CPS nouvelle génération. Le déploiement s'est poursuivi pour les praticiens qui n'étaient pas encore titulaires d'une carte CPS. En juin dernier, les chirurgiens-dentistes exerçant uniquement en qualité de salariés et ne disposant pas de carte active ont reçu une carte CPS nominative. Dernière étape, en octobre prochain, les chirurgiens-dentistes n'étant pas détenteurs d'une carte CPS et qui ne sont pas des salariés exclusifs recevront à leur tour leur carte CPS. En principe, après cette dernière étape, tous les chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'Ordre seront détenteurs d'une carte CPS. La situation de ceux qui n'auraient pas reçu leur carte parce que n'entrant dans aucune des catégories citées précédemment sera examinée par des groupes de travail qui auront pour mission de trouver des solutions.

# Un appel à candidatures de l'ANSM

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) lance un appel à candidatures auprès d'experts externes.

**P**our mener à bien la réforme du système de la sécurité sanitaire des produits de santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) organise la participation d'experts externes à ses travaux d'expertise.

En conséquence, l'ANSM lance un appel à candidatures auprès d'experts externes pour participer aux commissions et aux groupes de travail, mais également pour répondre à des questions ponctuelles sur des dossiers particuliers. Les profils de compétence recherchés sont précé-

l'expertise interne et externe/Appel à candidatures. Les candidatures seront réceptionnées jusqu'au 10 septembre 2012 à l'adresse suivante : ANSM

**Les missions de l'ANSM ont été notablement élargies par rapport à celles de l'Afssaps à laquelle elle a succédé.**

sés sur le site Internet de l'Agence ([www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr)) à la rubrique et aux sous-rubriques suivantes : Activités/Garantir

Direction des ressources humaines  
Pôle Experts  
143-147, bd Anatole-France  
93285 Saint-Denis Cedex.



Les candidatures peuvent également être réceptionnées par voie électronique à : [candidatures.experts@ansm.sante.fr](mailto:candidatures.experts@ansm.sante.fr).

Rappelons que l'ANSM s'est substituée depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012 à l'Afssaps. L'Agence est en charge de l'évaluation des bénéfices ou des risques de l'ensemble des produits de santé et prend des décisions au nom de l'État. L'ANSM a repris les missions de l'Afssaps, mais la loi lui en a confié de nouvelles dans le domaine de

la recherche, des études de suivi des patients, du recueil des données d'efficacité et de tolérance et de l'encadrement des référentiels temporaires d'utilisation.

Par ailleurs, son champ d'intervention est élargi en matière de transparence, de contrôle de la publicité et d'information des patients comme des professionnels. Ses pouvoirs ont ainsi été notablement renforcés par rapport à ceux de l'Afssaps à laquelle elle a succédé. ■

# Immatriculation des cabinets secondaires

Les sociétés d'exercice ayant obtenu la dérogation de leur conseil départemental de l'Ordre pour l'ouverture d'un cabinet secondaire doivent, dans un délai d'un mois, immatriculer ce dernier au greffe du tribunal de commerce.

**D**ans le cadre de la simplification administrative mise en place par le RPPS, le Conseil national souhaite attirer l'attention sur la situation des confrères associés d'une société d'exercice (SEL ou SCP) bénéficiant d'une dérogation pour l'ouverture d'un cabinet secondaire.

En effet, toute personne morale immatriculée qui ouvre un établissement secondaire doit, dans le délai d'un mois avant ou après cette ouverture, demander au greffe du tribunal de commerce dans le ressort duquel est situé l'établissement secondaire :

- une immatriculation secondaire, si la SEL ou la SCP n'est pas immatriculée dans le ressort de ce tribunal en vertu de l'article R. 123-63 du Code de commerce;
- une immatriculation complémentaire, si la SEL ou la SCP est immatri-

culée dans le ressort de ce tribunal en vertu de l'article R. 123-67 du Code de commerce.

Bien entendu, cette demande d'immatriculation secondaire ou complémentaire devra s'effectuer une fois que les praticiens exerçant en SEL ou en SCP auront dûment obtenu l'autorisation d'ouverture de leur cabinet secondaire délivrée par le conseil départemental compétent <sup>(1)</sup>.



## L'ESSENTIEL

- ✓ Toute personne morale qui ouvre un établissement secondaire doit demander son immatriculation au greffe du tribunal de commerce dans un délai d'un mois.
- ✓ Cette demande s'effectue une fois la dérogation obtenue par le conseil départemental pour l'ouverture du cabinet secondaire.
- ✓ Le numéro Siret attribué au cabinet secondaire est nécessaire pour mettre à jour la CPS du praticien associé de la SEL ou de la SCP.

La société se voit alors attribuer un numéro Siren pour son activité et au-

tant de numéros Siret que de cabinets dentaires existants (principal et secondaire). L'extrait K *bis* lui est alors délivré, mentionnant ces différents numéros.

Le numéro Siret attribué au cabinet secondaire de la SEL ou de la SCP est nécessaire afin de mettre à jour la situation professionnelle du praticien associé en SEL ou en SCP, notamment au niveau de sa carte CPS. ■

André Micouleau

(1) Conformément aux articles R. 4113-24 et R. 4113-74 du Code de la santé publique.

# « Semer la graine d'une relation de confiance »

Entretien avec **Isabelle Thiébot**, chirurgien-dentiste à la Croix-Rouge et responsable du projet France pour L'Aide odontologique internationale (AOI).

