

La Lettre

**Le manifeste de la profession
sur la formation continue** p. 10

**ANSM : les indications
à l'amalgame en 2015** p. 14

**Tout savoir sur les commissions
de qualification** p. 26



Une loi de santé controversée



4

L'ÉVÉNEMENT

LOI TOURAINE

Une loi de santé controversée

ACTUALITÉS

- 8** OBSERVATOIRE DE LA SÉCURITÉ
66 praticiens agressés en 2014
- 10** COMMUNIQUÉ
Un manifeste de la profession
sur la formation continue
- 11** FORMATION CONTINUE
Vers une réforme du DPC
- 12** APPEL À CANDIDATURES
Élections des membres du Conseil national
- 14** MERCURE DENTAIRE
Les indications et contre-indications
à l'amalgame en 2015
- 17** IGNORANCE
Nouveau : les praticiens interdits de CFAO ?
- 18** FORMATION INITIALE
Cinq passerelles d'accès aux études dentaires
- 20** LA VIE DE L'ORDRE
Cotisation ordinaire : les raisons
d'une hausse
- 21** SITUATIONS D'URGENCE MÉDICALE
Du nouveau sur la formation aux gestes
et soins d'urgence
- 22** PERCEPTION DES DROITS D'AUTEUR
Désaccord majeur entre l'Ordre et la Sacem
- 25** EN BREF

26



DOSSIER

SPÉCIALITÉS

Qualifications : mode d'emploi

JURIDIQUE

- 34** COUR DE CASSATION
Double affiliation aux régimes
de retraite pour les présidents de SEL
- 38** DROIT DU TRAVAIL
L'Impact limité du compte pénibilité
dans le dentaire

PORTRAIT

- 42** SEPEHR ZARRINE
Un homme, deux arts

LA LETTRE EXPRESS

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

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr





Christian Couzinou
Président
du Conseil national

Valeurs

À l'heure où nous écrivons ces lignes, la France est encore sous l'effet de souffle des attentats du début de l'année et de la mobilisation nationale inouïe qui s'ensuivit. On comprend d'autant mieux cette période d'apesanteur actuelle qu'on la partage pleinement.

Ce qui pouvait passer, avant ces événements, pour le plus petit dénominateur commun de notre cohésion nationale, est apparu, avec la démonstration que les Français ont donnée lors des manifestations du 11 janvier, comme un lien prépondérant entre les citoyens, bien au-dessus de leurs différences. Mais inévitablement, l'expression de ces différences, dans le cadre de la vie démocratique, va reprendre ses droits. Et c'est très bien ainsi.

À l'heure où nous écrivons ces lignes, le Conseil national travaille à la conception d'une campagne de communication véhiculant nos valeurs de thérapeutes engagés dans la bonne santé bucco-dentaire des Français. Cette campagne devrait sortir dans la presse d'ici à la fin mars. Car ce qui se prépare aujourd'hui heurte de plein fouet les valeurs auxquelles nous sommes attachés : l'indépendance professionnelle, la liberté thérapeutique et le libre choix du patient pour son praticien. Nous savons que les chirurgiens-dentistes véhiculent individuellement, mais de manière informelle, ces valeurs. C'est pourquoi collectivement,

« La profession doit affirmer haut et fort ses valeurs d'indépendance professionnelle, de liberté thérapeutique et de libre choix du patient pour son praticien. »

la profession doit les affirmer haut et fort.

Le lien entre les Français

et l'ensemble d'une profession, que l'on voudrait réduire à une corporation de « revendeurs » de prothèses, doit aujourd'hui être réaffirmé. Une profession médicale ne peut s'exercer sans confiance individuelle ni collective des patients. C'est le sens de l'action de communication sur laquelle nous travaillons.





UNE LOI DE SANTÉ controversée

Après Emmanuel Macron, ce sera au tour de Marisol Touraine de présenter sa loi de santé, *a priori* au printemps prochain. Un texte qui cristallise les oppositions chez les professionnels de santé.



»»» Pourquoi le projet de loi de santé, porté par Marisol Touraine, soulève-t-il un tel tollé, d'abord chez les médecins généralistes qui appellent depuis décembre dernier à la grève, mais plus largement dans l'ensemble des professions de santé ? La crispation vient du projet d'extension du tiers payant à l'horizon 2017 à tous les assurés, mais aussi d'une certaine forme d'«étatisation» de l'organisation des soins, illustrée par le pouvoir conféré aux agences régionales de santé (ARS) ⁽¹⁾.

Articulé autour de trois axes – «Prévenir avant d'avoir à guérir», «Faciliter la santé au quotidien» et «Innover pour consolider l'excellence de notre système de santé» –, le projet de loi de santé redistribue une grande partie des pouvoirs de gestion et de décision aux ARS. Concrètement, de quoi s'agit-il ?

Les pouvoirs des ARS seront augmentés puisqu'elles vont diriger un «service territorial de

santé». Selon le projet de loi, l'objectif visé consiste à «optimiser la coordination entre les professionnels de santé pour améliorer et protéger l'état de santé de la population et réduire des inégalités sociales et territoriales de santé». Les ARS auront la capacité de délimiter «les territoires donnant lieu à l'organisation d'un service territorial de santé au public» ainsi que «les zones donnant lieu à la répartition des activités et équipements, à l'application des règles de territorialité aux laboratoires de biologie et à l'organisation des soins de premier recours. [...] Les ARS disposeront de moyens juridiques et financiers pour organiser ce service territorial de santé : droit des autorisations, contrats d'objectifs et de moyens, aides à l'installation des professionnels libéraux, mobilisation du fonds d'intervention régional, ou encore déploiement de plateformes territoriales d'appui pour faciliter la prise en



charge des patients complexes par les professionnels». Autrement dit, ce dispositif donne pleins pouvoirs aux ARS pour réguler seules l'offre de soins (ville, hôpital, médico-social). Outre la perte d'indépendance que craignent les professionnels libéraux, ces mesures telles qu'inscrites aujourd'hui dans le projet de loi de santé sont regardées comme la main toute puissante de l'État dans l'organisation des soins. Certains y voient même une première étape dans la remise en question de la liberté d'installation. Voilà pour les mesures d'ordre général.

S'agissant de notre profession, l'Ordre des chirurgiens-dentistes a travaillé à la rédaction de trois amendements qui seront portés par la représentation nationale. Le premier concerne l'inscription du métier d'assistante dentaire dans le Code de la santé publique. Le deuxième est relatif à l'inscription des

Une mobilisation intacte

Les attentats qui ont meurtri le pays les 7 et 9 janvier derniers et le grand élan d'unité nationale, dimanche 11 janvier, lors des marches à Paris et dans toute la France, ont conduit l'UNAPL à surseoir à la manifestation du 22 janvier dernier, manifestation qui avait reçu le soutien de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Dans ces heures graves, c'est le temps de l'unité nationale autour des valeurs de la démocratie et de la liberté d'expression qui priment. L'Ordre, comme les autres organisations représentant les professions de santé, reste bien sûr mobilisé. Et, parce que l'image des chirurgiens-dentistes a été dégradée avec des discours laissant notamment supposer que les praticiens se livraient à une «surfacturation» sur les prothèses, ce qui est un non-sens, le Conseil national travaille désormais à une campagne de communication véhiculant nos valeurs de thérapeutes attachés à la santé bucco-dentaire des Français.

chirurgiens-dentistes à la liste des prescripteurs de substituts nicotiques. Le troisième, plus technique, mais non moins important, porte sur l'harmonisation des délais de conservation des dossiers médicaux détenus par les établissements de santé. S'agissant toujours de notre profession, le projet de loi comporte certaines dispositions, détaillées ci-dessous, qui auront des incidences sur notre exercice.

PRIX D'ACHAT DE LA PROTHÈSE

La disposition imposant au praticien d'informer le patient sur le prix d'achat de la prothèse ne figure pas dans le projet de loi. Cependant, les déclarations d'Emmanuel Macron, qui souhaite verser cette mesure dans le projet de loi de santé, et l'absence d'opposition affichée par Marisol Touraine, laissent penser que, par amendement du gouvernement, une telle disposition fera bien l'objet d'une discussion au Parlement. L'Ordre, bien entendu, s'opposera à cette mesure, comme il a déjà eu l'occasion de le souligner.

REFUS DE SOINS

Inscrite dans la première version du projet de loi, la mesure portant création d'un observatoire des refus de soins n'a finalement pas été retenue. Le texte prévoit néanmoins que l'Ordre évalue le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins. En pratique, il s'agira pour l'instance ordinale de réaliser ou de faire réaliser des tests auprès des chirurgiens-dentistes permet-

tant de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins.

AMÉLIORER LA COORDINATION VILLE/HÔPITAL

Une « lettre de liaison » du patient sera instaurée de la ville vers l'hôpital et de l'hôpital vers la ville. Ces lettres seront remises au patient. Elles pourront être dématérialisées et insérées dans le dossier médical personnel (DMP) du patient avant d'être envoyées aux praticiens concernés par messagerie sécurisée.

DPC

Le texte prévoit un toilettage des dispositions relatives au développement professionnel continu avec un futur décret du Conseil d'État qui déterminera des règles d'organisation et de prise en charge propres à chaque secteur d'activité. D'autre part, les commissions scientifiques indépendantes (CSI) assureront le contrôle de l'offre et de la qualité du DPC, la notion d'évaluation par la CSI étant supprimée.

SERVICE PUBLIC D'INFORMATION EN SANTÉ

Il s'agit pour le gouvernement de créer une plateforme multimédia accessible et à jour pour « aider les citoyens à s'orienter dans le système sanitaire et médico-social ». Ce dispositif permettra notamment aux usagers d'obtenir l'adresse des professionnels de santé à proximité de leur domicile, mais aussi des informations sur leurs droits, la prévention, les différentes pathologies ou leur traitement. Cette plateforme sera

L'ESSENTIEL

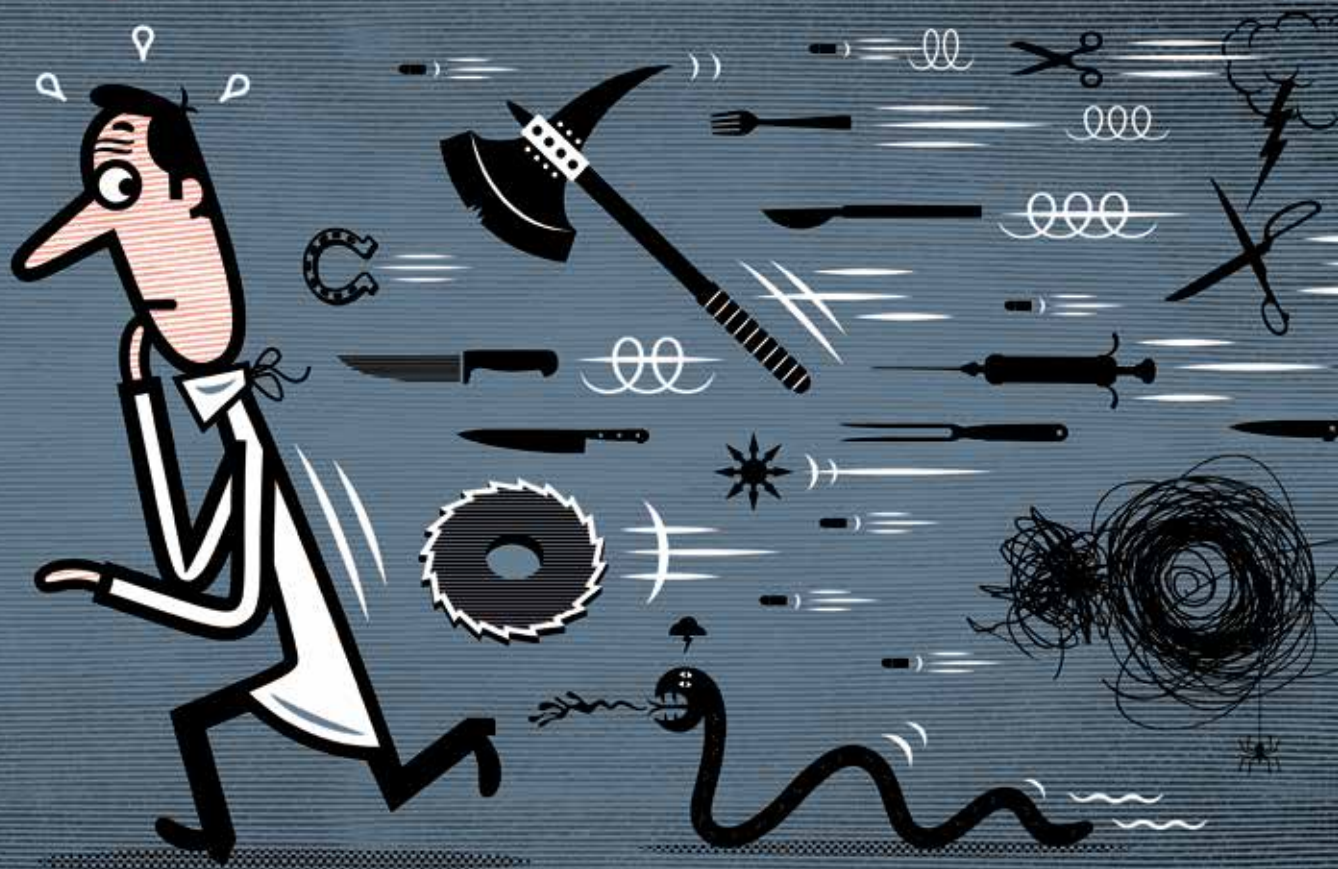
- ✓ Le projet de loi de santé suscite de nombreuses interrogations et de vives inquiétudes de la part des professionnels de santé.
- ✓ La déclaration du prix d'achat de la prothèse au patient serait la principale mesure d'impact direct sur notre profession.
- ✓ Le Conseil national défend trois amendements dont l'inscription des assistantes dentaires au Code de la santé publique.

mise en place à l'échelle nationale et régionale via les ARS.

HÉBERGEURS DE DONNÉES DE SANTÉ

« Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic ou de soins pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil des dites données ou pour le compte du patient lui-même doit être agréée à cet effet. Cet [hébergement], quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne concernée en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. » Autrement dit, le texte prévoit d'affirmer sans ambiguïté la nécessité d'un agrément pour tout hébergeur de données de santé. ■

(1) Dès le 1^{er} juillet 2015, le tiers payant sera étendu aux bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé.



