

Loi HPST : une inflexion
en trompe l'œil ?

p.12

Le Di-Antalvic®
retiré du marché

p.14

La prévention carieuse
vue par la HAS

p.27

Quel avenir pour l'exercice libéral ?





4

L'ÉVÉNEMENT

EN COUVERTURE Un rapport pour muscler l'exercice libéral

ACTUALITÉS

- 12** PROTHÈSE et INFORMATION TARIFAIRE
L'article 57 de la loi HPST retouché à la marge ?
- 14** SÉCURITÉ SANITAIRE
Quelle alternative au Di-Antalvic® ?
- 16** ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
Une réforme des CES très académique
- 17** FISCALITÉ
Allègements fiscaux dans les zones rurales
- 20** DISPOSITIFS MÉDICAUX SUR MESURE DMSM : les praticiens dispensés de déclaration
- 21** ORTHODONTIE
ODF : la preuve par le numérique
- 22** SOINS DENTAIRES ET HANDICAP
Bus dentaire cherche praticiens en Paca
- 24** EUROPE
Actualiser la directive sur les qualifications
- 26** EN BREF

27

DOSSIER

PRÉVENTION

La prévention de la carie vue par la HAS



JURIDIQUE

- 36** CONSEIL D'ÉTAT
 limiter la pluralité des collaborateurs est légal
- 39** Chronique
La perte de chance médicale vue par le droit

PORTRAIT

- 42** EVELYNE BAILLON-JAVON
Transversalité

LA LETTRE EXPRESS

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

Plus d'info sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr



Nébulosité



Christian Couzinou
Président
du Conseil national

En novembre dernier, le sénateur et ancien ministre, Jean-Pierre Fourcade, présentait une proposition de loi visant à infléchir certaines dispositions de la loi HPST qui avaient cristallisé l'opposition des professions de santé. Cette initiative du sénateur est favorablement considérée – c'est une litote – par le gouvernement. En pratique, pour notre profession, cette proposition de loi comporte une mesure visant à modifier le fameux article 57 de la loi HPST, qui fait obligation aux professionnels de santé libéraux d'informer les patients sur le prix d'achat des dispositifs médicaux. Que propose le sénateur Jean-Pierre Fourcade ? Il maintient

« C'est le principe qui pose problème, pas son application »

l'obligation de délivrer une information écrite au patient, mais substitue la communication sur le prix

d'achat de la prothèse à une information sur le « coût de l'appareillage », le prix des « prestations associées » et le montant des dépassements facturés. Disons-le franchement : nous sommes loin du compte. Certes, le sénateur étend la disposition aux établissements de santé, aujourd'hui épargnés par cette obligation. Malheureusement, ce n'est pas à l'extension de cette mesure que nous en appelions, mais à son abrogation. Que l'on nous comprenne bien : lorsqu'une disposition, dans son principe même, heurte notre identité médicale, c'est le principe qui pose problème, pas son application. D'ailleurs, sur ce dernier point, à bien lire le texte du sénateur (que signifient les « prestations associées » et comment les évaluer ?), la progression qualitative entre la version initiale de l'article 57 et la version du sénateur ne nous semble pas évidente. Nous passons d'un texte inapplicable à un texte aux dispositions pour le moins nébuleuses. Que d'énergie pour pas grand-chose ! Elle aurait été plus efficacement employée si l'on s'était enfin et sérieusement penché sur la traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure. Les chirurgiens-dentistes, en tout cas, apprécieront : le législateur va vraisemblablement maintenir une forme de défiance entre une communauté médicale et ses patients. L'Ordre, pour sa part, continuera à expliquer que l'acte prothétique est un acte médical global : il ne consiste pas dans la revente de dispositifs médicaux.



Un rapport pour muscler l'exercice libéral

Dans un rapport attendu, Élisabeth Hubert avance des propositions afin d'inverser le mouvement de désaffection envers la pratique libérale des professions de santé. Et propose des mesures dont certaines sont préconisées par l'Ordre.

Établir une feuille de route de la pratique libérale pour les dix années à venir afin de pallier les phénomènes de désertification et d'accès aux soins, mais également pour répondre aux craintes des professionnels libéraux. Voilà en quoi consistait la mission confiée par Nicolas Sarkozy à Élisabeth Hubert, médecin et ancienne ministre de la Santé. Force est de constater que le rapport est de très bonne facture et qu'il fixe plusieurs grands axes pertinents. Sa principale qualité tient peut-être dans la prise en considération des préoccupations des professionnels de santé, notamment de « l'étendue des contraintes qu'ils associent au statut libéral », du « sentiment d'insécurité » des jeunes praticiens face à l'exercice libéral ou encore de « la lassitude » de ceux qui sont déjà installés.