## Quel est le périmètre d'action de l'association?

L'action principale consiste à appuyer le développement de la santé bucco-dentaire dans des pays comme le Laos, le Cambodge, Madagascar, Haïti ou le Burkina Faso. Tout au début, nous acheminions des équipements dentaires, mais très fréquemment ils n'étaient pas installés ou en panne en raison du manque de techniciens. Or les frais de transport sont très élevés. Désormais, nous favorisons l'appui à des acteurs locaux investis dans des projets de santé publique concernant la formation, la prévention et l'accès aux soins. Ils portent, par exemple, sur l'accès au fluor par la fluoruration du sel, la sécurité des soins par la prévention des infections croisées ou le soulagement de la douleur par la formation d'infirmiers à sa prise en charge.

## Et en France, l'AOI mène-t-elle une action spécifique?

Oui, depuis 1996, dans le Val-de-Marne, pour accompagner des personnes en situation de précarité vers les soins dentaires. Il s'agit d'un public qui a renoncé aux soins pour des raisons socio-économiques ou culturelles. Nous les orientons vers les structures de soins de droit commun les plus adaptées à leurs situations médico-sociales.

## Où en est-on de la situation de la précarité dentaire en France? Y a-t-il eu récemment des évolutions notables?

La création de la CMU complémentaire, au début des années 2000, a constitué un profond changement. On est passé d'aides départementales individuelles à un dispositif national, plus égalitaire, donnant



un accès à un panier de soins de base. Mais cela ne résout pas tout. Il peut y avoir des « restes à charge » même pour les bénéficiaires de la

CMU-C, et les personnes dont les revenus dépassent de peu le plafond de la CMU connaissent de vraies difficultés. Actuellement, la précarisation

augmente et influence l'accès aux soins dentaires. Par exemple, en perdant leur emploi, des salariés ne bénéficient plus de mutuelles d'entreprise souvent avantageuses. De plus en plus de personnes optent pour des mutuelles bon marché mais ne garantissant pas une bonne couverture des prothèses dentaires. Certes, il y a eu la création en 2007 de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Si elle permet un bon accès aux soins, son intérêt est plus limité pour la couverture des prothèses et elle est peu connue.

**Quels sont les leviers à actionner pour améliorer la situation et favoriser l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de précarité ?**

À mon sens, il en existe quelques-uns : l'information, l'accompagnement individuel des personnes, le travail en réseau et la formation. Une meilleure information sur les dispositifs sociaux serait en effet souhaitable. Beaucoup de blocages dans l'accès aux soins sont liés à ce défaut d'information. C'est la raison pour laquelle l'AOI a créé un site Internet dédié (*lire l'encadré*). S'agissant du deuxième aspect, un accompagnement au cas

par cas des patients par des relais qui connaissent aussi bien les problématiques sociales que médicales serait très bénéfique. Le fonctionnement en réseau, associant partenaires sociaux et professionnels de santé, est un autre cheval de bataille. Il permet, entre autres, d'améliorer la répartition des patients en fonction de leur situation sur l'ensemble de l'offre de soins et d'avoir un référent social en cas de besoin. Enfin, grâce à la formation, ce sont les connaissances sur les différents aspects de la problématique qui seraient améliorées.

**Les chirurgiens-dentistes libéraux ont-ils un rôle particulier à jouer ?**

Ils ont à accueillir et à soigner ce public comme tout autre. Mais ils sont confrontés à des charges de plus en plus lourdes. Pour que les leviers que nous venons d'évoquer puissent fonctionner, il est essentiel de leur faciliter la tâche : être en mesure de s'informer sur les dispositifs sociaux, de comprendre le pourquoi de telle demande, d'être inscrits dans un réseau qui va gérer les droits en amont et d'éventuelles difficultés dans le processus de soins tout en régulant le flux de patients en fonc-

tion de leurs possibilités. Il faut reconnaître qu'il y a beaucoup à faire : les formations et les réseaux de soins *ad hoc* sont des exceptions. Cependant, à mes yeux, un des aspects les plus importants reste, bien sûr, de se jeter à l'eau...

**Qu'entendez-vous par là ?**

Notre profession n'est pas que technique. Elle repose sur la relation entre le patient et le praticien. Quand la précarité s'invite au rendez-vous, la ligne des repères habituels sur laquelle le praticien base cette relation bouge. Dans la démarche de ces patients, l'impact de la précarité sur les comportements de santé, comme l'incapacité à se projeter dans l'avenir, est considérable. Ainsi, la demande peut ne pas porter sur

une réhabilitation totale. Mais si, en soulageant la douleur, on arrive à semer la graine d'une relation de confiance, le chemin peut être long, mais il est probable que le patient revienne vers les soins et vers le praticien quand la pression de la précarité sera moins lourde. En termes de reconnaissance, permettre à ces patients d'accéder aux soins est très gratifiant. Quand le pas de la confiance est franchi, le patient apporte dans la relation tout le poids de son humanité. Et là, une relation humaine très riche s'installe. On peut être, comme je le suis, une praticienne heureuse en soignant ces patients. Pour comprendre cela, rien ne vaut de partager l'expérience des autres et de se forger la sienne. ■

**Accès aux soins : toutes les infos pratiques**

Quelles sont les limites de la prise en charge des prothèses par la CMU complémentaire ? Que permettent les aides ponctuelles de la CPAM et qui peut en bénéficier ? L'AME ouvre-t-elle les mêmes droits que la CMU complémentaire ? Les réponses à toutes ces questions et à bien d'autres encore pour comprendre les multiples dispositifs de prise en charge sont sur le site [www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org](http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org). Un guide très pratique pour faciliter l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de précarité et permettre aux professionnels de santé d'informer leurs patients.