66 praticiens agressés en 2014

L'Ordre insiste sur le fait que les praticiens victimes de violences, verbales comme physiques, peuvent être accompagnés par les conseils départementaux. Toute agression, même verbale, doit systématiquement être suivie d'un dépôt de plainte.

En 2014, l'Observatoire de la sécurité des praticiens de l'Ordre a recensé 66 agressions physiques et/ou verbales de chirurgiens-dentistes dans le cadre de leur exercice. Au total, 71 incidents – transmis à l'Observatoire de la sécuri-

té – ont concerné 97 personnes (66 praticiens, 31 salariés et/ou patients). On sait d'ores et déjà que, pour 2015, le bilan s'alourdira puisque l'on a appris le meurtre d'un confrère le 6 janvier dernier à Marseille, crime pour lequel l'auteur et les motifs

sont encore inconnus. Ce meurtre n'est pas sans rappeler celui d'une consœur tuée à Marseille, en mars 2013, suite à un différend avec un patient pour une centaine d'euros... S'agissant des chiffres 2014 de l'Observatoire, cinq chirur-

giens-dentistes ont été physiquement agressés avec coups et blessures volontaires. L'un d'entre eux a payé un lourd tribut avec 15 jours d'incapacité totale de travailler (ITT). Au total, neuf praticiens et/ou salariés agressés ont été dans



l'incapacité de travailler pour des durées allant de 2 à 15 jours. Notons, par ailleurs, qu'une agression s'est produite avec une arme à feu. S'agissant des agresseurs, 46 d'entre eux étaient des patients et 13 des accompagnateurs.

Les motifs des agressions sont multiples : douleur pendant les soins, exigence d'une consultation immédiate sans rendez-vous, devis non pris en charge par la CMU, refus d'antidater les feuilles de soins, tentative de racket, dégradation volontaire des locaux ou agression téléphonique. Dans le détail, huit déclarations portaient sur la qualité des soins, six sur

leur coût et quatre sur le temps d'attente. 12 vols ont également été recensés en 2014 (matériel dentaire, anesthésiques, un dossier médical, matériel informatique, un téléphone portable et un porte-monnaie). Les chiffres de l'Observatoire indiquent que les cabinets de ville concentrent le plus d'agressions avec 64 incidents recensés (dont deux en centre de santé). Du point de vue de la situation géographique, 39 agressions ont été commises en milieu urbain et en centre-ville contre 18 en banlieue et 12 en zone rurale. Des chiffres en baisse par rapport à ceux de 2013 (respectivement 52, 18 et 19 agressions). Enfin, une seule agression s'est produite lors d'une garde.

« Les chiffres 2014 montrent que les chirurgiens-dentistes demeurent très exposés aux violences. Ils ne reflètent d'ailleurs pas tout à fait la réalité

Une démarche de dialogue avec le conseil départemental permettrait de mieux évaluer l'insécurité et donc de mieux y répondre.

puisque un phénomène de sous-déclaration a été observé, essentiellement pour les violences verbales mais également pour les violences physiques», explique Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national, en charge

Déclarer une agression

L'Observatoire repose sur les déclarations d'incident émanant des praticiens victimes. Il fait remonter ces informations aux ministères concernés ⁽¹⁾ dans le cadre du protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordres, destiné à trouver des solutions adaptées aux cas d'insécurité. La « Fiche de déclaration d'incident à visée observationnelle » est téléchargeable sur le site Internet de l'Ordre à la rubrique « Sécurisez votre exercice/Divers/Sécurité des chirurgiens-dentistes ». Une fois remplie, la fiche doit être adressée au conseil départemental qui se chargera de relayer l'information auprès du Conseil national. Rappelons que des conseillers départementaux sont à l'écoute du praticien victime en cas de besoin.

(1) Ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé.

de l'Observatoire. Et d'ajouter : « Les agressions ne peuvent être banalisées quelle que soit leur nature. Il est fondamental que les confrères et consœurs victimes d'agression remplissent une fiche de déclaration d'incident. » Rappelons que l'Observatoire est un outil de pilo-

victimes à remplir une fiche de déclaration et à la transmettre à leur conseil départemental qui fera remonter l'information au Conseil national (lire l'encadré « Déclarer une agression »). D'autre part, les conseils départementaux sont à l'écoute des praticiens victimes d'une agression. « Cette démarche de dialogue avec le conseil départemental, encore trop peu suivie, permettrait de mieux évaluer l'insécurité et donc de mieux y répondre », selon Myriam Garnier, qui insiste sur le fait que « toute agression, même verbale, doit être systématiquement suivie d'une plainte déposée au tribunal ». Le conseil départemental de l'Ordre peut s'associer à la plainte et se porter partie civile. ■

Un manifeste de la profession sur la formation continue

Nous publions ci-dessous un texte cosigné par l'Ordre, l'ADF, la Conférence des doyens, la Conférence des chefs de service d'odontologie des CHU, la CNSD, l'UJCD et le Syndicat national des odontologistes des hôpitaux publics.

NOUS, CHIRURGIENS-DENTISTES,

associations scientifiques, Ordre national, syndicats, hospitalo-universitaires et praticiens hospitaliers représentant la médecine bucco-dentaire, faisons part de notre réelle inquiétude devant la situation critique de la formation continue de notre profession.

Nous affirmons notre volonté de promouvoir et de participer activement à l'organisation d'une formation continue adaptée à la santé, à la sécurité des patients et à la qualité des soins, aux besoins de la médecine bucco-dentaire et aux objectifs de santé publique.

Nous considérons la formation continue comme un «continuum» obligatoire et essentiel à la formation et à la compétence des praticiens tout au long de leur exercice. Nous reconnaissons comme légitime et obligatoire dans nos parcours de formation la place du développement professionnel continu (thème et méthodologie).

Nous manifestons notre intérêt pour les méthodologies d'évaluation des pratiques préconisées par la Haute Autorité de santé dans le cadre du DPC.

Nous voulons continuer à promouvoir l'interprofessionnalité et les actions transversales de formation.

CEPENDANT,

nous constatons que la mise en place d'un DPC générique à toutes les professions de santé se révèle un échec du fait de son architecture administrative complexe, de sa dotation financière représentant 20 % seulement du budget nécessaire, et d'une gestion pratique déconcertante.

Nous constatons que le système n'est ni crédible ni légitime aux yeux de la profession. L'irruption du DPC et la déstabilisation des organisations de FC gérées par la profession ont été mal acceptées. Elles provoquent une confusion aboutissant au délaissement global de la

FC et à la mise en péril de notre FC autonome largement implantée dans toutes nos régions.

Nous constatons que le périmètre de notre FC déborde très largement les orientations nationales annuelles choisies par le ministère constituant les seules obligations légales de FC.

Enfin, l'annonce dans les réformes souhaitées du système d'une limitation des orientations nationales tant en champ qu'en volume risque encore de restreindre l'application d'un DPC générique à la médecine bucco-dentaire.

EN CONSÉQUENCE :

voulant doter notre profession d'une formation continue adaptée et de qualité : Nous souhaitons une redéfinition pour tout chirurgien-dentiste du parcours minimal consacré à la FC (durée et modules) pour une périodicité à convenir. Nous souhaitons également que soit mise en

place une Haute Autorité de formation odontologique continue chargée de définir les objectifs de formation (intégrant l'obligation de DPC), les modalités de reconnaissance des organismes de formation et de validation des parcours de formation.

À défaut, nous demandons que figure de manière explicite dans l'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009 traitant de l'obligation annuelle de FC une mention détaillant clairement que l'obligation légale de DPC ne saurait être considérée comme suffisante par rapport aux exigences de compétence et de sécurité dues à la population.

Nous sollicitons, de manière urgente, des entretiens avec les pouvoirs publics (ministère des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des femmes, HAS, Uncam et OGDPC) pour débattre de ces problématiques et mettre en place les solutions «ad hoc» définies conjointement. ■

Vers une réforme du DPC ?

Marisol Touraine a lancé en janvier une concertation pour refonder le DPC. Composée de quatre séances de travail, cette concertation doit aboutir à des propositions concrètes.

Apparemment, le ministère de la Santé a décidé d'accélérer les choses sur le dossier du DPC. Quatre réunions ont été programmées, auxquelles le Conseil national est invité, visant à réformer le DPC et son organisation, en janvier et février. Apparemment, le périmètre de cette réforme semble largement ouvert puisque les différentes thématiques à l'ordre du jour couvrent l'ensemble des problèmes pointés par l'Igas dans son rapport sur le DPC paru en avril 2014. C'est d'ailleurs la ministre elle-même qui l'affirme puisque, dans un courrier en date de novembre dernier, Mari-

sol Touraine annonçait à l'Ordre le lancement de cette concertation sur le DPC. « *Je souhaite engager, écrit-elle, avec l'ensemble des parties prenantes la réflexion nécessaire pour refonder un dispositif pérenne et partagé.* »

En pratique, les quatre réunions sont supposées « *aboutir à des propositions concrètes de réforme* », selon le ministère de la Santé. Une première réunion sera consacrée au périmètre du DPC, au contenu des programmes et à la nature de l'obligation de DPC. La deuxième réunion portera sur « *les missions des opérateurs, la veille et le contrôle de la qualité de l'offre*



de formation ». La troisième réunion aura pour thème la gouvernance du dispositif. Enfin, la quatrième réunion aura pour objectif de procéder à une « *synthèse* » permettant une réforme du dispositif.

On aura en tout cas compris que la ministre ne souhaite pas une remise en question du DPC, qui comptait parmi les différents scénarii envisagés par l'Igas. Au contraire.

« *Le DPC, indique la ministre, en proposant aux professionnels de santé une démarche exigeante alliant la réflexion sur leurs pratiques et la mise en œuvre d'actions de formation, concourt à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. J'entends réaffirmer cet axe fondamental et remédier aux difficultés actuellement constatées.* » Dont acte. ■

L'ESSENTIEL

- ✓ Marisol Touraine a lancé une concertation sur le DPC visant à la réforme du dispositif.
- ✓ Cette concertation prend la forme de quatre séances de travail programmées entre janvier et février avec l'objectif d'aboutir à des propositions concrètes de réforme.
- ✓ Le Conseil national de l'Ordre est partie prenante de ces discussions.

ÉLECTIONS DES MEMBRES DU CONSEIL NATIONAL

APPEL À CANDIDATURES

RENOUVELLEMENT PAR MOITIÉ

Conformément aux dispositions :

→ de l'article L. 4142-1 du Code de la santé publique et de l'arrêté du 2 mars 1973 modifié par l'arrêté du 4 décembre 1996, relatifs à la composition du Conseil national de l'Ordre;

→ des articles R. 4122-1, R. 4122-2, R. 4122-3, R. 4122-4 et R. 4122-4-1 du Code de la santé publique réglementant les élections des membres du Conseil national de l'Ordre;

→ et de l'article 62 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes procédera aux élections des membres du Conseil des secteurs sortants :

- 2^e, 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, 9^e et 11^e secteurs,
- un membre représentant le département de la Réunion,
- un membre supplémentaire représentant les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique.

**CES ÉLECTIONS SONT FIXÉES AU
MERCREDI 10 JUIN 2015 À 10 HEURES**

Postes à pourvoir selon les secteurs :

→ **Deuxième secteur : 1 membre**
Haute-Normandie – Nord-Pas-de-Calais – Picardie :
Aisne, Eure, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Seine-Maritime et Somme

→ **Troisième secteur : 1 membre**
Basse-Normandie – Bretagne :
Calvados, Côtes-d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine, Manche, Morbihan et Orne

→ **Quatrième secteur : 1 membre**
Alsace – Champagne-Ardenne – Lorraine :
Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin et Vosges

→ **Cinquième secteur : 1 membre**

Bourgogne – Franche-Comté :
Côte-d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne et Territoire de Belfort

→ **Sixième secteur : 1 membre**
Centre – Pays de la Loire : Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loire-Atlantique, Loiret, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée

→ **Septième secteur : 2 membres**
Rhône-Alpes : Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Loire, Rhône, Savoie et Haute-Savoie

→ **Neuvième secteur : 1 membre**
Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées :
Ariège, Aude, Aveyron, Gard, Haute-Garonne, Gers, Hérault, Lot, Lozère, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Tarn et Tarn-et-Garonne

→ **Onzième secteur : 1 membre**
Auvergne – Limousin – Poitou-Charentes :
Allier, Cantal, Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Deux-Sèvres, Vienne et Haute-Vienne

→ **1 membre représentant
le département de la Réunion**

Par ailleurs, le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes procédera également à une élection complémentaire en vue de mener à son terme jusqu'en juin 2018 le mandat de notre confrère le D^r Patrick Houëlche, chirurgien-dentiste, docteur en chirurgie dentaire (réélu le 4 juin 2009), démissionnaire de son poste de conseiller national, représentant les départements de la **Guadeloupe**, de la **Guyane** et de la **Martinique**.

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

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

DÉPÔT DE CANDIDATURE

30 jours au moins avant le jour de l'élection, c'est-à-dire le **jeudi 7 mai 2015, à 16 heures.**

Les candidats devront faire connaître, par **lettre recommandée avec avis de réception**, leur candidature au président du Conseil national de l'Ordre, 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 75761 Paris Cedex 16 (article R. 4122-1 du Code de la santé publique). Dans sa déclaration de candidature, le candidat doit indiquer sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels. Le candidat doit signer sa déclaration de candidature.

Les candidats ont la possibilité de rédiger à l'attention des électeurs une profession de foi qui sera jointe à l'envoi des documents électoraux. Celle-ci, rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 mm x 297 mm en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique. Toute candidature parvenue après 16 heures le jeudi 7 mai 2015 est irrecevable.

RETRAIT DE CANDIDATURE

La date limite de retrait par un praticien de sa candidature est fixée au lundi 11 mai 2015 à 10 heures. Le retrait doit être notifié au Conseil national par lettre recommandée avec avis de réception ou déposé au siège du Conseil contre récépissé.

ÉLECTEURS

Sont électeurs les membres titulaires des conseils départementaux des secteurs désignés ci-dessus. Le président du Conseil national leur transmettra les noms, prénoms et adresses des candidats et le matériel de vote.

VOTE

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

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

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

DÉPOUILLEMENT

Le dépouillement aura lieu sans désemparer, le mercredi 10 juin 2015 après la clôture du scrutin, au siège du Conseil national, 22, rue Émile-Ménier, BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16, en séance publique, sous la surveillance du bureau de vote désigné par le président du Conseil national sur proposition du bureau de ce Conseil.