En plaçant la pratique libérale au cœur de sa réflexion, Élisabeth Hubert aura eu le mérite de poser les bonnes questions. Quelles mesures structurelles prendre à court terme pour reconstruire du-

ramment une offre de santé de proximité ? Comment intervenir conjoncturellement pour inverser la tendance actuelle ? Quels dispositifs mettre en place pour rendre à nouveau l'exercice libéral attractif ? De ce rapport de 183 pages, nous avons retenu les huit propositions les plus intéressantes pour l'exercice libéral dans le cadre de la profession dentaire.

1 RÉFORMER L'ENSEIGNEMENT INITIAL

Première piste à retenir : intervenir sur la formation initiale. Pour Élisabeth Hubert,

« il est urgent et fondamental de réformer les études médicales ». Entre autres dispositions, elle préconise ainsi l'introduction d'une année de « séniorisation ». Cette mesure constituerait ainsi un apprentissage concret du statut libéral (tenue d'une comptabilité des revenus, gestion de sa protection sociale, etc.). Une piste qui fait écho à la proposition de l'année de tutorat prônée par le Conseil national. En pratique, cette année de séniorisation s'effectuerait sous la forme d'un exercice à temps plein, en totale autonomie au sein de >>>

Le point de vue de...

Christian Couzinou, président du Conseil national



« Le rapport réalisé par Élisabeth Hubert sur la médecine libérale constitue un travail remarquable. De mémoire, c'est la première étude aussi aboutie sur la question. Ce travail propose un tour complet des problèmes de la pratique médicale et, plus largement, de l'exercice libéral. On retiendra particulièrement l'idée d'une année de "séniorisation", qui va dans le sens de l'année de tutorat préconisée par l'Ordre,

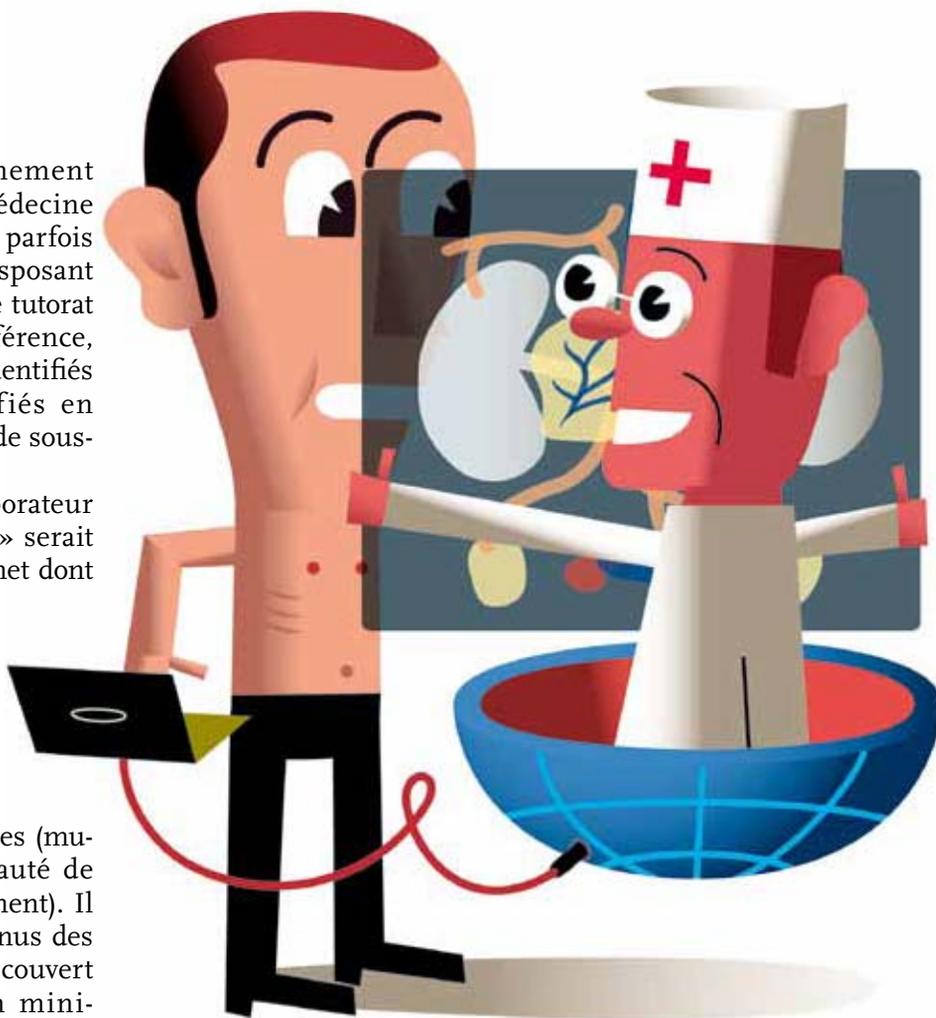
et les interrogations de l'auteur quant à la structure juridique actuelle des maisons pluridisciplinaires qui, à notre sens, doit évoluer pour être efficace. >>>