# “ Je me suis engagé pour l'AOI ...

... depuis plus de 20 ans, pour contribuer à l'amélioration de la santé bucco-dentaire dans les pays en développement et auprès des populations en situation de précarité en France. Aujourd'hui, je vous propose une manière originale de soutenir l'association en devenant cabinet partenaire comme déjà 160 d'entre nous.

**Pourquoi ?** Par solidarité professionnelle, nous sommes tous concernés par la situation bucco-dentaire des populations défavorisées. Dans un contexte de diminution des ressources publiques, impliquez-vous directement dans les actions soutenues par l'AOI en 2012.

**Comment ?** En offrant tout simplement l'équivalent d'un acte par mois.

**Hubert Weil, Président AOI.**

**Devenez  
Cabinet  
Partenaire**  
L'AOI a besoin  
de vous



**Comme  
Catherine**

*J'ai adhéré à l'opération « Cabinet Partenaire » parce que je suis sensible aux notions de fraternité. Je suis fier de montrer que les chirurgiens-dentistes s'impliquent et que ce domaine n'est pas réservé uniquement aux médecins dont on parle souvent. Soutenir l'AOI et « Cabinet Partenaire » c'est pour moi un moyen de réunir les membres de ma profession.*



**Comme  
Didier**

BURKINA FASO - CAMBODGE - HAÏTI  
LAOS - MADAGASCAR - FRANCE



**Comme  
Franck**

*J'apprécie beaucoup cette idée de « Cabinet Partenaire ». Elle me permet de faire le lien entre la somme que je décide d'apporter et l'acte que je réalise dans mon cabinet dentaire. Appuyer une ONG dentaire est une démarche importante pour moi car je vis justement de cette activité et je me sens concerné.*

*J'ai décidé de faire un don mensuel équivalent à 2 consultations. Cela permet à l'association de mener des actions de coopération très intéressantes comme la formation d'infirmiers dans des lieux isolés. Pour moi, c'est une démarche personnelle animée par la volonté profonde de faire quelque chose pour d'autres dans le cadre d'une action odontologique.*

Réduction d'impôts : 66%

Exemple : don d'une consultation soit	Deduction fiscale : <b>13,66 €</b>
<b>21 €</b>	<b>Coût réel 7,14 €</b>

Par exemple : pour un don mensuel d'une consultation de 21 euros, vous bénéficiez d'une déduction fiscale de 66%, soit un coût réel de 7,14 par mois.

**Oui, je souhaite devenir Cabinet Partenaire en 2012 en faisant don d'un acte par mois, soit :**

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Date ..... Signature : .....

N° de RIB ou RIB à joindre à renvoyer à l'AOI  
AOI - 1 rue Maurice Arnoux 92120 Montrouge.

Code E.T.S.      Gauche      N° de cdt.      Droite





## Le nouveau bureau de la Caisse de retraite

À l'issue des élections du 15 juin dernier, le conseil d'administration de la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes (CARCDSF) se compose comme suit :

- Président : Guy Morel
- Vice-président(e)s : Jean-Claude Templier, Pierre Vinchon, Bénédicte Jouffroy
- Secrétaire général : Frank Lefèvre
- Trésorière : Marie-Louise Le Dréau-Lahais
- Secrétaire général adjoint : Éric Quièvre
- Trésorier adjoint : Jean-Marie Largent

## Le nouveau bureau de la Conférence des doyens

À l'issue de sa séance plénière du 23 mai dernier, la Conférence des doyens des facultés de chirurgie dentaire a élu son nouveau président et renouvelé son bureau dont voici la composition :

- Président : P<sup>r</sup> Robert Garcia
- Vice-présidents : P<sup>rs</sup> Thierry Orliaguet et Jacques Déjou
- Secrétaire général : P<sup>r</sup> Jean Valcarcel
- Trésorière : D<sup>r</sup> Anne Dautel

## Syndicat national des chirurgiens oraux

Le Syndicat national des odontologistes exclusifs en chirurgie buccale change de nom et devient le Syndicat national des chirurgiens oraux. Il reste présidé par Guy Le Toux et son adresse est inchangée :  
Polyclinique du Littoral  
58, rue Lafayette 22000 Saint-Brieuc

## Société française de chirurgie orale

La Société francophone de médecine buccale et de chirurgie buccale change de nom pour devenir la Société française de chirurgie orale (SFCO). Daniel Perrin a pris la succession du P<sup>r</sup> Duran à la présidence de la société.  
[www.societechirbuc.com](http://www.societechirbuc.com)

## Ordres des pharmaciens et des sages-femmes

Au mois de juin dernier ont été respectivement reconduites à la présidence des Ordres des pharmaciens et des sages-femmes M<sup>me</sup> Isabelle Adenot et M<sup>me</sup> Marie-Josée Keller. L'Ordre des chirurgiens-dentistes leur adresse ses félicitations les plus vives.

## CARNET DISPARITIONS

- **M. Yves Prudent**, chirurgien-dentiste, ancien membre du conseil départemental de l'Ordre des Hautes-Alpes  
*À sa famille, à ses proches, le Conseil national et le conseil départemental des Hautes-Alpes présentent leurs plus sincères condoléances.*
- **Dr Jacques Lutz-Sorg**, ancien président du conseil régional de l'Ordre d'Alsace de 1982 à 1997.  
*À sa famille, à ses proches, le Conseil national présente ses plus vives condoléances.*
- **Nicolas Santori**, fils de Pierre Santori, conseiller ordinal du Conseil départemental de l'Aude et ancien président de l'Audefoc, et d'Isabelle Santori, décédé à l'âge de 17 ans des suites d'un accident de moto.  
*À ses parents, à ses frères, Thomas et Mathieu, le Conseil national présente ses plus vives condoléances.*

# Une lecture très stricte de la nomenclature

## En résumé

Un devis visant une prothèse conjointe a été réalisé, lequel fait état d'un « *supplément pour plaque métallique – SPR 60* ». La mutuelle, à qui le devis a été envoyé, a refusé la prise en charge de ce supplément. Les juges ont été saisis du litige, qui juridiquement portait sur l'interprétation de l'article 3 de la NGAP. Ce texte contient un « nota » aux termes duquel en présence de « *dents absentes remplacées par une prothèse conjointe, les cotations à appliquer sont celles prévues pour les prothèses adjointes* ». En revanche, ce « nota », selon les juridictions, ne concerne pas « *le supplément pour plaque métallique* ». Une cour d'appel puis la Cour de cassation considèrent que ce supplément n'a donc pas à être pris en charge en l'hypothèse d'une prothèse conjointe.