Les indications et contre-indications à l'amalgame en 2015

L'ANSM vient d'actualiser ses recommandations en matière d'amalgame dentaire. Le Conseil national invite les praticiens à s'y conformer scrupuleusement.

« **L'**amalgame dentaire doit être considéré comme un matériau d'obturation de bonne qualité, ce qui justifie le maintien de son utilisation en chirurgie dentaire ⁽¹⁾. » Voilà ce que concluait il y a dix ans l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans ses recommandations. Sur le fond, l'ANSM ne modifie pas cette approche dans ses dernières recommandations en date

mesure alternative, mais annonce qu'une étude *ad hoc* fera l'objet d'une publication future.

L'ANSM affirme ainsi sa « volonté de voir diminuer de façon importante l'utilisation des amalgames à base de mercure dans les traitements de la carie dentaire ». Elle émet à cette fin des recommandations à destination des chirurgiens-dentistes en recensant les situations cliniques « limitées »

à l'amalgame ainsi que les règles de bonnes pratiques à respecter au cabinet dentaire ⁽²⁾.

SITUATIONS LIMITÉES

En pratique, l'ANSM indique que « l'amalgame dentaire est adapté pour la restauration des dents permanentes postérieures en cas de prévalence carieuse élevée et de lésions multiples et étendues. Ce matériau peut également être utilisé en cas d'impossibilité de mise en place d'un champ opératoire étanche (digue dentaire) pour réaliser un soin par technique adhésive en méthode directe, notamment pour les lésions étendues ».

L'ANSM distingue deux situations pour lesquelles l'utilisation de l'amalgame dentaire n'est pas justifiée :

– chez des patients ayant des antécédents d'allergie au mercure avérés et identifiés par des tests épicutanés;

– chez les patients dont le rein est fragilisé par des antécédents d'atteinte de leur fonction rénale.

Au rang des mesures de précaution à prendre, elle recense six situations distinctes :

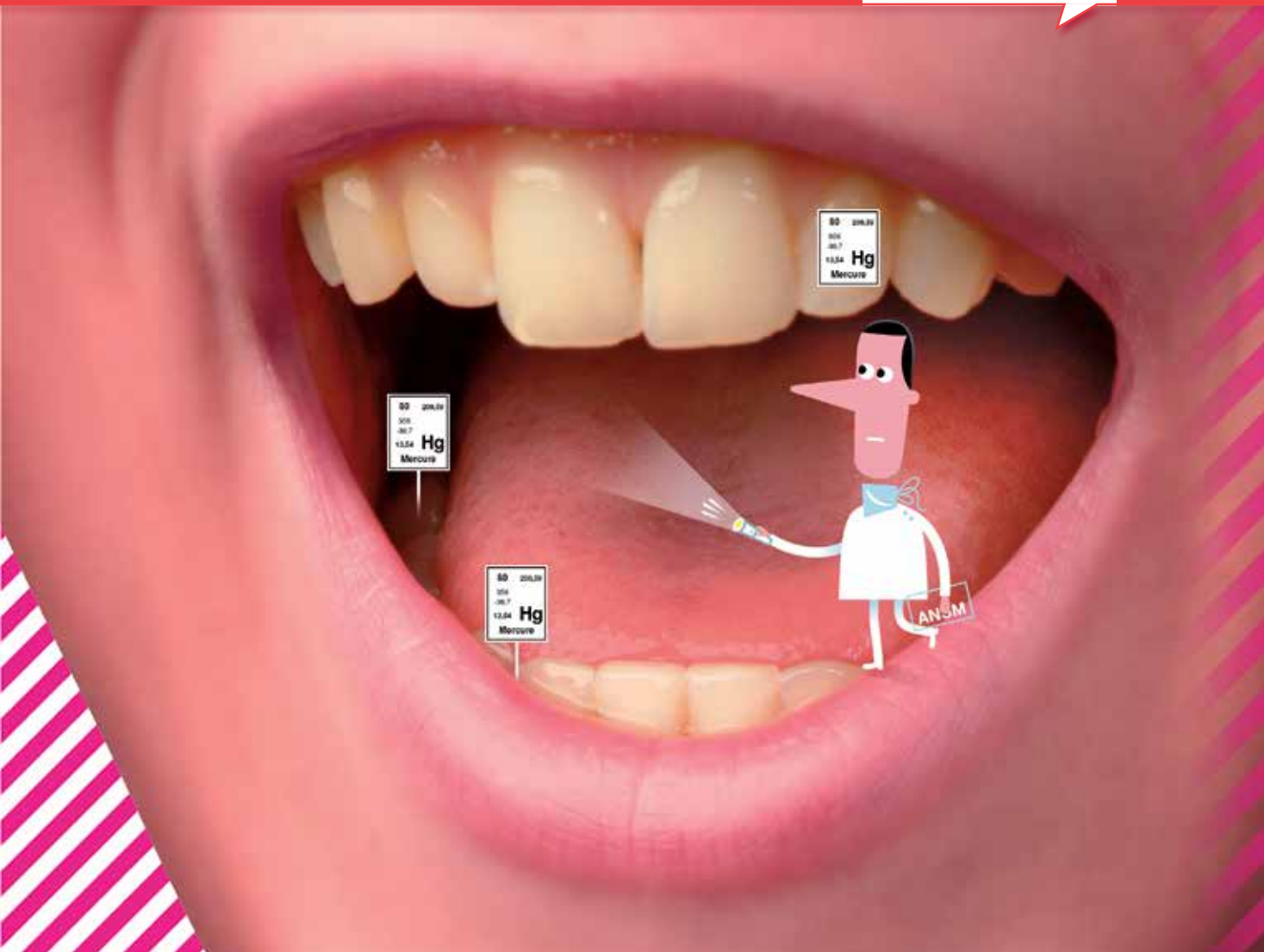
- **Grossesse :** « La dépose des amalgames dentaires doit être évitée chez la femme enceinte et chez la femme allaitante. Le praticien évaluera en fonction de chaque situation clinique la nécessité de la pose de l'amalgame plutôt que celle d'un matériau adhésif. »

- **Allaitement :** « La présence d'amalgame dentaire chez la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement. »

Une réduction massive de l'utilisation des amalgames à base de mercure dans le traitement de la carie dentaire est préconisée.

de décembre 2014, tout en plaidant désormais pour une diminution de son utilisation. Relevons qu'elle n'avance aucune

pour lesquelles l'amalgame peut encore être utilisé. Elle dresse également un état des contre-indications au recours



- **Polymétallisme** : « La mise en place d'amalgames au contact direct ou indirect d'éléments en al-

lichénoïdes localisées au contact direct d'amalgames peut justifier la dépose d'obturations par

Le patient doit être informé du choix du matériau d'obturation ainsi que des bénéfices et des risques connus liés aux techniques de restauration.

liage de métaux précieux, d'ancrages en laiton doré (de type screw-post) ou d'autres restaurations métalliques doit être évitée.»

- **Lésions lichénoïdes** : « La présence de lésions

ailleurs satisfaisantes.»

- **Dents temporaires** : « Pour la restauration des dents temporaires, les amalgames dentaires ne sont indiqués qu'en toute dernière intention.»

- **Blanchiment dentaire** : « Il est fortement déconseillé d'effectuer des éclaircissements sur les dents obturées par des amalgames.»

DES RÈGLES DE BONNE PRATIQUE

Au-delà des principes de précaution liés à l'utilisation des amalgames, l'ANSM énonce des règles de bonnes pratiques :

- **Conditionnement**. Les amalgames doivent être utilisés sous un conditionnement en capsules prédosées ⁽³⁾.

- **Fraisage et repolissage**. Si le fraisage et le repolissage de l'amalgame sont pratiqués, ils doivent toujours être réalisés sous irrigation, aspiration et autant que possible avec un champ opératoire (diague dentaire).

- **Hygiène et bonnes pratiques**. Les règles d'hygiène et les bonnes pratiques relatives à l'utilisation des amalgames dentaires doivent être respectées afin de limiter autant que possible la concentration de mercure dans



l'atmosphère des cabinets dentaires (4).

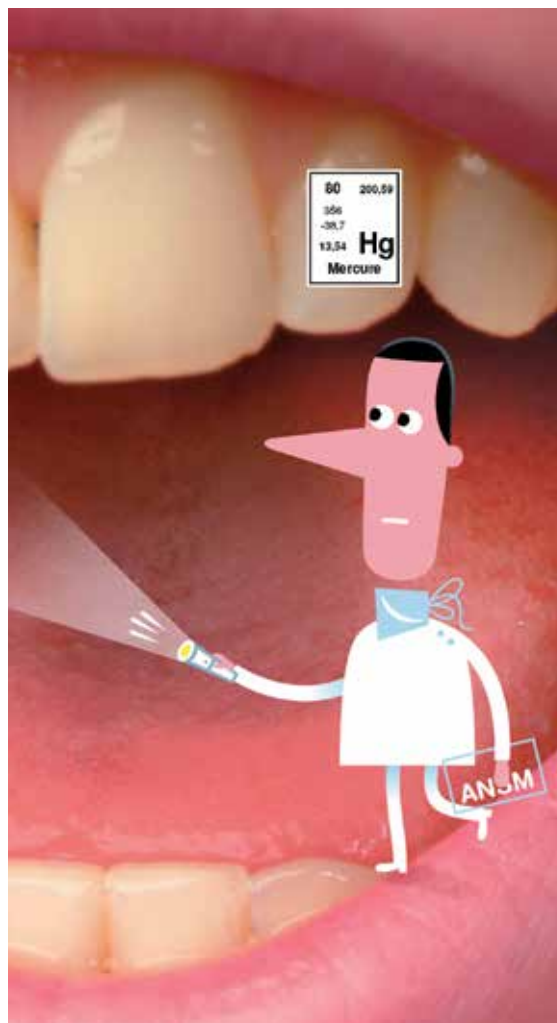
En outre, l'ANSM recommande aux chirurgiens-dentistes de :

- Noter dans le dossier des patients la marque et, si possible, le numéro de lot des amalgames mis en place et tenir ces références à la disposition tant des patients qui le demandent que de l'ANSM.

- Dans le cadre du système de déclaration d'incidents de matériovigilance, il est rappelé aux chirurgiens-dentistes leur obligation de signaler à l'ANSM toute survenue d'un incident ou risque d'incident grave lors de l'utilisation d'un dispositif médical.

INFORMATION DU PATIENT

Enfin, l'ANSM rappelle qu'«il est nécessaire d'informer le patient de façon complète concernant le



choix du matériau d'obturation, et les bénéfices et

risques connus liés à ces techniques de restauration».

Le Conseil national recommande aux praticiens d'appliquer scrupuleusement ces recommandations. Et se félicite que l'ANSM ait su garder la tête froide en basant ses recommandations sur des études reconnues par la communauté scientifique internationale. ■

L'ESSENTIEL

- ✓ L'ANSM publie de nouvelles recommandations sur le recours à l'amalgame en médecine bucco-dentaire.
- ✓ L'Agence a dressé un état des indications et contre-indications au recours à l'amalgame.
- ✓ L'Agence plaide par ailleurs pour une diminution du recours à l'amalgame en annonçant une étude sur les alternatives à ce matériau, mais sans en fixer la date.

(1) Selon le rapport de l'Afssaps *Le Mercure des amalgames dentaires. Actualisation des connaissances. Mise en place d'un réseau d'évaluation pluridisciplinaire. Recommandations*, octobre 2005, p. 91.

(2) Les recommandations de l'ANSM sont téléchargeables en fichier PDF à partir de l'adresse <http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Amalgames-dentaires-a-base-de-mercure-Recommandations-pour-les-professionnels-de-sante-et-information-des-patients-Point-d-Information>

(3) En application de la décision du 14 décembre 2000 relative à l'interdiction d'importation, de mise sur le marché et d'utilisation des amalgames dentaires non conditionnés sous cette forme prise par le directeur général de l'Afssaps.

(4) Voir notamment l'arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires (JO du 7 avril 1998).

Pour aller plus loin

- **Stratégies de prévention de la carie dentaire, Haute Autorité de santé (mars 2010) :** http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
- **Convention de Minamata sur le mercure (janvier 2013) :** http://www.mercuryconvention.org/Portals/11/documents/conventionText/Minamata%20Convention%20on%20Mercury_f.pdf

Nouveau : les praticiens interdits de CFAO ?

Encore une controverse autour de la prothèse dentaire. Plusieurs parlementaires, qui s'interrogent sur notre capacité à utiliser la technique CFAO, l'ont alimentée.

Oui, les chirurgiens-dentistes ont la possibilité de recourir à la conception et à la fabrication assistées par ordinateur (CFAO) pour réaliser des prothèses dentaires. Ignorance ou provocation, le sénateur Cédric Perrin (Territoire de Belfort) a posé une question écrite à Marisol Touraine s'interrogeant sur le recours à la CFAO par les praticiens ⁽¹⁾. Pour le sénateur en effet, «*la fabrication de prothèses dentaires par les chirurgiens-dentistes engendre deux difficultés importantes*», à commencer par la première : «*l'accomplissement d'un acte par une profession qui n'est pas qualifiée pour l'accomplir*». N'importe quoi.

Si Marisol Touraine n'a, à ce jour, pas répondu à Cédric Perrin, Christian Couzinou, président du Conseil national, s'est donné la liberté d'éclairer



Au Sénat (photo), Cédric Perrin s'interroge à haute voix sur la capacité des chirurgiens-dentistes à recourir à la CFAO.

la lanterne du sénateur en lui adressant un courrier dans lequel il rappelle que, depuis la création de notre profession, un «*chirurgien-dentiste peut posséder un laboratoire de prothèses au sein de son cabinet dentaire. De fait, il a la possibilité soit de fabriquer lui-même la prothèse, soit d'employer un prothésiste dentaire*».

Cédric Perrin sous-entendait aussi dans sa question écrite à la ministre que le recours à la CFAO pouvait conduire les praticiens à exercer leur profession

comme un commerce : «*La nécessité de rentabiliser l'investissement important que représente l'achat d'un matériel CFAO risque d'inciter le recours à des actes abusifs. En outre, aucune des études réalisées ne permet d'affirmer que la CFAO en cabinet dentaire puisse faire baisser le prix des prothèses dentaires payées par les patients.*» Ce à quoi Christian Couzinou a répondu que «*la CFAO a le mérite d'être une technique qui apporte un avantage sans précédent pour le patient. En effet, au cours d'une*

même séance sont réalisées la taille de la dent, la prise d'empreintes, la fabrication et la pose de couronne».