»» la région de rattachement de l'ex-interne en médecine (mais dans des lieux parfois éloignés des villes disposant d'une faculté), sous le tutorat d'un praticien de référence, dans des territoires identifiés comme sous-densifiés en médecins ou en voie de sous-densification.

À l'instar d'un collaborateur libéral, ce « stagiaire » serait installé dans un cabinet dont il n'aurait pas à assurer l'installation ni la gestion. Ces charges seraient portées non par un praticien déjà installé, mais par les collectivités territoriales (municipalité, communauté de communes, département). Il bénéficierait des revenus des actes effectués, sous couvert d'une rémunération minimale garantie, dont le montant devra être attractif afin de lever chez ce jeune professionnel de santé tout sentiment d'insécurité et toute réticence vis-à-vis de ce mode d'exercice. La mise en place

Le partage de données informatisées de nature médicale entre professionnels de santé demeure négligeable, y compris au sein d'un même cabinet.

passerait notamment par l'amélioration de la rémunération du maître de stage. Il est également proposé d'intégrer la fonction de maître de stage dans le dispositif de développement professionnel continu (DPC).



2 DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE

Pour les auteurs, le second enjeu des dix prochaines années sera le développement des systèmes d'information

actuels résiderait dans l'absence de partage d'informations tant entre professionnels de santé (y compris au sein d'un même cabinet) qu'entre établissements de santé et médecins traitants.

Afin de rompre avec le développement anarchique et non coordonné des systèmes d'information aboutissant au fait que, sur un territoire de santé, les politiques d'informatisation sont conçues sans recherche d'interopérabilité entre elles, la mission suggère de développer, dès 2011, une information médicale condensée et une message-

et de la télémédecine. L'utilisation de l'équipement informatique à des fins médicales reste faible, les applications utilisées étant uniquement en rapport avec la gestion du cabinet et la télétransmission. Le défaut majeur des

rie sécurisée. « Les informations recueillies devant servir la santé de chaque patient, permettre de mieux piloter le système de santé et réduire les tâches administratives des praticiens, ce plan ambitieux impliquerait toutefois de lever les obstacles juridiques au développement de la télémedecine, d'en clarifier les conditions de facturation et de faire en sorte que le traitement des données de santé soit réalisé de manière professionnelle » soulignent les auteurs.

3 DÉVELOPPER LES NOUVEAUX MODES D'EXERCICE

D'autres types de mesures sont envisagés dans le rapport, lesquelles produiraient des effets perceptibles à moyen terme, notamment en termes de délégation de tâches et de pluridisciplinarité. En effet, les auteurs considèrent que la formation des professions médicales en la matière et les nouvelles techniques de l'information et de la communication sont à la base d'un exercice plus coopératif des soins : « Le partage d'activités entre professionnels de santé a pris du retard en France en comparaison, notamment, des pays anglo-saxons. La démographie médicale et la tendance des praticiens à réduire leur durée hebdomadaire de travail pour mieux concilier exercice professionnel et vie personnelle conduisent à devoir mieux utiliser le temps

médical. » Le rapport considère qu'il convient donc de recentrer les professionnels de santé sur leur cœur de métier et de transférer certaines tâches.