## Le contexte

La Cour de cassation a été saisie d'un litige <sup>(1)</sup> portant sur l'interprétation des articles 2 et surtout 3 de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), dispositions qui intéressent les cotations en matière prothétique. L'arrêt rendu est assorti de la mention « *publié au Bulletin* », ce qui montre qu'il contient une solution dont on a tout lieu de penser qu'elle fera « jurisprudence ». Voici la situation concrète telle qu'elle a été présentée devant la haute juridiction.

Un praticien a rédigé un devis sur lequel figurait notamment le traitement choisi, soit une prothèse conjointe, mais aussi visait un « *supplément pour plaque base métallique – SPR 60* ». Ce devis a été envoyé à la mutuelle du personnel de la chambre de commerce et d'industrie; cette dernière a refusé de prendre en charge ce « supplément ».

Le patient a alors saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) et le chirurgien-dentiste a été appelé en la cause; ceux-ci se sont donc alliés pour critiquer la position défendue par la mutuelle.

Le TASS les déboute, un appel est alors interjeté. La cour d'appel, le 12 mai 2011, confirme le jugement aux termes duquel le « *supplément pour plaque base métallique* » n'a pas à être pris en charge.

Dernière étape procédurale : un pourvoi en cassation est formé, mais celui-ci sera rejeté. En définitive, le patient et le praticien sont condamnés aux dépens <sup>(2)</sup>, mais aussi, ensemble, à payer une somme de 2 500 euros à la mutuelle sur le fondement de l'article 700 du Code de procédure civile. Reconstituons maintenant le raisonnement juridique.

## L'analyse

Ce sont les articles 2 et 3 de la NGAP qui sont mobilisés. Le premier de ces textes concerne la «*prothèse dentaire conjointe*» et le second, la «*prothèse dentaire adjointe*». Par principe, l'article 2 s'applique parce que le traitement choisi est une «*prothèse conjointe*». Mais, par exception, l'article 3 est à mettre en œuvre car cette disposition contient un «*nota*» qui prévoit que «*si les dents absentes [ce qui était le cas ici] sont remplacées par une prothèse conjointe, les cotations à appliquer sont celles prévues pour les prothèses adjointes, telles que mentionnées ci-dessus*»<sup>(3)</sup>.

Mais s'agissant plus particulièrement du «*supplément pour plaque base métallique*», objet du débat judiciaire, le problème d'interprétation de la NGAP a été posé en ces termes : ce supplément est bien prévu à l'article 3 de la NGAP, mais il est cité dans ce texte juste en dessous du «*nota*». D'où l'interrogation : ce positionnement dans l'article 3 signifie-t-il que le supplément ne doit pas être pris charge en l'hypothèse d'une prothèse conjointe ?

C'est la conclusion à laquelle la cour d'appel a abouti. Elle considère que le patient «*porteur d'une prothèse conjointe ne peut cumuler les cotations*

*SPR 30 prévue pour la prothèse adjointe au regard du nombre de dents manquantes et SPR 60 prévue pour le supplément pour plaque métallique visée au supplément, distincts du nota rattaché aux cotations juste antérieures des prothèses adjointes [nous soulignons]*»; et d'ajouter que «*l'ordonnancement de l'article et les termes employés ne permettent pas l'extension revendiquée [par le patient]*».

La cour d'appel reste également indifférente à l'argument grammatical selon lequel, à l'alinéa consacré audit supplément, il n'est pas expressément dit qu'il concerne exclusivement la prothèse adjointe. En outre, il est intéressant de reproduire un autre passage de l'arrêt d'appel : «*La lecture des commentaires publiés par des professionnels explique la tentation de certains praticiens à coter les prothèses sur implants comme prothèses conjointes, déviant ainsi de la règle posée par la nomenclature; cette dérive, parfois encouragée par des dentistes-conseils, représente une interprétation élargie que le texte ne permet pas; les patients peuvent choisir la présence ou l'absence de métal sans pouvoir opposer de discrimination infondée.*» Dont acte!

Enfin, l'on remarquera que le «*nota*» lui-même se termine par le groupe de mots «*telles que mentionnées ci-dessus*»; or, la cotation relative au supplément n'est pas «*mention-*

*née ci-dessus*», mais bien «*ci-dessous*».

Devant la Cour de cassation, l'auteur du pourvoi soutient – l'on pouvait s'en douter – l'inverse : «*Lorsque les dents absentes sont remplacées par une prothèse conjointe, les cotations à appliquer sont celles prévues pour les prothèses adjointes comprenant de ce fait toutes les cotations prévues pour les prothèses adjointes, c'est-à-dire la cotation progressive qui évolue en fonction du nombre de dents à remplacer et le supplément pour plaque base métallique si le support choisi comprend une structure métallique.*»

La haute juridiction ne statue pas en ce sens, n'admettant pas, finalement, la prise en charge. Elle retient une interprétation stricte de l'article 3 de la NGAP. Ainsi écrit-elle : «*la formulation de l'article 3 [nous soulignons] ne permet pas l'extension revendiquée par le patient [...]*». Pour conclure, l'arrêt du 21 juin 2012 invite à croire que la Cour ne semble pas prête à se détacher de la lettre de la NGAP. ■

**David Jacotot**

(1) 2<sup>e</sup> chambre civile, 21 juin 2012, n° 11-20722, publié au *Bulletin*.