Quatre autres sénateurs ont posé une question écrite du même acabit à Marisol Touraine l'alertant sur «*une incitation à effectuer des actes abusifs afin de rentabiliser cet investissement*» ⁽²⁾. Crispant. ■

(1) Question écrite n° 13884 de M. Cédric Perrin, UMP, publiée dans le *JO Sénat* du 27 novembre 2014.

(2) Jean-Claude Carle (Haute-Savoie, UMP), Patricia Schillinger (Haut-Rhin, SOC), Vivette Lopez (Gard, UMP) et Michel Boutant (Charente, SOC).



Cinq passerelles d'accès aux études dentaires

Cinq passerelles dont une nouvelle permettront à certains étudiants d'entrer, sous conditions, en 2^e ou en 3^e année d'études en odontologie. Ce système impacte le numerus clausus global qui passe en 2015 de 1 198 à 1 274 postes.

A compter de la prochaine année universitaire, une nouvelle passerelle vient s'ajouter aux trois déjà existantes pour l'accès à la 2^e année des études en odontologie. Sans compter la passerelle d'accès à la 3^e année, elle aussi préexistante. Grâce à ces passerelles, 110 étudiants supplémentaires pourront suivre des études en odontologie, et 81 d'entre eux n'emprunteront pas la voie classi-

que qui suppose, à l'issue de la première année commune aux études de santé (PACES), de satisfaire aux épreuves classantes nationales (ECN). Au total, avec ces 110 étudiants bénéficiant d'une passerelle, 1 274 étudiants seront autorisés à poursuivre leurs études en 2^e année d'études d'odontologie en 2015 ⁽¹⁾ et 24 en 3^e année. Les modalités d'accès et le nombre de postes à pourvoir sont présentés ci-dessous.

1^{re} PASSERELLE VERS LA 2^e ANNÉE

Dix étudiants qui ont validé à Paris V, Paris VII ou Paris XIII, une 2^e ou une 3^e année d'une licence adaptée seront admis en 2^e année d'études d'odontologie sans avoir à passer le concours de la PACES ⁽²⁾.

2^e PASSERELLE VERS LA 2^e ANNÉE

13 étudiants seront admis à poursuivre leurs études

en 2^e année, s'ils remplissent les conditions énoncées ci-après :

– avoir obtenu l'un des 12 diplômes d'État ou certificats de capacité suivants : sage-femme, infirmier, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, pédicure-podologue, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, technicien en analyses biomédicales, technicien supérieur en imagerie mé-

dicale et radiologie thérapeutique, orthophoniste et orthoptiste ⁽³⁾ ;

– justifier d'un exercice professionnel d'une durée de deux ans au minimum après l'obtention du diplôme mentionné ci-dessus ;

– les candidats ayant déjà bénéficié de deux inscriptions en 1^{re} année du 1^{er} cycle des études médicales ou pharmaceutiques ou en Paces ne sont autorisés à s'inscrire qu'une seule fois ;

– avoir réussi les épreuves de l'ECN sans avoir été obligé de suivre la Paces.

Le candidat doit déposer un dossier auprès de l'UFR dispensant la formation en odontologie. L'admission se fait sur dossier, avec passage devant un jury.

3^e PASSERELLE VERS LA 2^e ANNÉE

47 étudiants sont admis à poursuivre leurs études en 2^e année, s'ils remplissent l'une des deux conditions suivantes :

– soit être titulaire (au plus tard au 1^{er} octobre de l'année considérée) de l'un des diplômes suivants : diplôme national de master, diplôme d'études approfondies, diplôme d'études supérieures spécialisées, diplôme des écoles de commerce conférant le

grade de master, diplôme des instituts d'études politiques conférant le grade de master, titre correspondant à la validation de 300 crédits européens ;

– soit, en vue d'une admission dans une filière différente de leur filière d'origine, pouvoir justifier de la validation de deux années d'études ou de 120 crédits européens dans un cursus médical, odontologique, pharmaceutique ou de sage-femme au-delà de la 1^{re} année.

Dans cette configuration, les candidats ne suivent pas la Paces et ne passent pas les épreuves classantes. Il s'agit d'une admission directe, sur dossier, avec passage devant un jury.

Cette passerelle vise à intégrer des étudiants venus d'autres horizons avec des profils différents dans les études en dentaire.

4^e PASSERELLE VERS LA 2^e ANNÉE

16 étudiants sont admis à poursuivre leurs études en odontologie s'ils ont exercé leur droit au rattrapage. Il s'agit d'étudiants ayant validé au moins deux années d'études ou 120 crédits européens dans la filière choisie à l'issue de la Paces et qui regrettent leur choix. Ils peuvent alors être autori-

L'ESSENTIEL

✓ 5 arrêtés parus au JO le 31 décembre 2014 fixent le nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études en 2^e ou en 3^e année d'études en odontologie pour 2015-2016.

✓ Par le jeu de ces admissions parallèles, le numerus clausus est porté à 1 274 pour l'entrée en 2^e année en 2015.

sés à se réorienter dans la filière à laquelle ils pouvaient initialement prétendre à l'issue des épreuves de classement de fin de 1^{re} année. Les candidats doivent déposer un dossier auprès de l'UFR dispensant la formation envisagée. L'admission se fait sur dossier, avec passage devant un jury.

5^e PASSERELLE VERS LA 3^e ANNÉE

24 étudiants sont admis à poursuivre leurs études en 3^e année, s'ils remplissent l'une des quatre conditions suivantes :

– soit être titulaire – au plus tard au 1^{er} octobre de l'année considérée – de l'un de ces diplômes : diplôme d'État de docteur en médecine, diplôme d'État de docteur en pharmacie, diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire, diplôme d'État de sage-femme, diplôme d'État de docteur vétérinaire, doctorat ;

– soit être titulaire d'un titre d'ingénieur diplômé ;

– soit être ancien élève de l'une des écoles normales supérieures. Toutefois, les élèves de ces écoles peuvent demander à s'inscrire s'ils ont accompli deux années d'études et validé une 1^{re} année de master ;

– soit appartenir au corps des enseignants-chercheurs de l'enseignement supérieur et exercer son activité d'enseignement dans une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie.

Il s'agit d'une admission directe, sur dossier, avec passage devant un jury. ■

(1) Arrêté du 29 décembre 2014 (textes n^{os} 106, 108, 109, 110 et 111).

(2) Dans le cadre des expérimentations des nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques mises en œuvre par l'arrêté du 20 février 2014.

(3) Le diplôme de sage-femme doit avoir été obtenu avant l'année universitaire 2002-2003.

Cotisation ordinale : les raisons d'une hausse

Des charges exceptionnelles ont conduit le Conseil national à augmenter de 11 euros la cotisation ordinale en 2015. Explication.

Lors de sa dernière session, le Conseil national a décidé d'augmenter la cotisation ordinale. En pratique, la cotisation passe à 410 euros en 2015, soit une hausse de 2,5 %. Le Conseil national est parfaitement conscient que, en cette période de crise économique et de pressions de toute nature sur les praticiens, il demande un effort supplémentaire à ses ressortissants. Cette augmentation, de 11 euros, a été votée par le Conseil national pour deux raisons.

En premier lieu, des charges très lourdes pèsent désormais sur le budget de l'Ordre, dues aux actions en justice intentées par l'Ordre, entre autres contre les dérives de certains centres dits « *low cost* ». Nos ressortissants le savent, le Conseil national a fait de ce combat l'une de ses priorités d'action. Or, les poursuites engagées occasionnent des dépenses très importantes en frais de justice (avocats,



huissiers, etc.). Il est essentiel de comprendre que l'Ordre mène ce combat pour deux raisons majeures : la sécurité et la qualité des soins dispensés aux patients, d'une part, et le respect universel des règles déontologiques, d'autre part. Ainsi, tous les actes de publicité émanant de quelque personne que ce soit, c'est-à-dire de praticiens exerçant en individuel ou en groupe, mais aussi de personnes morales employant des praticiens, sont interdits par notre Code de déontologie et doivent être combattus. Il en est de même pour tout acte (les propositions de crédit

au patient, par exemple) relevant d'une pratique commerciale de notre profession. L'Ordre agit en tant que régulateur de la profession en attirant systématiquement devant la justice quiconque prétend s'affranchir des règles déontologiques. Mais cette politique de l'Ordre va bien au-delà du respect de la déontologie par la lutte contre la distorsion de concurrence entre praticiens et la publicité illégale. Elle relève aussi d'une politique plus globale visant à garantir la bonne image des chirurgiens-dentistes dans notre pays. Précisément, cette question de l'image est le

second motif pour lequel le Conseil national s'est résolu à augmenter la cotisation ordinale en 2015. Nous voulons parler ici, bien sûr, de la communication externe de l'Ordre, c'est-à-dire à destination des Françaises et des Français. Cette politique de communication externe va se manifester en 2015 par une campagne d'information sur laquelle le Conseil national est en train de travailler. L'image de notre profession médicale a été écornée. Nous devons dire aux Français qui nous sommes : des thérapeutes attachés à la bonne santé buccale de la population. ■

Du nouveau sur la formation aux gestes et soins d'urgence

Les praticiens comme le personnel des cabinets dentaires sont impactés par ces nouvelles dispositions.

Un nouvel arrêté relatif à « l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence » (AFGSU) est paru le 30 décembre dernier et modifie sensiblement la donne en la matière. Ce texte maintient les trois niveaux d'attestation, le champ des personnes concernées par chaque type d'attestation ayant été reconsidéré :

- **Un premier niveau pour les personnels non professionnels de santé**, le personnel exerçant dans un cabinet libéral auprès d'un professionnel libéral étant désormais cité de manière expresse. Le personnel d'un cabinet dentaire est donc concerné ;
- **Un deuxième niveau pour les professionnels de santé et les étudiants**, qui sont désormais expressément mentionnés ;
- **Un troisième niveau, réservé aux professionnels de santé**, et que nous ne détaillerons pas ici dans la



mesure où il correspond à une formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle.

ATTESTATION DE NIVEAU 1

Cette attestation concerne, nous l'avons dit, les personnels non professionnels de santé du cabinet dentaire. Elle a pour objet l'acquisition des connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence vitale ou potentielle, et la réalisation des gestes adaptés à cette situation. Sa durée est de 12 heures et comporte trois mo-

dules. La délivrance de l'attestation est subordonnée à la validation de ces trois modules. **La durée de sa validité est de quatre ans et sa « prorogation », pour la même durée, qui est désormais encadrée, est subordonnée au suivi d'une formation d'une demi-journée.**

ATTESTATION DE NIVEAU 2

Elle concerne les professionnels de santé, et donc les chirurgiens-dentistes, et a pour objet l'acquisition de connaissances permettant l'identification d'une situation d'ur-

gence à caractère médical et sa prise en charge, seul ou en équipe, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale. **Le nouvel arrêté n'exige plus la détention d'un premier niveau pour accéder au second : seul le niveau 2 a été maintenu.** Sa durée est de 21 heures décomposées en trois modules. Comme pour le niveau 1, **la durée de sa validité est de quatre ans, mais sa prorogation de quatre ans est subordonnée au suivi d'une formation d'une journée.**

Rappelons que, en vertu du Code pénal, la non-assistance à personne en danger est un délit. Le nouvel arrêté, à l'instar de l'ancien texte de 2006, ne mentionne certes pas d'obligation, mais en cas de litige, il est évident que la détention par le praticien d'une AFGSU en cours de validité sera appréciée favorablement par le juge. ■

Désaccord majeur entre l'Ordre et la Sacem

La Sacem s'appuie sur un arrêt récent de la justice européenne et exige le versement d'une redevance pour les praticiens diffusant de la musique dans leur cabinet. Le Conseil national maintient son analyse, cet arrêt ne modifiant en aucun cas la donne.

Dans un courrier adressé au mois de novembre dernier au Conseil national, la Sacem n'y va pas par quatre chemins : « Si [...] vous persistez dans votre interprétation et incitez vos membres à refuser de solliciter une autorisation à la Sacem pour la communication publique des œuvres musicales protégées qu'ils effectuent, vous exposez ceux-ci [...] à une peine de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende. »

Pourtant, le Conseil national maintient sa position : il n'y a pas lieu, pour le praticien, de verser des droits, ni à la Sacem ni à la SPRE (Société pour la perception de la rémunération équitable) lorsqu'est diffusée de la musique dans la salle d'attente du cabinet dentaire.

Cette position s'appuie sur une décision de la

Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) relative à l'affaire dite « *Del Corso* » dans laquelle étaient opposés un praticien italien qui diffusait de la musique d'ambiance dans son cabinet dentaire et la Società Consortile Fonografici (homologue italien de la Sacem).

En supposant la présence de destinataires potentiels nombreux et indéterminés, la notion de « public » ne peut s'appliquer à la clientèle d'un cabinet dentaire.