(2) Les dépens représentent la part des frais engendrés par le procès que le «*gagnant*» peut se faire rembourser par le «*perdant*».

(3) Pour mémoire, la cotation, enseigne l'article 3, est en présence «*d'une à trois dents*» SPR 30; en présence de «*quatre dents*» SPR 45, etc.

# Être ou ne pas être radié ?

## En résumé

**U**n chirurgien-dentiste a été lourdement sanctionné ; il a ainsi été radié du tableau. Ce praticien a demandé aux juridictions ordinales de le « relever de cette incapacité d'exercer », et ce sur le fondement de l'article L. 4124-8 du Code de la santé publique. Chacun l'aura compris, il voulait de nouveau pratiquer l'art dentaire. Ce dernier a essuyé un refus, lequel a été confirmé par le Conseil d'État.

## Le contexte

À quelles conditions la radiation du tableau de l'Ordre, décidée à titre de sanction disciplinaire, peut-elle être « relevée », permettant ainsi au chirurgien-dentiste de pouvoir de nouveau exercer l'art dentaire ? Tel est le thème au centre de l'arrêt rendu par le Conseil d'État <sup>(1)</sup>.

Retraçons chronologiquement ce qui s'est passé. Premièrement, un chirurgien-dentiste a fait l'objet d'une radiation du tableau de l'Ordre par une décision du 4 juillet 2002 émanant d'un

conseil régional de l'Ordre. Notons que, maintenant, c'est la chambre disciplinaire de première instance (ci-après CDPI) qui est compétente, laquelle peut infliger l'une des sanctions énumérées à l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique. Ce dernier texte en prévoit cinq, la cinquième étant justement la « radiation du tableau de l'Ordre ». Bien que l'on ait peu d'informations dans l'arrêt du Conseil d'État présentement commenté, le praticien a dû, vraisemblablement, commettre des faits graves ; il est seulement indiqué dans l'arrêt du 4 juillet 2012 que le chirur-





gien-dentiste a été l'auteur de « *manquements graves aux règles d'hygiène* ».

Deuxièmement, la décision du conseil régional a été confirmée le 15 mai 2003 par la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre. Actuellement, c'est la Chambre disciplinaire nationale qui connaît en appel des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance <sup>(2)</sup>.

Troisièmement, le praticien a présenté, le 3 janvier 2007, devant une CDPI une demande afin d'être relevé de l'incapacité résultant de cette sanction. La radiation-sanction peut donc ne pas être définitive et n'être que temporaire; mais la faculté d'exercer est soumise à une nouvelle décision – dite « *de relèvement* » – prononcée par la juridiction même qui a infligé la radiation-sanction. En l'espèce, il n'a pas été fait droit à la demande du chirurgien-dentiste.

Ce dernier a alors interjeté appel devant la Chambre disciplinaire nationale; en définitive, la requête en relèvement a été rejetée. En conséquence, l'impossibilité d'exercer la profession demeure.

Cinquièmement, un ultime recours est intenté : un pourvoi en cassation est formé contre la décision de la Chambre disciplinaire nationale aux fins d'obtenir son annulation.





## L'analyse

Le relèvement d'incapacité (le fait de ne plus être radié) est prévu à l'article L. 4124-8 du Code de la santé publique. Ce texte dispose que : «Après qu'un intervalle de trois ans au moins s'est écoulé depuis une décision définitive de radiation du tableau [condition temporelle], le chirurgien-dentiste frappé de cette peine peut être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la chambre disciplinaire qui a statué sur l'affaire en première instance. La demande est formée par une requête adressée au président de la chambre compétente.» Cette disposition énonce une condition temporelle, mais elle ne pose aucune autre condition. Soulignons, néanmoins, l'emploi du verbe pouvoir, conjugué sous la forme «peut». La chambre disciplinaire n'est donc, fort logiquement, pas obligée de satisfaire à la demande de relèvement. Néanmoins, la juridiction ne saurait la rejeter de manière discrétionnaire; elle doit motiver sa décision, bien que l'article L. 4124-8 du Code de la santé publique ne le précise pas. Dès lors qu'une décision est motivée, la motivation peut alors être contrôlée par les juridictions qui interviennent par la suite, notamment *in fine* le Conseil d'État.

La haute juridiction apporte dans l'arrêt du 4 juillet 2012

un éclairage important : «Pour accorder ou refuser le relèvement d'incapacité demandé, les juridictions ordinaires sont en droit de tenir compte de la nature et de la gravité des fautes qui ont été à l'origine de la radiation initialement prononcée [nous soulignons]; [il] leur appartient également de prendre en considération le comportement général de l'intéressé postérieurement à sa radiation, et notamment sa capacité à exercer à nouveau compte tenu des efforts qu'il a accomplis pour conserver et mettre à jour ses connaissances professionnelles [nous soulignons encore].» Le passé est tenace, il n'y a pas de droit à l'oubli : c'est cette première donnée (la nature et la gravité des faits commis ayant justifié la radiation) qui sera étudiée pour décider ou non du relèvement. Après le passé, le présent a son importance. Avouons ne pas bien saisir ce que recouvre concrètement la notion de «comportement général de l'intéressé». La vie privée ne nous semble pas devoir influencer les juridictions ordinaires. Le Conseil d'État, pour aiguiller le lecteur, se contente d'illustrer son propos en utilisant l'adverbe «notamment» suivi d'une phrase ayant pour clé la «capacité» du demandeur. Il apparaît normal, au nom de la qualité des soins, de s'interroger sur le point de savoir si le chirurgien-dentiste est encore compétent après une

période triennale de non-exercice, s'il s'est formé. Mais la juridiction dit peu sur le contrôle des compétences par les juridictions ordinaires. Quels efforts ayant pour objet de «conserver et mettre à jour ses connaissances professionnelles» (expression figurant dans l'arrêt du 4 juillet 2012) seront jugés suffisants?