Un élément judiciaire nouveau, sur lequel s'appuie la Sacem, est apparu avec l'arrêt dit « *OSA* » du 27 février 2014⁽¹⁾. Un établissement tchèque de cure thermique a voulu s'exonérer de la redevance pour la diffusion de musique dans ses chambres arguant de l'arrêt *Del Corso*. La Cour européenne ne lui a pas donné raison, et la Sacem l'interprète en sa faveur, interpréta-

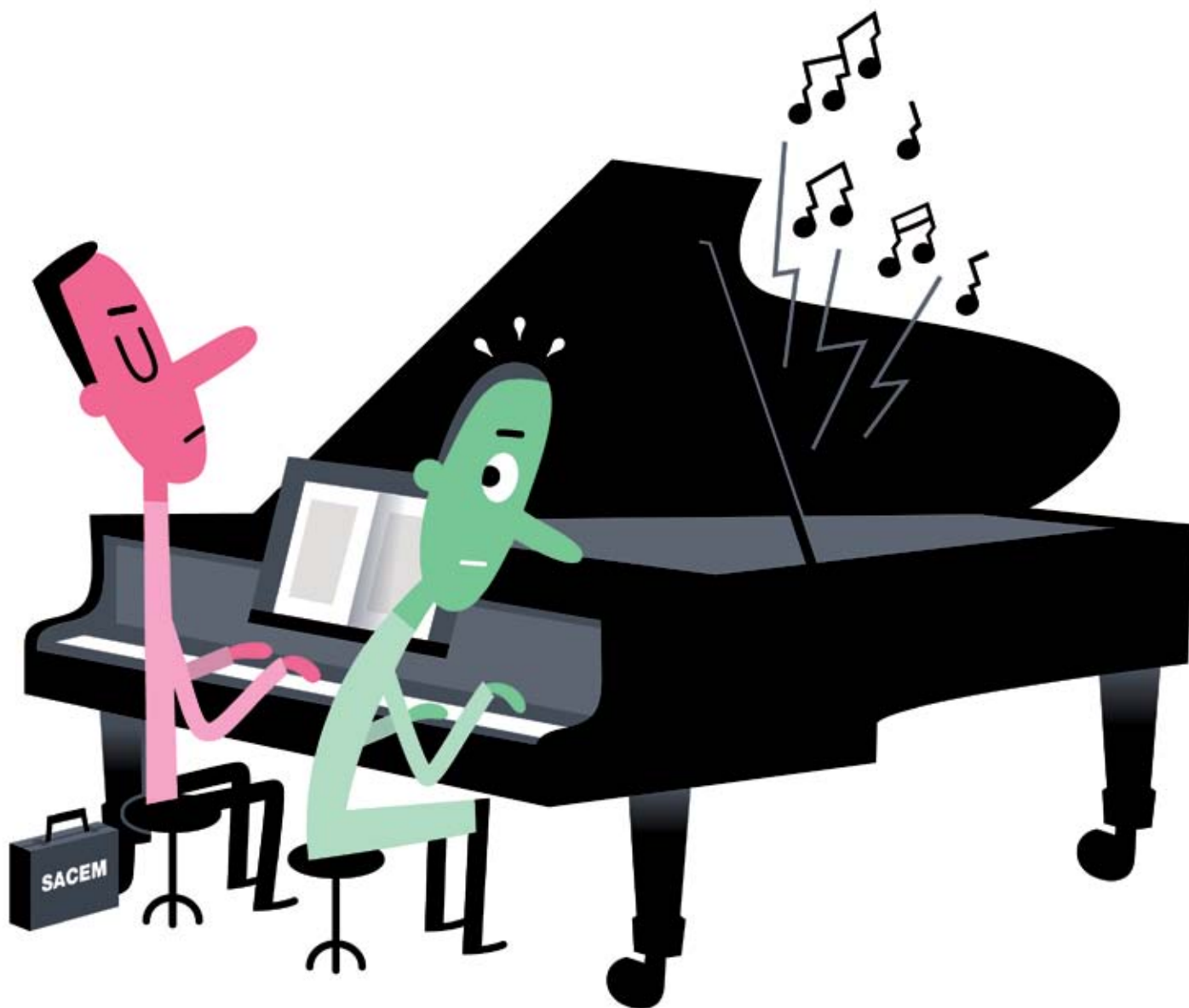
tion qui ne résiste pas à l'analyse.

Les possibilités de déroger au paiement des droits d'auteurs – et des droits qui leur sont voisins – pour avoir diffusé leurs œuvres auprès d'un public sont peu nombreuses, et le juge européen ne s'en écarte pas aisé-

ment. L'établissement de cure thermique tchèque l'a appris à ses dépens l'an passé. Pour se soustraire au paiement des droits d'auteur issus de la diffusion musicale dans l'établissement, il s'est comparé à un hôpital ou à un institut offrant des soins à des personnes en situation de handicap, cas prévus par le législateur. Il a aussi estimé être dans une situation

comparable à celle d'un cabinet dentaire, cas particulier qui a été établi par la jurisprudence. Aucune de ces comparaisons n'a été retenue par la CJUE dans sa décision du 27 février 2014.

Mais s'agissant de notre profession, il faut insister sur le fait que, le 15 mars 2012, dans l'affaire *Del Corso*, le juge européen a constaté que l'ensemble des conditions à réunir pour le paiement de droits à caractère compensatoire aux artistes interprètes, aux exécutants et aux producteurs de phonogrammes (les « *droits voisins* » aux droits d'auteur) n'est pas réuni lorsqu'une musique d'ambiance est radiodiffusée en la présence de patients dans un cabinet dentaire privé. D'une part, les patients d'un chirurgien-dentiste constituent un « *ensemble de destinataires potentiels déterminé* », plu-



tôt qu'un groupe indéterminé de «*personnes en général*», comme le spécifie le droit européen.

D'autre part, la radiodiffusion d'une musique d'ambiance n'est pas susceptible d'avoir une incidence sur les honoraires fixés par le chirurgien-dentiste, et les patients sont exposés à la musique sans avoir exercé un choix en la matière. En

outre, «*la notion de "public" [...] vise un nombre indéterminé de destinataires potentiels et implique, par ailleurs, un nombre de personnes assez important*». Or, leur nombre dans la salle d'attente d'un cabinet dentaire est trop limité, estime le juge.

Ce faisant, cette décision Del Corso déroge à ce que l'on entend en droit

par «*public*», et l'établissement tchèque a été tenté de ne pas laisser cette dérogation à la seule activité dentaire, mais de l'étendre à celle de la cure thermique.

Comparaison n'est pas raison. Le juge le sait bien lui qui, traditionnellement, pour interpréter une disposition du droit de l'UE, doit tenir compte tant du libellé

et de l'objectif de celui-ci que du contexte de cette disposition.

Ainsi, ce ne sont ni la catégorie de la santé ni la patientèle qui fondent l'exception à la notion de «*communication au public*». La jurisprudence Del Corso ne s'appuie pas sur la nature d'un secteur d'activité (la restauration, l'hôtellerie, les soins de santé), mais repose



» sur une appréciation du contexte matériel dans lequel la musique est diffusée. De ce point de vue, la diffusion de la musique dans les chambres des curistes est plus proche de celle d'un hôtel que d'une salle d'attente. Pour répondre au cas dont il est saisi, le juge tient à rappeler que le droit de l'UE en cause « *a pour objectif principal d'instaurer un niveau élevé de protection en faveur des auteurs,*

gées et considère que les principes tirés de sa décision Del Corso «ne sont pas pertinents» pour l'établissement thermal, puisqu'ils concernent les droits voisins et non les droits d'auteur qui font l'objet du litige en Tchèque. Dont acte. Il en va toutefois des droits d'auteur comme des droits voisins : la notion de «public» rappelle encore le juge, «vise un nombre déterminé de destinataires

Les conditions de la diffusion d'œuvres musicales dans un établissement de cure thermique ne sont pas comparables à celles d'une salle d'attente.

permettant à ceux-ci d'obtenir une rémunération appropriée» pour l'utilisation de leurs œuvres. Il s'ensuit que la notion de «communication au public [...] doit être entendue au sens large».

Le juge distingue néanmoins entre les droits des œuvres musicales proté-

ges potentiels et implique, par ailleurs, un nombre de personnes assez important». La comparaison d'un établissement thermal avec un cabinet dentaire, dans tous les cas, ne peut donc tenir. Car «un établissement thermal est susceptible d'héberger, à la fois au même mo-



ment et successivement, un nombre indéterminé, mais assez important, de personnes pouvant recevoir les radiodiffusions dans leur chambre».

À cette lumière, la nature de l'hébergement n'y change rien, et «*la simple circonstance que les patients d'un établissement thermal y sont généralement hébergés pendant une période plus longue que ne le sont les clients dans un hôtel n'est pas de nature à infirmer cette constatation, dès lors que, par les effets cumulatifs qui résultent de la mise à disposition des œuvres auprès de tels patients, celle-ci est toujours susceptible de concerner un*

sez important». Dans la décision, le juge vérifie un dernier critère avant de conclure que «*la communication par un établissement thermal, tel que celui en cause au principal, d'œuvres protégées, par la distribution délibérée d'un signal au moyen de récepteurs de télévision ou de radio, dans les chambres des patients de cet établissement constitue une «communication au public»*» selon le droit de l'UE. L'établissement thermal ne peut en conséquence s'exempter du paiement des droits d'auteur. L'Ordre maintient donc sa position. ■

(1) Cour de justice de l'Union européenne, arrêt dans l'affaire C-351/12.

L'ESSENTIEL

✓ S'appuyant sur un arrêt récent de la Cour de justice de l'UE, la Sacem revient à la charge sur le paiement de la redevance relative à la diffusion de musique dans le cabinet dentaire des praticiens.

✓ Pour le Conseil national, cet arrêt dit «OSA» ne change rien.

✓ Selon l'Ordre, les praticiens ne sont pas dans l'obligation de verser une redevance à la Sacem ou à la SPRE.

Ad'ap : le document Cerfa est en ligne

Pour former une demande d'approbation d'un Agenda d'accessibilité programmée (Ad'ap) dans le cadre de la mise en accessibilité des cabinets dentaires, le document Cerfa n° 13824*03 « *Dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des établissements recevant du public aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique* » peut être téléchargé à partir de l'adresse <http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/R10190.xhtml>.

Par ailleurs, pour mieux connaître ses obligations en matière d'accessibilité, le gouvernement a mis à la disposition des usagers un kit de communication sur Internet, téléchargeable à partir de l'adresse <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Kit-de-communication,40864.html>. Le praticien pourra y consulter plusieurs outils pratiques sur les Ad'ap.

Parution

Unique en langue française, l'ouvrage *Parodontologie et dentisterie implantaire* couvre en deux volumes tous les aspects médicaux et chirurgicaux de la parodontologie et de la dentisterie implantaire, tant sur le plan fondamental que clinique. Il apporte aux praticiens l'information nécessaire à la prise de décision médicale lors du traitement des maladies parodontales et du remplacement des dents absentes à l'aide d'implants dentaires. Sous la direction du P^r Philippe Bouchard, cet ouvrage a été rédigé par plus de 110 experts et coordonné par un comité scientifique de 12 membres.

Philippe Bouchard, *Parodontologie et dentisterie implantaire* (volume 1 : médecine parodontale), Éditions Lavoisier, coll. « Dentaire », 2014, 682 pages.

Accord Europe-Canada

L'UE et le Canada pérennisent leurs relations et annoncent la signature prochaine d'un accord de libre-échange euro-canadien dans lequel un chapitre est consacré à la reconnaissance des professions réglementées, dont la nôtre. L'objectif : « Établir un cadre visant à faciliter la mise en place par les Parties d'un régime de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. »

Un grade de « master »

Un décret, publié au *Journal officiel* du 17 décembre 2014, confère aux titulaires du diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques (deuxième cycle) le grade de « master », conformément au schéma européen de l'enseignement supérieur LMD (licence-master-doctorat) des études de santé. Ce grade s'applique dès l'année universitaire 2014-2015.

Disparitions

Le Conseil national de l'Ordre vient d'apprendre le décès du **D^r Claude Bigarré**, à l'âge de 87 ans. Ancien président du conseil régional de Bretagne de 1988 à 2000, il fut membre du conseil régional de Bretagne de 1973 à 2000 et membre du conseil départemental de l'Ordre d'Ille-et-Vilaine de 1966 à 1978. Il fut décoré de la médaille d'argent du Conseil national de l'Ordre.

Henri Laffitte-Forsans nous a quittés le 19 décembre dernier. Président du conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques de 1988 à 1992, il en a été le secrétaire général de 1980 à 1988 et membre titulaire de 1972 à 1992.

À leurs familles, à leurs proches, le Conseil national présente ses plus vives condoléances.



QUALIFICATIONS mode d'emploi

Près d'un praticien sur deux obtient sa qualification dans l'une de nos trois spécialités, *via* les Commissions de qualification du Conseil national. L'occasion d'en rappeler le principe et le fonctionnement.

Depuis 2011, date de la création des Commissions de qualification, 231 chirurgiens-dentistes – sur 492 ayant déposé un dossier – ont obtenu une qualification dans l'une des trois spécialités de l'odontologie. Dans le détail, 49 praticiens ont été qualifiés en médecine bucco-dentaire, 54 en orthopédie dento-faciale, et 128 en chirurgie orale. Selon les statistiques établies par l'Ordre, près d'un praticien sur deux ayant déposé un dossier obtient sa qualification (47 %).

Dans ce dossier sont rappelés le fonctionnement des Commissions de qualification pour les trois spécialités, les procédures de qualification, la marche à suivre pour déposer une demande et, enfin, les critères sur lesquels se base l'Ordre pour délivrer la spécialité demandée.

LA COMPOSITION DES COMMISSIONS

Parallèlement au cursus «classique» de l'internat qualifiant, trois Commissions de qualification ont été mises en place en 2011 à destination des chirurgiens-dentistes en exercice qui, au regard de leurs expériences et formations, ont la possibilité de déposer un dossier de demande de qualification pour l'une des trois spécialités : orthopédie dento-faciale, chirurgie orale et médecine bucco-dentaire ⁽¹⁾.





Chaque spécialité dispose d'une Commission nationale de première instance et d'une commission d'appel. Ces commissions sont composées de :

- Trois chirurgiens-dentistes, professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) assurant l'enseignement de la spécialité intéressée dans une unité d'enseignement et de recherche d'odontologie;
- Deux chirurgiens-dentistes qualifiés dans la spécialité intéressée, désignés l'un sur proposition de l'organisation syndicale la plus représentative au plan national pour les chirurgiens-dentistes libéraux exerçant la spécialité intéressée, l'autre sur proposition de l'organisation la plus représentative au plan national pour les chirurgiens-dentistes hospitaliers exerçant la spécialité intéressée;
- Un représentant du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Ajoutons pour être complets qu'un représentant du ministère de la Santé assiste aux commissions, avec voix consultative.

Les membres des commissions sont nommés par arrêté du ministère de la Santé pour cinq ans renouvelables. Le PU-PH le plus ancien dans le grade le plus élevé a la charge de la présidence de la commission. Aucun mandat ne peut être engagé au-delà de 68 ans.

ADRESSER SA DEMANDE DE QUALIFICATION

Le praticien doit adresser sa demande de qualification accompagnée des pièces justificatives relatives à sa formation et à son expérience au conseil départemental de l'Ordre dont il relève, qui la transmet à la Commission nationale de



première instance. Pour les praticiens français résidant à l'étranger, et inscrits sur la liste spéciale tenue à cet effet par le Conseil national, la demande est adressée au conseil départemental de Paris.

La Commission rend un avis motivé qu'elle transmet simultanément au praticien et au conseil départemental lequel prendra une décision (favorable ou défavorable) sur l'obtention de la qualification.

La décision du conseil départemental est alors notifiée au praticien, au directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) du lieu d'exercice ainsi qu'au Conseil national de l'Ordre.

LES PROCÉDURES D'APPEL

Deux personnes ont capacité à former un recours : le chirurgien-dentiste et le conseil départemental de l'Ordre.

- Le chirurgien-dentiste qui s'est vu refuser la qualification par le conseil départemental après avis de la Commission nationale de première instance, peut faire appel de cette décision devant le Conseil national de l'Ordre dans le délai de deux mois suivant la date de la notification de la décision de refus de qualification prise par le conseil départemental;

- Le Conseil départemental qui estime, par une décision motivée, ne pas devoir suivre l'avis de la commission transmet alors au Conseil national de l'Ordre, dans les deux mois de la réception de l'avis de la Commission, le dossier de demande de qualification du praticien accompagné du procès-verbal de sa délibération. Il en avise le praticien dans le même temps.

Le Conseil national saisit alors



sans délai la commission nationale d'appel de ces recours. Le Conseil national peut également saisir, de sa propre initiative, la commission nationale d'appel des décisions du conseil départemental ⁽²⁾.

Après avis de la commission nationale d'appel, le Conseil national confirme ou infirme les décisions des conseils départementaux et statue sur les cas pour lesquels le conseil départemental avait estimé ne pas devoir suivre la Commission de qualification de première instance.

Le Conseil national notifie sa décision au praticien ainsi qu'au directeur de l'ARS et au conseil départemental de l'Ordre concernés.

La décision du Conseil national peut alors faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif du lieu de résidence professionnelle du praticien concerné.

LES PIÈCES JUSTIFICATIVES DU DOSSIER DE DEMANDE

Le praticien souhaitant obtenir la qualification doit adresser sa demande au conseil départemental dont il dépend. Celle-ci doit être accompagnée d'un dossier comportant toutes les pièces justifiant de la formation et/ou de l'expérience professionnelle du praticien dans la spécialité concernée.

Ainsi, le praticien doit joindre la liste des formations suivies en lien avec la spécialité demandée dans le cadre du développement professionnel continu et les justificatifs s'y rapportant. De la même façon, doit être jointe, s'il y a lieu, la liste des publications et des communications que le praticien a produites. Pour étudier l'activité du praticien dans la spécialité concernée, sont demandés :

- **Pour la qualification en chirurgie orale :**

- Praticiens libéraux

Le relevé Snir des deux dernières années et un relevé PMSI des activités réalisées au bloc opératoire.

- Praticiens salariés

Un relevé PMSI des activités réalisées au bloc opératoire.

- Praticiens libéraux et salariés

Tout document permettant de ju-

ger de l'activité en chirurgie orale.

- **Pour la qualification en médecine bucco-dentaire :**

- L'activité du praticien sera évaluée au travers de ses relevés Snir et/ou PMSI et/ou des relevés Riap des deux dernières années.

- **Pour la qualification en orthopédie dento-faciale :**

- Les relevés Snir ;

- Le nombre de cas traités depuis le début de l'exercice dans la discipline ;

- Le type des dysmorphoses traitées ;
- Les limitations que s'impose éventuellement le candidat dans sa pratique ;

- La durée globale et hebdomadaire de l'exercice exclusif.

Pour chacune des trois spécialités, les dossiers doivent obligatoirement être accompagnés d'un formulaire de demande de qualification, téléchargeable sur le site Internet de l'Ordre ([www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/Devenir-chirurgien-dentiste/Les spécialités en odontologie](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/Devenir-chirurgien-dentiste/Les-spécialités-en-odontologie)). Il est vivement conseillé au candidat de compléter son dossier de demande de qualification par une lettre de motivation. Il doit être envoyé en double exemplaire (un exemplaire pour le conseil départemental et un exemplaire pour la Commission). >>>

L'ESSENTIEL

✓ Depuis 2011, 231 chirurgiens-dentistes ont été qualifiés via les Commissions de qualification (49 praticiens en médecine bucco-dentaire, 54 praticiens en orthopédie dento-faciale, et 128 praticiens en chirurgie orale).

✓ Le praticien doit joindre à son dossier le formulaire de demande de qualification, téléchargeable sur le site Internet de l'Ordre ([www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/Devenir chirurgien-dentiste/Les spécialités en odontologie](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/Devenir-chirurgien-dentiste/Les-spécialités-en-odontologie)).

✓ En cas de décision défavorable, le praticien a la possibilité de faire appel.

- »» La demande est transmise par le conseil départemental à la Commission nationale de qualification de première instance compétente, ou par le Conseil national à la commission d'appel, qui rend un avis motivé. Pour rendre son avis, la Commission de qualification doit inviter le praticien à présenter ses observations devant elle. La convocation du praticien pour cet entretien doit lui parvenir au moins 15 jours avant la date de la réunion de la Commission.

Les titres permettant l'inscription dans une spécialité

Pour chaque spécialité, l'ensemble des titres permettant l'inscription sur la liste de l'une des trois spécialités est présenté ci-dessous. Le praticien titulaire de l'un de ces titres n'a pas à passer devant la Commission de qualification pour être qualifié.

• Orthopédie dento-faciale

- Diplôme d'études spécialisées en orthopédie dento-faciale ;
- Certificat d'études cliniques spécialisées mention orthodontie (Cecsmo) ;
- Titre de formation européen de praticien de l'art dentaire spécialiste en orthopédie dento-faciale délivré conformément aux obligations européennes et figurant à l'annexe V de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications européennes ;
- Arrêté ministériel d'autorisation d'exercice dans la spécialité.

• Chirurgie orale

- Diplôme d'études spécialisées en chirurgie orale ;
- Titre de formation européen de praticien de l'art dentaire spécialiste en chirurgie orale délivré conformément aux obligations européennes et figurant à l'annexe V de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications européennes ;
- Arrêté ministériel d'autorisation d'exercice dans la spécialité.

• Médecine bucco-dentaire

- Diplôme d'études spécialisées en médecine bucco-dentaire ;
- Arrêté ministériel d'autorisation d'exercice dans la spécialité.

L'avis de la Commission est transmis simultanément au praticien (pour information) et au conseil intéressé, qui prend une décision de qualification ou de refus de qualification sur la base de cet avis.

Attention : seule la décision du conseil de l'Ordre peut faire l'objet d'un recours par le praticien, et non l'avis de la Commission de qualification.

QUAND DÉPOSER UN DOSSIER ?

Tout praticien peut demander la qualification qu'il souhaite à quelque moment que ce soit de son parcours professionnel et autant de fois qu'il l'estime nécessaire. Aucun calendrier spécifique n'est en effet prévu pour la présentation des dossiers de demande de qualification par les chirurgiens-dentistes non qualifiés.

APRÈS LA QUALIFICATION

L'obtention de la qualification, soit par le biais de la possession des titres ou diplômes mentionnés dans l'encadré « Les titres permettant l'inscription dans une spécialité », soit par décision du conseil de l'Ordre après avis des commissions de qualification, ne donne pas automatiquement droit à la spécialité. Pour pouvoir se dire spécialiste qualifié dans une des spécialités odontologiques, le praticien doit être inscrit sur la liste des spécialistes qualifiés, tenue par le conseil départemental de l'Ordre en marge du tableau. ■

(1) Conformément aux dispositions de l'article R. 4127-283 du Code de la santé publique.

(2) Arrêté du 24 novembre 2011 relatif aux règles de qualification des chirurgiens-dentistes.

« Tordre le cou à certaines rumeurs »

Entretien avec **Paul Samakh**, vice-président du Conseil national, président de la Commission de l'enseignement et des titres.

231 chirurgiens-dentistes ont été qualifiés depuis 2011 via les Commissions de qualification, quel bilan dressez-vous de la mise en place de ce dispositif ?

C'est un bilan très favorable qui traduit le bon fonctionnement des trois Commissions. Ce chiffre de 231 représente peu à l'égard du nombre de praticiens en exercice aujourd'hui, et il faut tordre le cou à certaines rumeurs qui circulent au sein de la profession, qui font état d'un nombre deux à trois fois plus important de qualifications délivrées en orthopédie dento-faciale.

Rappelons-le : 54 praticiens ont obtenu leur qualification dans cette spécialité depuis 2011.

Sur quels critères les praticiens sont-ils évalués par les Commissions ?

Les critères de validation, bien définis par les Commissions, sont basés sur l'examen des formations



poursuivies et de l'expérience du candidat. Les publications du praticien constituent également des éléments importants dans l'appréciation du dossier. De plus, les membres des Commissions accordent une large

place à l'examen de l'activité du candidat par le biais des relevés PMSI, Snir ou Riap, qui permettent de déterminer avec justesse son expérience dans la spécialité concernée.

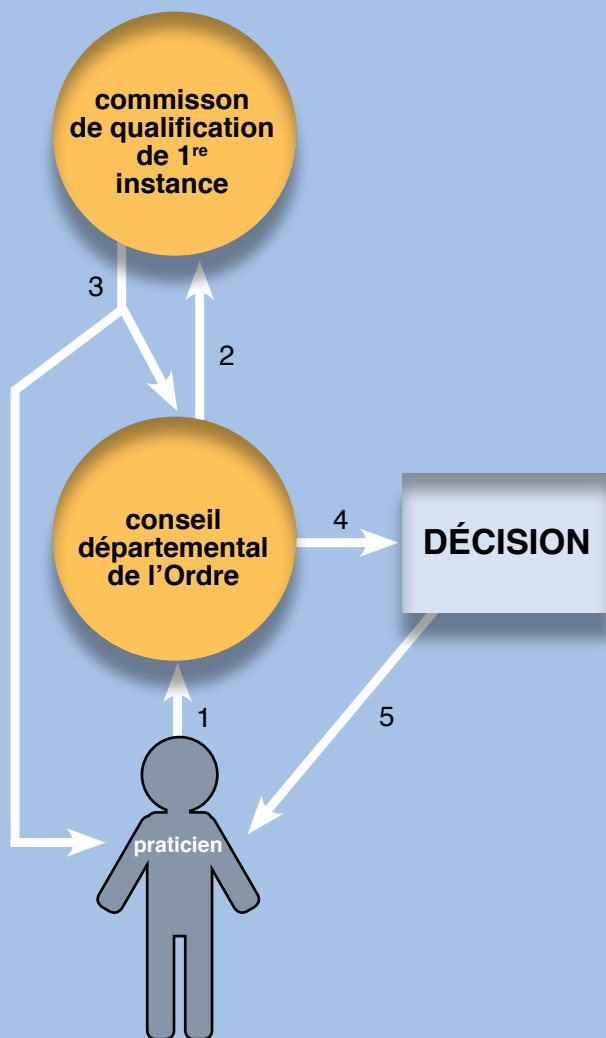
Rappelons que les Commissions siègent dans les locaux du Conseil national et que les décisions sont validées par les conseils départementaux et, en cas d'appel, par le Conseil national.

Les praticiens inscrits à la liste d'une spécialité doivent-ils exercer à titre exclusif ?

Les praticiens qui ont obtenu leur qualification ont bien évidemment le choix de s'inscrire ou non sur la liste de la spécialité. Mais, à partir du moment où ils s'y inscrivent – en particulier en chirurgie orale ou en ODF –, ils doivent alors obligatoirement exercer à titre exclusif.

Bien entendu, ils ont la possibilité de réaliser des actes qui ne relèvent pas de leur spécialité. Mais dans ce cas ils ne peuvent pas les coter. ■

La procédure de première instance



1 Le praticien adresse sa demande (accompagnée des justificatifs nécessaires) au conseil départemental.

2 Le conseil départemental transmet le dossier à la commission de qualification de la spécialité concernée.

3 La commission de qualification de la spécialité concernée transmet un avis motivé, favorable ou non, au conseil départemental et au praticien.

4 Le conseil départemental rend une décision conforme à l'avis de la commission*, et en informe le praticien.

5 La décision est favorable, le praticien est qualifié dans la spécialité concernée. En cas de décision défavorable, le praticien peut, sous deux mois, faire appel (voir infographie n° 2)

* Si le conseil départemental estime ne pas devoir suivre l'avis, favorable ou défavorable, de la commission de qualification, il saisit le Conseil national de l'Ordre qui lui-même saisit la Commission nationale d'appel de la spécialité concernée.

Composition des commissions de qualification



3 chirurgiens-dentistes, professeurs des universités-praticiens (PU-PH) assurant l'enseignement de la spécialité intéressée dans une unité d'enseignement et de recherche d'odontologie.



2 chirurgiens-dentistes qualifiés dans la spécialité intéressée, représentant les syndicats les plus représentatifs de la spécialité.



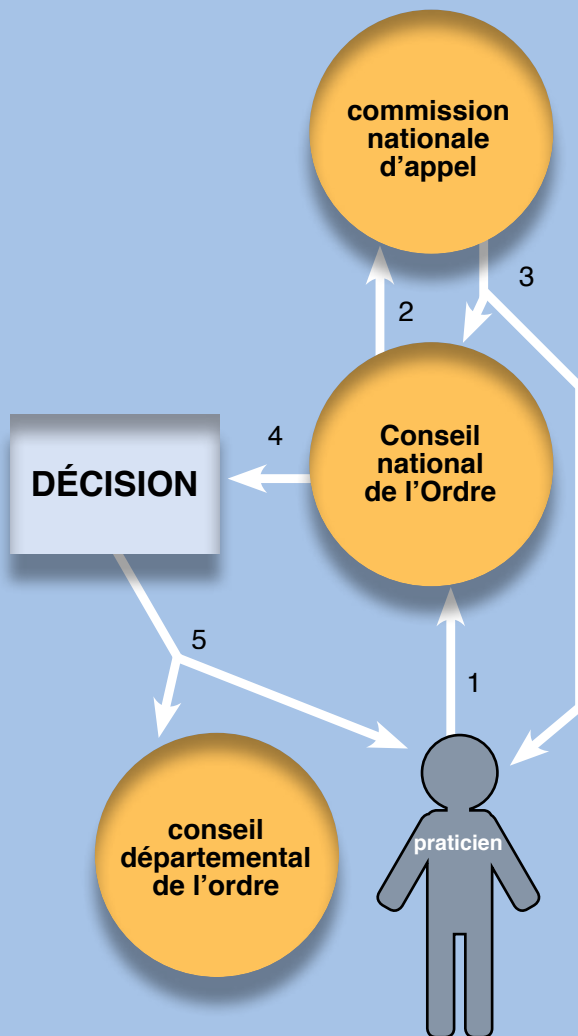
1 représentant du Conseil national des chirurgiens-dentistes.