Pour conclure, le chirurgien-dentiste prétendait que le principe d'impartialité avait été méconnu. Selon lui, la Chambre disciplinaire nationale qui a statué sur son recours était irrégulièrement composée en raison de la présence, au sein de cette formation, de deux assesseurs qui avaient siégé le 15 mai 2003, date de la décision qui confirmait la radiation. Le Conseil d'État balaye l'argument : «Aucun principe ni aucune règle générale de procédure ne s'opposent à ce que la juridiction disciplinaire, lorsqu'elle statue sur une demande de relèvement d'incapacité d'exercer, comporte, en partie ou en totalité, les mêmes membres que ceux qui avaient prononcé la radiation du tableau, dès lors que, sans rejurer le bien-fondé des mêmes faits, la juridiction ordinaire est appelée à déterminer [...] s'il y a lieu de maintenir l'incapacité qui en résulte.» ■

**David Jacotot**

(1) 4 juillet 2012, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> sous-sections réunies, n° 344922, publié au *Recueil Lebon*.

(2) Article L. 4122-3 du Code de la santé publique.

# Comment le droit des faillites s'est appliqué au praticien libéral

## En résumé

**L**e chirurgien-dentiste exerçant à titre individuel, qui est mis en redressement judiciaire, est en droit de bénéficier, comme les commerçants ou les artisans, de la remise automatique des pénalités, majorations de retard et frais de poursuite. Telle est la conclusion à laquelle se range la Cour de cassation. Au-delà de la solution elle-même, c'est sa source qui interroge. D'une loi qui ne vise pas littéralement le professionnel libéral, en passant par une décision du Conseil constitutionnel qui oblige à le voir entre les lignes de la règle de droit, à la Cour de cassation qui finalement s'incline, pour terminer par une loi modifiée par le législateur, le chemin du droit est parfois tortueux.

## Le contexte

Chacun sait maintenant que le droit des procédures collectives (communément appelé «droit des faillites») a été étendu à l'ensemble des membres des professions libérales (chirurgiens-dentistes, médecins, etc.) par la loi n° 2005-845 du 26 juillet 2005. Le législateur a ainsi entendu permettre aux praticiens exerçant à titre individuel de bénéficier d'un régime de traitement des dettes en cas de difficultés financières. Cette même loi a été à l'origine d'une autre règle favorable aux professionnels endettés : «Les

*pénalités, majorations de retard et frais de poursuite dus par le redevable [aux organismes de sécurité sociale, notamment, qui saisissent parfois le juge pour qu'une procédure collective soit ouverte à l'encontre de leur débiteur] sont remis à la date du jugement d'ouverture d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires.* » Ces «dettes» sont remises de plein droit, c'est-à-dire automatiquement, sans qu'il soit nécessaire qu'un juge intervienne. Cette règle de droit figure à l'article L. 243-5 du Code de la sécurité sociale et précise les différents bénéficiaires : «*le commerçant, la personne immatriculée au répertoire des*

*métiers, la personne physique exerçant une activité professionnelle indépendante, y compris une profession libérale, ou une personne morale de droit privé [...]*». Par exemple, si un chirurgien-dentiste libéral est mis en redressement judiciaire <sup>(1)</sup> par un tribunal de grande instance, il est en droit d'obtenir la remise des pénalités et majorations de retard dues aux organismes de sécurité sociale. Mais la liste des bénéficiaires énumérés à l'article L. 243-5 précité n'a pas toujours été celle-ci; elle a été modifiée par la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011. Avant cette dernière loi étaient uniquement cités «*le commerçant, l'artisan, la personne morale*» >>>

»»» de droit privé [une société par exemple] même non commerciale»; aucune référence n'était faite aux membres des professions libérales exerçant à titre individuel. D'où l'interrogation : avaient-ils droit à cette remise lorsque la procédure collective était ouverte avant la loi de 2011 ?

C'est cette question <sup>(2)</sup> qui est résolue par les juges à propos d'un litige qui oppose un chirurgien-dentiste à la Caisse autonome de retraite (CARCD). Les éléments essentiels du différend sont les suivants. Une procédure de redressement judiciaire est ouverte à l'encontre de ce praticien. La Caisse soutient être titulaire d'une créance de « pénalités, majorations de retard et frais de poursuite ». Cette dernière prétend que le professionnel de santé libéral ne peut obtenir la « remise » de la dette évoquée ci-dessus car l'article L. 243-5 du Code de la sécurité sociale ne s'applique qu'aux commerçants, artisans ou personnes morales de droit privé, et non à une personne exerçant une activité libérale comme l'intéressé. La loi de 2011 ne régit pas les situations nées antérieurement à elle dès lors que le législateur n'a pas prévu sa rétroactivité. La cour d'appel rend un arrêt, en date du 14 avril 2011, qui reprend l'analyse de la CARCD : la dette n'est pas remise. Un pourvoi est alors formé : la Cour de cassation <sup>(3)</sup> casse l'arrêt d'appel sur ce point. En définitive, le



chirurgien-dentiste peut bénéficier de la remise de plein droit des pénalités et majorations de retard. Voyons par quel raisonnement la Cour aboutit à cette solution favorable au praticien.

### L'analyse

Pour bien comprendre l'arrêt de cassation, il convient de présenter, de manière chronologique, la pièce qui, en réalité, s'est jouée en plusieurs actes.

**1<sup>er</sup> acte.** Le texte applicable au jour de l'ouverture du redres-

sement judiciaire est clair : il ne vise pas le professionnel libéral ! C'est pourquoi la Cour de cassation refusait la remise automatique. Elle statua en ce sens dans plusieurs affaires : entre un médecin exerçant à titre individuel et la Caisse autonome de retraite des médecins de France <sup>(4)</sup>; entre un masseur kinésithérapeute exerçant à titre libéral et la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers masseurs kinésithérapeutes pédicures, podologues, orthophonistes et orthoptistes <sup>(5)</sup>. **2<sup>e</sup> acte.** Le Conseil constitutionnel a été saisi par la Cour de cassation <sup>(6)</sup> d'une ques-



tion prioritaire de constitutionnalité (QPC) posée par un médecin. Malgré l'ouverture d'une procédure collective, il n'avait pas obtenu la remise des pénalités et majorations de retard dues à la Caisse autonome de retraite des médecins de France. Ce praticien soutenait que l'article L. 243-5 du Code de la sécurité sociale, interprété comme ne concernant pas les professionnels libéraux, portait atteinte au «*principe d'égalité devant la loi garanti par les articles 1<sup>er</sup> et 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789*». L'idée est claire : convaincre qu'il faut changer l'interprétation de la loi sans toucher à ses mots <sup>(7)</sup> ! Et ce à grand renfort de règles constitutionnelles, lesquelles sont hiérarchiquement supérieures aux lois. Citons l'article 6 de la Déclaration de 1789 : «*La loi [...] doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse.*» Pour autant, le principe d'égalité est manié avec prudence par le Conseil constitutionnel qui décide que «*ce principe ne s'oppose ni à ce que législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit*». S'agissant du médecin en redressement judiciaire traité différemment du commerçant par exemple, l'égalité

est-elle rompue ? Oui répond le Conseil constitutionnel <sup>(8)</sup>. Pourquoi ? Rappelons l'un des buts assignés à la loi du 26 juillet 2005 : l'extension du droit des procédures collectives aux professionnels libéraux. Au regard de cette finalité, l'on ne voit pas ce qui justifierait de les priver de la remise de plein droit. L'article L. 243-5 doit donc être lu (entre les lignes) comme visant le professionnel libéral.

**3<sup>e</sup> acte.** Qu'en est-il de la situation du chirurgien-dentiste à qui la cour d'appel a cependant refusé le bénéfice de la remise automatique des pénalités et intérêts de retard ? Ce qui a valu pour le médecin vaut également pour le chirurgien-dentiste. D'où l'arrêt de cassation du 12 juillet 2012 dont on citera le paragraphe significatif : «*Il résulte de l'article L. 243-5 du Code de la sécurité sociale, interprété à la lumière de la décision du Conseil constitutionnel <sup>(9)</sup> [...], que les dispositions de cet article ne sauraient, sans méconnaître le principe d'égalité devant la loi, être interprétées comme excluant les membres des professions libérales, exerçant à titre individuel, du bénéfice de la remise de plein droit des pénalités, majorations de retard et frais de poursuite dus aux organismes de sécurité sociale [la haute juridiction s'incline devant la décision du Conseil constitutionnel]. Dès lors, en confirmant l'admission au passif du redressement judiciaire du chirurgien-dentiste*

*de la créance de pénalités, majorations de retard et frais de poursuite produits par la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes aux motifs que l'article L. 243-5 n'est applicable qu'aux commerçants, artisans [version du texte antérieure à la loi de 2011], et non pas à une personne exerçant une activité libérale comme l'intéressé, la cour d'appel a violé ce texte.*»

**4<sup>e</sup> et dernier acte :** l'article L. 243-5 vise dorénavant, rappelons-le, «*la personne physique exerçant une activité professionnelle indépendante, y compris une profession libérale*». ■

David Jacotot

(1) Un redressement judiciaire est prononcé lorsque le praticien est en l'état de cessation des paiements, c'est-à-dire quand l'actif disponible ne permet pas d'apurer le passif exigible.

(2) Il y en avait d'autres que l'on ne traitera pas.

(3) 2<sup>e</sup> chambre civile, 12 juillet 2012, n° 11-19861, publié au *Bulletin*.

(4) 2<sup>e</sup> chambre civile, 12 février 2009, n° 08-13459.

(5) 2<sup>e</sup> chambre civile, 12 février 2009, n° 08-10470 ; et s'agissant également d'une infirmière, 2<sup>e</sup> chambre civile, 14 janvier 2010, n° 09-65485.

Voir Thierry Tauran, « Incidences d'une remise en redressement judiciaire sur les majorations de retard afférentes aux cotisations impayées », *La Semaine juridique*, édition sociale, n° 20, 12 mai 2009, 1218.

(6) 2<sup>e</sup> chambre civile, 16 décembre 2010, arrêt n° 2339.

(7) La loi a été, par la suite, en 2011, modifiée.

(8) DC n° 2010-101, 11 février 2011.

(9) Voir le 2<sup>e</sup> acte, auquel se réfère expressément la Cour de cassation.