1 représentant du ministre chargé de la Santé avec voix consultative.

L'obtention de la qualification ne donne pas automatiquement droit au praticien à la spécialité. Pour pouvoir se dire spécialiste qualifié, il doit être inscrit sur la liste des spécialistes qualifiés, tenue par le conseil départemental de l'Ordre en marge du tableau.

La procédure d'appel



- 1** Le praticien, faisant valoir son droit d'appel sous deux mois, saisit le Conseil national par LRAR.
- 2** Le Conseil national de l'Ordre saisit la Commission nationale d'appel de la spécialité concernée.
- 3** La commission nationale d'appel de la spécialité concernée rend un avis motivé qu'elle adresse au Conseil national de l'Ordre et au praticien.
- 4** Le Conseil national de l'Ordre confirme ou infirme la décision rendue en 1^{re} instance.
- 5** Le conseil national en avise le praticien et le conseil départemental. Cette décision peut faire l'objet d'un recours devant les juridictions administratives compétentes.

Composition des commissions nationales d'appel⁽¹⁾



3 chirurgiens-dentistes, professeurs des universités-praticiens (PU-PH) assurant l'enseignement de la spécialité intéressée dans une unité d'enseignement et de recherche d'odontologie.



2 chirurgiens-dentistes qualifiés dans la spécialité intéressée, représentant les syndicats les plus représentatifs de la spécialité.



1 représentant du Conseil national des chirurgiens-dentistes.



1 représentant du ministre chargé de la Santé avec voix consultative.

(1) Dont les membres sont différents des commissions de qualification de 1^{re} instance.

Double affiliation aux régimes de retraite pour les présidents de SEL

En résumé

Par un arrêt du 27 novembre 2014, la Cour de cassation considère que le chirurgien-dentiste, président d'une société d'exercice libéral par actions simplifiée (Selas) au sein de laquelle il pratique l'art dentaire, est tenu de s'affilier à la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes (CARCD), et donc de payer les cotisations d'assurance vieillesse. Et ce même s'il est également affilié au régime général en sa qualité de président de la Selas. Bref, deux affiliations à deux régimes différents.

Le contexte

La Cour de cassation vient de rendre un arrêt important ⁽¹⁾ relativement à un chirurgien-dentiste qui a exercé, tout d'abord, « à titre individuel », puis dans le cadre d'une société d'exercice libéral, en l'occurrence par actions simplifiée (Selas), dont il est « président et associé unique ». La question posée à la haute juridiction est de savoir, à propos

des cotisations d'assurance vieillesse, si ce praticien doit être affilié à la fois au régime général et à celui de la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes (CARCD).

Le professionnel de santé prétend qu'il n'a plus à être affilié à la CARCD au jour de la création de la Selas et de sa prise de qualité de « président associé unique » ; il entend ainsi n'être soumis qu'au régime général. La CARCD, à l'inverse, soutient que le praticien, alors même qu'il



a constitué une Selas, reste tenu de s'affilier à la caisse de retraite des chirurgiens-dentistes. Les incidences pratiques de cette interrogation sont évidemment loin d'être négligeables.

Avant d'évoquer la solution retenue par la Cour de cassation le 27 novembre 2014, il n'est pas inutile de rappeler le contenu d'un arrêt plus ancien, rendu le 15 mai 2008 ⁽²⁾. En l'espèce, il a été jugé que les dividendes reçus

par un chirurgien-dentiste, associé gérant majoritaire d'une société d'exercice libéral à responsabilité limitée (Selarl), sont soumis aux cotisations d'assurance vieillesse au motif que les dividendes constituent « *le produit de l'activité professionnelle du chirurgien-dentiste* ». Cet arrêt a été mal vécu par les partisans de « *l'optimisation* », qui s'engouffrent dans « *les failles des lois* » (leur imprécision, leurs lacunes ou encore

les contradictions relevées entre deux ou plusieurs textes) pour échapper au paiement (ou pour le moins le réduire) des cotisations sociales ⁽³⁾; il a été diversement apprécié par ceux qui l'ont commenté ⁽⁴⁾. L'arrêt de 2008 apportait en sus une autre précision, que les commentateurs précités n'ont pas ou peu soulignée : « [...] Nonobstant ses fonctions de gérant de cette société [nous soulignons], l'intéressé est res- >>>

»»» *té tenu de la même obligation d'affiliation en matière de cotisations sociales, dont l'assurance vieillesse, qu'avant la création de cette structure sociale et qu'il relevait encore du régime de retraite obligatoire de la caisse [nous soulignons].»*

Il est clairement dit que le chirurgien-dentiste est contraint de s'affilier à la CARCD même s'il constitue une SEL (ici une Selarl), et même s'il est gérant de la structure. Cette solution ne peut que réjouir la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes : non seulement la haute juridiction lui reconnaît le droit de percevoir les cotisations litigieuses, mais encore elle renforce le régime de sécurité sociale administré par cette caisse. Il s'agit d'un régime obligatoire auquel les chirurgiens-dentistes ne sauraient échapper, même si les textes leur reconnaissent le droit de créer des sociétés d'exercice libéral. L'élément déterminant réside, dans cette affaire, dans le fait que le cotisant avait continué à accomplir sa profession dans un cadre libéral et conventionné, même s'il exerçait sous le couvert d'une société⁽⁵⁾.

Ce contexte rappelé, l'on peut maintenant revenir à l'arrêt du 27 novembre 2014, qui s'inscrit dans le sillage tracé en 2008. Selon la Cour de cassation, qui approuve la décision de la cour d'appel, «[le chirurgien-dentiste] relevait de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, ce dont il résultait [qu'il] devait être affilié auprès de la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes

et s'acquitter des cotisations sociales litigieuses».

Cette conclusion ne va pourtant pas de soi, tant les textes législatifs, en vérité, manquent de clarté; la Cour de cassation procède à leur interprétation. Voyons comment.

L'analyse

La difficulté est née du fait qu'une personne est présidente d'une Selas («*première fonction*», si l'on ose s'exprimer ainsi) au sein de laquelle elle exerce son activité («*seconde fonction*»). Bref, un individu en quelque sorte «à deux faces».

De là, deux textes peuvent être mobilisés. Tout d'abord, l'article L. 311-3, 23°, du Code de la sécurité sociale; aux termes de cette disposition sont rattachés au régime général de la sécurité sociale «*les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées et des sociétés d'exercice li-*



nelle relevant de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales est tenue de verser des cotisations [...]». Cet énoncé à lui seul est également clair. C'est, en réalité, la combinaison de ces deux textes qui pose question. Chacun d'eux prévoit l'affiliation à un régime, mais à un titre différent; le premier

La technique sociétaire ne peut être un moyen de priver de ressources un régime de retraite : le droit des sociétés n'est pas un outil qui permet de contrer le droit de la sécurité sociale.

béral par actions simplifiées». En conséquence, le chirurgien-dentiste président de sa Selas est «*rattaché au régime général*», et doit donc y être affilié.

Ensuite, un second texte : l'article L. 642-1 du Code de la sécurité sociale dispose que «*toute personne exerçant une activité profession-*

nelle relevant de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales est tenue de verser des cotisations [...]». Cet énoncé à lui seul est également clair. C'est, en réalité, la combinaison de ces deux textes qui pose question. Chacun d'eux prévoit l'affiliation à un régime, mais à un titre différent; le premier

visé la «*fonction*» de président de la Selas, l'autre cible le praticien qui exerce une activité professionnelle. Mais ces deux textes présentent un point commun. Ils ne précisent pas si notre praticien est tenu de s'affilier deux fois, à chacun des deux régimes; ils ne le prévoient tout simplement pas,



et restent donc tous deux silencieux sur ce point!
 Bel exercice d'interprétation : faut-il déduire de ce silence une «double» affiliation, un «cumul»? Le lecteur comprendra que les intérêts des uns n'étant pas les mêmes que ceux des autres, une partie au litige argue n'être tenue de s'affilier qu'au régime général et conteste tout cumul, l'autre soutenant l'inverse ⁽⁶⁾. Quelle interprétation retenir? Et surtout, quel raisonnement juridique permet de retenir une interprétation plutôt que l'autre? Selon la Cour de cassation, «la création [par le chirurgien-dentiste] d'une société d'exercice libéral par actions simplifiée ne [le] pas fait personnellement sortir du cadre ordinal; [le praticien] n'exerce pas son activité de chirurgien-dentiste sous la subordination de la société où l'emploi occupé est celui de président [premier

point important]». Et d'ajouter que «son rattachement au régime général [celui de l'article L. 311-3, 23° précité] en tant que président de la Selas n'a pas pour effet de l'exclure (deuxième point important) du régime de base institué pour la profession libérale exercée distinctement de l'activité salariée». Par conséquent, une même personne – mais à des titres différents – peut être obligée de procéder à deux affiliations. La technique sociétaire ne doit pas être un moyen de priver de ressources un régime; il y a là un enjeu fort : le droit des sociétés n'est pas un outil qui permet de contrer le droit de la sécurité sociale (et l'équilibre des régimes).

Il n'en demeure pas moins que la «double affiliation» pose une nouvelle difficulté : peut-on être tenu de cotiser deux fois sur les mêmes sommes? Répondre par l'affirmative apparaît contestable. Cette question a été évoquée devant la Cour de cassation. Ainsi l'avocat du chirurgien-dentiste écrit-il que «[...] lorsqu'une même personne exerce une activité libérale et est associée et présidente d'une société d'exercice libéral par actions simplifiée, il doit être distingué entre la rémunération des fonctions de mandataire social de la société d'exercice libéral par actions simplifiée, qui relèvent du régime général, et la rémunération de cette personne au titre de son activité libérale [nous soulignons]; qu'en admettant, en l'espèce, le cumul entre l'affiliation au régime général et l'affiliation au régime des professions libérales, la cour d'appel [...]

n'a pas précisé dans quelle proportion chaque activité et, partant, chaque revenu tiré de celle-ci, relevait, pour l'une, du régime général de la sécurité sociale et, pour l'autre, du régime des professions libérales [...]».

La Cour de cassation pour une raison que l'on qualifiera de nature procédurale ⁽⁷⁾ ne se prononce pas... Les praticiens dans cette situation, si ce n'est déjà le cas, sont invités à dresser un bilan sur le sort «social» (cotisations diverses) des sommes perçues (dividendes, rétribution en tant que présidents d'une Selas par exemple) et rémunération reçue en tant que praticiens soignants. ■

David Jacotot

(1) 2^e chambre civile, 27 novembre 2014, n° 13-26022.

(2) 2^e chambre civile, n° 06-21741.

(3) Ou de l'impôt.

(4) G. Vachet, *La Semaine juridique – Entreprise et Affaires*, n° 37, 11 septembre 2008, 2112; Ph. Coursier, *Gazette du Palais*, 13 août 2008, p. 24; T. Tauran, *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4/2008, p. 774; D. Jonin et F. Kessler, *Droit social* 2008, p. 1278.

(5) T. Tauran, préc., p. 774.

(6) Dans une circulaire de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) du 4 janvier 2010, il est précisé qu'«il convient d'effectuer une distinction entre la rémunération des fonctions de mandataire social de Selas qui désormais relèvent sans ambiguïté du régime général (Urssaf) et la rémunération de ces mêmes personnes lorsqu'elles exercent leur activité libérale [...]».

(7) En effet, le chirurgien-dentiste n'avait pas sollicité devant la cour d'appel la répartition des cotisations proportionnellement à chaque activité; ce moyen était inédit devant la Cour de cassation.

L'impact limité du compte pénibilité dans le dentaire

En résumé

Nul n'ignore maintenant que le « *Compte prévention pénibilité* » – tant critiqué – est entré en vigueur en 2015. Tout employeur, y compris dans le domaine dentaire, dès lors qu'il occupe au moins un salarié, est, par principe, concerné. Néanmoins, concrètement, le praticien employeur ne sera, pour l'année 2015, que très faiblement impacté : son ou ses salariés ne subissent aucun des quatre facteurs de risque retenus (« *travail de nuit, en équipes successives alternantes, répétitif ou en milieu hyperbare* »). En conséquence, il n'aura pas à s'acquitter de la cotisation dite « *additionnelle* » assise sur les rémunérations. En revanche, à compter de 2017, il sera débiteur d'une cotisation dite « *de base* », même si aucun de ses salariés n'est exposé à un facteur de risque.