# L'école de Nice

« **J'** aime faire avancer les choses » explique Philippe Brenier, ancien président des Journées de Nice, membre du comité scientifique du CNFCO et, depuis le 4 mai dernier, membre de la commission scientifique indépendante du développement professionnel continu (DPC) au titre de « *personnalité qualifiée* ». Ce credo a l'air de fonctionner puisque, au moment où ce portrait a été réalisé, Philippe Brenier préparait ses valises pour les JO de Londres où il accompagnait la délégation des nageurs niçois, revenue lestée de médailles sur la Promenade des Anglais.

« **Notre métier médical implique le devoir de nous former. Le DPC active une dimension de contrôle nécessaire.** »

Mais c'est quelque chose d'un peu plus subtil qu'il faut lire derrière le propos volontariste de ce Marseillais devenu Niçois d'adoption : plutôt que d'attraper la lumière des *sunlights* sur le devant de la scène, Philippe Brenier préfère le travail dans les coulisses, là où les décisions se prennent. Rien n'indiquait pourtant, en surface, qu'il allait devenir un praticien visant l'excellence et s'investissant au service de ses confrères. Il réussit le concours de médecine, mais s'oriente vers l'odontologie, non pas par vocation, mais parce qu'il y avait des amis... « *J'ai fait des études que je qualifie-*

*rais de moyennes* » admet-il encore. Et c'est par amitié qu'il va s'installer en libéral à Nice avec un camarade de rugby. Il ne quittera plus jamais la Baie des Anges où il exerce aujourd'hui avec son épouse dans un cabinet de groupe.

Cette désinvolture et ce parcours tracé par les circonstances de la vie ne sont qu'apparences. Professionnellement, Philippe Brenier admet sans afféterie ni forfanterie avoir réussi une belle carrière. Mais de surcroît, pour lui, « *la réussite ne consiste pas à se regarder le nombril, mais à s'engager pour redonner ce que l'exercice d'une profession vous a apporté* ».

C'est, entre autres, dans la formation continue odontologique qu'il va actionner ce « *renvoi d'ascenseur* ». Ancien vice-président de l'Or-

dre départemental, il présidera, outre les Journées dentaires de Nice, le Cercle d'études dentaires et stomatologiques de la Côte d'Azur et entrera au comité scientifique du CNFCO en 2006.

Le voilà donc désormais membre de la commission scientifique du DPC qu'il regarde pour l'heure avec une certaine circonspection. « *Le concept est bon parce qu'il active une dimension de contrôle, qui n'a jamais été appliquée auparavant. Je sais que ce propos peu choquer, mais je ne comprends pas que certains praticiens estiment ne pas devoir se former. Nous exerçons un*



## SES DATES

**1983** : Diplôme de chirurgie dentaire

**2004-2008** : Vice-président de l'Ordre des Alpes-Maritimes

**2006** : Membre du comité scientifique du CNFCO

**2012** : Membre de la commission scientifique indépendante du DPC

*métier médical et cela nous donne des devoirs.* »

Pour le reste, sans surprise, le fonctionnement du DPC lui apparaît comme une usine à gaz, entre autres parce qu'il met dans un pot commun les professions médicales et de santé comme si ces professions partageaient toutes du degré zéro en termes d'organisation de leur formation post-universitaire. Il se souvient : « *On a passé une heure, au cabinet du ministre de la Santé, à m'expliquer à quel point le DPC était un outil fantastique. Je n'étais pas tellement convaincu. Pourtant, j'estime qu'avec des aménagements le DPC pourrait fonctionner.* » Toujours ce même volontarisme. ■

# Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

## ✓ CARTE CPS

Le déploiement de la carte CPS dite « de troisième génération » arrive à son terme. D'ici à octobre prochain, tous les chirurgiens-dentistes recevront leur carte CPS, véritable carte d'identité professionnelle et personnelle. L'Asip Santé, en charge du déploiement des cartes, met à la disposition des confrères un numéro Azur pour toute question sur la CPS.



## ✓ SEUIL DE TVA

Pour la collaboration libérale et le remplacement libéral, le seuil légal de rétrocession d'honoraires au-delà duquel la franchise de TVA ne s'applique plus restera identique en 2012 à celui de 2011 : 32600 euros HT avec un seuil de tolérance à 34600 euros HT. Si la rétrocession d'honoraires du collaborateur libéral (ou du remplaçant libéral) au titulaire dépasse 34600 euros HT, il y a donc perte de la franchise de TVA.



## ✓ SEL, SCP ET IMMATRICULATION DU CABINET SECONDAIRE

Les sociétés d'exercice ayant obtenu la dérogation de leur conseil départemental de l'Ordre pour l'ouverture d'un cabinet secondaire doivent impérativement, dans un délai d'un mois, immatriculer ce dernier au greffe du tribunal de commerce. Le numéro de Siret attribué au cabinet secondaire est nécessaire pour mettre à jour la CPS du praticien associé de la SEL ou de la SCP.

## ✓ NGAP ET SUPPLÉMENT POUR PLAQUE MÉTALLIQUE

L'article 3 de la NGAP contient un « nota » aux termes duquel en présence de « dents absentes remplacées par une prothèse conjointe, les cotations à appliquer sont celles prévues pour les prothèses adjointes ». Mais ce « nota », selon les juridictions, ne concerne pas « le supplément pour plaque métallique ». La Cour de cassation considère que ce supplément n'a donc pas à être pris en charge en l'hypothèse d'une prothèse conjointe.



# Passeport implantaire

Un visa pour  
la sécurité  
du patient  
et du praticien



En téléchargement sur le site de l'Ordre  
à la rubrique « *Sécurisez votre exercice* », le passeport implantaire,  
dûment renseigné puis remis au patient, vous permet de remplir  
vos obligations en termes de matériovigilance  
et de traçabilité des matériaux et des soins.



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