Le contexte

« *L'usine à gaz* » : c'est ainsi que d'aucuns ont dénommé le « *Compte prévention pénibilité* » (ci-après CPP), créé par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite. Rappelons, à titre liminaire, la définition de

la pénibilité : c'est une « *exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé* ». Cette chronique n'a pas seulement pour objet de présenter – dans les grandes lignes – le dispositif CPP, mais surtout d'appré-

FACTEUR DE
RISQUE

en 2017
Je ferme
La Bouche.



cier en quoi une société d'exercice (SEL, SCP) ou un praticien libéral, qui emploient un (ou des) salarié(s), sont concernés par ce dispositif. Première remarque : le CPP intéresse, en effet, uniquement les employeurs. Ainsi les structures qui ne disposent pas d'au moins une personne titulaire d'un contrat de travail

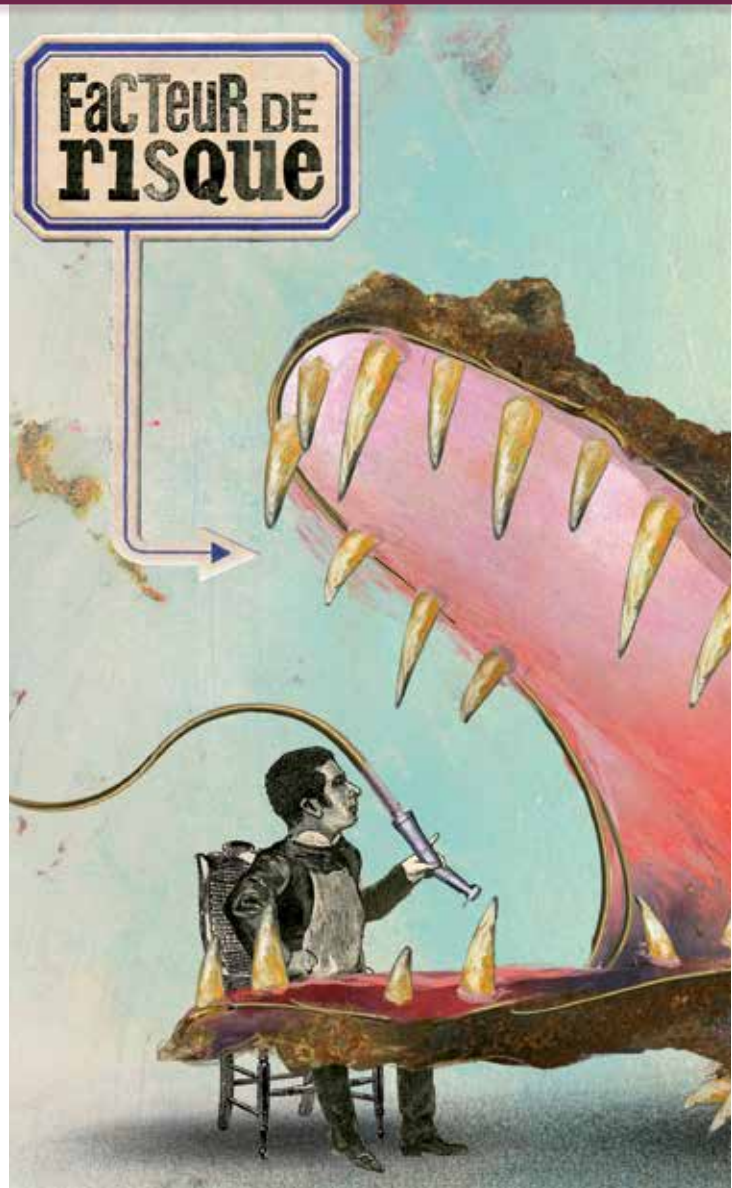
(par exemple un[e] assistant[e]) dentaire) n'auront pas à mettre en place le CPP ; à l'inverse, la présence d'un salarié au moins change la donne, et l'on verra dans quelle mesure. Brisons immédiatement le suspense : que les employeurs du secteur dentaire soient rassurés, ils ne sont que très faiblement impactés.

L'analyse

Tout d'abord, une obligation pèse sur tout employeur. Dès 2015, il est tenu d'évaluer l'exposition de chacun de ses salariés ⁽¹⁾ aux quatre facteurs de risque en vigueur : « travail de nuit, en équipes successi- >>>

»»» *ves alternantes, répétitif ou en milieu hyperbare*»⁽²⁾. Cette évaluation s'inscrit dans une démarche dite « globale » : le document unique d'évaluation des risques (DUER), dont on rappelle qu'il est obligatoire⁽³⁾, sert de repère pour l'appréciation des conditions de travail de chaque salarié. Au regard des quatre facteurs précités, les praticiens employeurs n'auront aucun salarié exposé. Dans le secteur dentaire, en effet, l'on n'est pas confronté au travail de nuit, en équipe ou en milieu hyperbare ; s'agissant du « travail répétitif », il est caractérisé par « la répétition d'un même geste à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce avec un temps de cycle défini »⁽⁴⁾, ce qui là non plus ne correspond pas à une situation rencontrée par les salariés d'un cabinet dentaire. Bref, pour l'année 2015, les praticiens employeurs peuvent dormir sur leurs deux oreilles.

Pour information : les résultats de l'évaluation des risques



claration annuelle des données sociales⁽⁷⁾. C'est à partir de cette déclaration, qui interviendra en janvier 2016, que

le CPP, en principe, quatre points en cas d'exposition à un facteur de risque, et huit points en cas de pluralité des facteurs.

À partir de 2015, tout employeur est tenu d'évaluer dans un document unique l'exposition de chacun de ses salariés aux facteurs de risques professionnels fixés par la loi.

sont insérés dans le logiciel de paye⁽⁵⁾, lequel génère une « fiche de prévention des expositions »⁽⁶⁾ et permettra de déclarer l'exposition via la dé-

claration annuelle des données sociales⁽⁷⁾. C'est à partir de cette déclaration, qui interviendra en janvier 2016, que

le compte est alimenté tout au long de la carrière, jusqu'à 100 points au maximum (non renouvelables), et permet au salarié de financer des formations professionnelles pour accéder à un poste moins ou aucunement exposé aux facteurs de pénibilité ou bien des heures non travaillées, c'est-à-dire un travail à temps partiel tout en conservant intégral-

lement son salaire, ou encore la validation de trimestres d'assurance retraite dans la limite de huit trimestres. Cette utilisation peut permettre d'anticiper jusqu'à deux ans l'âge de départ à la retraite par rapport à l'âge légal⁽⁸⁾. Chacun l'aura compris : pas d'exposition, pas de point, donc pas (par exemple) de trimestres d'assurance vieillesse validés !

Ensuite, en ce qui concerne les cotisations (le coût direct de la pénibilité pour l'employeur), le praticien employeur peut également être rassuré : dès lors que son ou ses salariés ne sont pas exposés à un facteur de risque, il n'est pas soumis à la « *cotisation additionnelle* » ; celle-ci n'est due, en effet, qu'à la condition que le salarié soit exposé. Son taux correspond à 0,1 % des « *rémunérations perçues par le salarié exposé* » pour les années 2015 et 2016⁽⁹⁾.

Toutefois, alors même qu'aucun salarié ne se trouve exposé à un facteur de risque, l'employeur (à l'exception des particuliers employeurs) est débiteur d'une « *cotisation de base* », qui a pour but d'« *assurer la pérennité de l'équilibre financier du dispositif par solidarité interprofessionnelle* » ! Mais celle-ci n'est pas due pour les années 2015 et 2016 ; à compter de 2017, la cotisation sera égale à 0,01 %⁽¹⁰⁾ des rémunérations perçues par les salariés. Voilà donc un coût supplémentaire à venir...■

David Jacotot

(1) Une évaluation par salarié est donc nécessaire.

(2) Il a été prévu une montée en puissance progressive du CPP. Sur les dix facteurs de risques énumérés par le Code du travail, les quatre cités entrent en vigueur en 2015, et les six autres à partir de 2016. Ces derniers sont les suivants : la manutention manuelle de charges, les postures pénibles ou les positions forcées des articulations, les vibrations mécaniques, les agents chimiques dangereux, y compris les poussières ou les fumées, les températures extrêmes et le bruit.

(3) L'employeur est tenu, en vertu de l'obligation générale de sécurité qui lui incombe, d'évaluer les risques éventuels et de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des salariés. À cette fin, en application des articles L. 4121-1 à 3 et R. 4121-1 et 2 du Code du travail, il doit élaborer et tenir à jour un document unique d'évaluation des risques (DUER) qui recense l'ensemble des risques pour la santé et la sécurité du personnel. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. Bref, l'employeur a donc l'obligation de transcrire et de mettre à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail.

(4) Dans cette dernière occurrence, un salarié est exposé si le seuil suivant est atteint : « *30 actions techniques ou plus par minute avec un temps de cycle supérieur à 1 minute, et ce 900 heures par an* » (article D. 4161-2 du Code du travail). Voilà un exemple permettant de mieux saisir pourquoi d'aucuns y voient une « *usine à gaz* ».

(5) Ceux qui ne sont pas dotés d'un logiciel de paye pourront consulter [www.e-ventail.fr/Saisie en ligne DADSNET](http://www.e-ventail.fr/Saisie_en_ligne_DADSNET).

(6) À la condition que ses fonctionnalités aient été adaptées.

(7) La déclaration annuelle des données sociales (DADS) est une formalité administrative obligatoire que doivent accomplir tous ceux qui emploient des salariés, en application des articles L. 133-5-4 et R. 243-14 du Code de la sécurité sociale et des articles 87, 88, 240 et 241 du Code général des impôts. Les employeurs sont tenus de communiquer la masse des salaires versés au cours de l'année, les effectifs de l'entreprise et une liste nominative de leurs salariés en indiquant pour chacun leur statut et leur rémunération. S'agissant de la déclaration relative à l'exposition des salariés, elle est transmise au plus tard le 31 janvier de chaque année. En 2016, la DADS sera remplacée par la déclaration sociale nominative (DSN).

(8) Les droits sont ouverts tout au long de la carrière, indépendamment des changements d'employeurs et des périodes de non-emploi. Les points accumulés restent acquis jusqu'à consommation totale, départ à la retraite ou décès du titulaire du compte.

(9) Ce taux sera de 0,2 % à compter de l'exercice 2017.

(10) Articles L. 4162-20 et D. 4162-54 du Code de la sécurité sociale.

Un homme, deux arts

« **M**a passion pour les arts martiaux est née le jour où pour la première fois j'ai vu un film de Bruce Lee », se souvient Sepehr Zarrine, chirurgien-dentiste à Saint-Dié-des-Vosges et deux fois champion du monde de boxe. Sepehr Zarrine appartient au club très fermé des sportifs ayant décroché des titres mondiaux en arts martiaux. Et ce parallèlement à son activité de chirurgien-dentiste ! Comment arrive-t-on à concilier une vie professionnelle avec celle d'un sportif professionnel ? « Je suis devenu boxeur professionnel en 2001, l'année de mes 25 ans, où j'ai également obtenu ma thèse en chirurgie dentaire. La première année commune aux études de santé a sans doute été la période la plus complexe pour concilier à la fois les études, les entraînements et la

et de me fixer des objectifs ». Sepehr Zarrine a quand même bénéficié des conseils avisés de son frère et de sa sœur, respectivement médecin et chirurgien-dentiste, pour prévenir les « effets de surprise » propres au rythme imposé par les études médicales.

Depuis qu'il est entré dans « le circuit pro », Sepehr Zarrine est coaché par Orlando Wiet. Son nom est peu connu du grand public, mais il fait figure de légende dans le monde de la boxe, avec cinq titres de champion du monde à son palmarès. « Plus jeune, j'ai vu certains de ses combats à la télévision. » Sollicité par Sepehr Zarrine, Orlando Wiet, surnommé « Le Gladiateur », le prend sous son aile et met en place des entraînements individuels adaptés à son rythme universitaire et, par la suite, professionnel.

Dans mon travail comme dans les formations dispensées, j'ai la même passion, la même énergie qu'à l'entraînement ou sur le ring.

compétition, puisque le concours de fin d'année ajoutait une pression supplémentaire. » Pression que Sepehr Zarrine a dominée en réussissant son concours du premier coup. Il précise que « le rythme soutenu oblige forcément à consentir des sacrifices. Mais l'esprit combattant que m'ont inculqué les arts martiaux et les sports de combat ont développé ma volonté d'aller de l'avant

Première consécration en 2005, avec une victoire par KO au championnat du monde de kick boxing à Dubaï. Deux ans après, alors qu'il s'oriente vers une activité exclusive en implantologie, il obtient le titre de vice-champion du monde en full contact. De 2010 à 2013, Sepehr Zarrine « lève le pied » sur les entraînements qu'il suit depuis ses dix ans et se concentre davantage sur



Sepehr Zarrine

- 2001** : Docteur en chirurgie dentaire.
- 2005** : Champion du monde de kick boxing à Dubaï par KO.
- 2007** : Vice-champion du monde en full contact. Implantologie exclusive.
- 2011** : Création d'un centre de formation SurgiTech Studies en implantologie.
- 2014** : Champion du monde de boxe thaïlandaise.

son activité de chirurgien-dentiste, pour laquelle il aime aussi se fixer des objectifs. Il crée ainsi un centre de formation en implantologie qu'il installe à côté de son cabinet dentaire à Saint-Dié et devient conférencier *speaker* à l'International Team for Implantology (ITI). « Dans mon travail comme dans les formations dispensées, j'ai la même passion, la même énergie qu'à l'entraînement ou sur le ring. » Il ne raccroche par pour autant les gants, mais les entraînements se raréfient avec, pour conséquence, une défaite qui pique son orgueil en 2013. « Je ne pouvais pas raccrocher les gants sur cette défaite, et la boxe me manquait. Je me suis donc donné les moyens de retourner combattre sur le ring. » Une ténacité qui s'est soldée par le titre mondial de boxe thaïlandaise qu'il remporte en 2014, par KO technique. ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ RECOURS À L'AMALGAME

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié de nouvelles recommandations à destination des chirurgiens-dentistes sur le recours à l'amalgame. Sont listées les indications et contre-indications liées à l'usage de l'amalgame. Le Conseil national invite les praticiens à s'y conformer scrupuleusement.



✓ **ATTESTATION AUX GESTES D'URGENCE**
 Désormais, les personnels du cabinet dentaire et des centres de soins qui ne sont pas professionnels de santé sont expressément visés s'agissant de la formation aux gestes et soins d'urgence. Ils sont concernés par une attestation, prorogable tous les quatre ans. Les

praticiens et autres professionnels de santé doivent désormais suivre une formation de niveau 2, qui reprend le contenu des anciennes formations de niveau 1 et 2. L'attestation à cette formation est prorogable tous les quatre ans.

✓ **PASSERELLES**
 Au total, cinq passerelles d'accès aux études odontologiques, dont une de création récente, offrent la possibilité à certains étudiants d'intégrer, sous conditions, la 2^e ou la 3^e année d'études en odontologie. Ces admissions parallèles portent le numerus clausus à 1 274 postes en 2015.



✓ **SACEM**
 La Sacem argue d'une récente décision de la justice européenne pour réclamer la perception d'une redevance lorsque le praticien diffuse de la musique dans sa salle d'attente. Pour le Conseil national, l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne ne s'applique pas aux cabinets dentaires. Il n'y a donc pas lieu de verser une redevance, ni à la Sacem ni à la SPRE.

La Lettre n° 135 – Février-Mars 2015

Directeur de la publication : Christian Cousinou / Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16
 Tél. : 01 44 34 78 80 – Fax : 01 47 04 36 55 / www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/

Conception, rédaction et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15

Direction artistique : Ewa Roux-Biejat. Secrétariat de rédaction : Corinne Albert. Illustrations : Dume et Bruno Mallart. Couv. : Ewa Roux-Biejat.

Photos : Fotolia : pp. 1, 2, 17, 18, 21, 26-29, 32, 33, 43, 44. J. Renard : p. 3. D.R. : pp. 20, 31, 42.

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

Le CESP, pourquoi pas vous ?



Étudiants, le contrat d'engagement de service public (CESP)
est ouvert à notre profession.
Renseignez-vous auprès de la scolarité de votre UFR.