Le rapport émet ainsi des recommandations pour faciliter ces coopérations dans les meilleures conditions de qualité et de responsabilité, notamment en s'appuyant sur la formation des professionnels, la redéfinition des métiers à partir de la démarche des référentiels et la certification des équipes. L'exercice regroupé et pluriprofessionnel est plébiscité. Mais créer la transversalité entre professions de santé nécessite de créer les conditions matérielles de l'exercice de cette pluridisciplinarité. Pour les auteurs, les maisons de santé et les pôles de santé « répondent non seulement à ce besoin, mais satisfont aussi le souhait d'un nombre grandissant de médecins de ne plus exercer de façon solitaire ».

À cet égard, le rapport relève que « les actions incitatives des pouvoirs publics sont peu lisibles, non pérennes et sans réel effet ». Si la volonté de remédier à l'essor des déserts médicaux et d'organiser les soins de proximité est réelle, deux préalables doivent être satisfaits : apprécier les besoins en offre de santé de proximité de façon incontestable selon une méthodologie identique pour les régions, et doter les ARS de professionnels pour ac-

L'ESSENTIEL

✓ Dans un rapport sur la pratique libérale commandé par Nicolas Sarkozy à Elisabeth Hubert, l'ancienne ministre de la Santé avance plusieurs pistes dont certaines recourent les propositions de l'Ordre.

✓ Parmi ces mesures : une année de « séniorisation » à l'issue des études, qui permettrait aux jeunes praticiens de se familiariser avec les différentes facettes de l'exercice libéral. Cette disposition, comparable au tutorat préconisé par l'Ordre, permettrait également d'ancrer les jeunes praticiens dans des zones sous-médicalisées.

✓ Le rapport plaide pour le développement des maisons pluridisciplinaires, mais partage la position de l'Ordre sur la nécessité d'un statut juridique *ad hoc*.

✓ Le rapport préconise un accompagnement fort à l'installation et au regroupement des libéraux.

✓ Parmi les autres mesures phares : une amélioration de la protection sociale des libéraux et une simplification du dispositif de développement professionnel continu (DPC).

»»» accompagner ces projets dont le nombre ne cesse de croître mais dont le montage et le contenu ne sont pas toujours efficaces.

En l'état, la mission considère que « *le développement des regroupements pluriprofessionnels est restreint par sa fragilité juridique, aucun des statuts existants pris individuellement ne répondant aux objectifs et besoins des maisons de santé ou des pôles de santé pluridisciplinaires* ». D'un côté, les sociétés collectives (SCP, SCI, SCM, etc.) nécessitent des

de cet exercice, ce qui oblige pour l'heure les professionnels de santé à créer une SEL par profession...

4 ENVISAGER DE NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION

Corollaire d'un exercice pluridisciplinaire, une « *refonte totale du système de rémunération des professionnels de santé* » est préconisée par le rapport. Bien que cet aspect ne concerne pas, au premier chef, les chirurgiens-dentistes, il est intéressant de constater que, selon les auteurs, il n'est plus envisa-

Pour mieux concilier activité professionnelle et vie personnelle, le temps médical devrait être utilisé sur la base d'un exercice plus coopératif.

montages juridiques complexes pour encadrer la coopération entre différentes professions. Leur champ est nécessairement spécifique et oblige donc à les multiplier pour répondre à chaque objet : une SCI pour l'investissement en locaux, une SCM pour le partage des équipements et des charges de fonctionnement... Quant au statut de SEL, celui-ci prévoit que la société peut avoir pour objet l'exercice en commun de plusieurs professions libérales, mais aucun décret d'application n'a, à ce jour, fixé les conditions

de payer au même tarif une consultation sans tenir compte de sa complexité ni de sa durée. La grille tarifaire doit donc prendre en considération cette variabilité et le rapport préconise « *un éventail de quatre à cinq tarifications* » selon la complexité de l'acte. Les situations qui imposent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels et des réunions de concertation seraient quant à elles rétribuées sous la forme de forfaits selon des modalités s'inspirant de la tarification à l'activité telle qu'utilisée en hospitalisation à domicile. Le rapport évoque également la piste du paiement par « *capitation* », comme il se pratique dans certains pays anglo-saxons, mais considère



que « *ce modèle n'est pas adapté à notre pays* ». Ce système de rémunération ne respecte pas la liberté de choix du médecin par le patient et peut favoriser, au contraire, une sélection des patients. Il n'est pas vecteur

Plus d'infos sur

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr



d'économies pour les institutions qui financent les dépenses de santé dans la mesure où il incite les médecins de premier recours à se décharger des malades difficiles sur d'autres professionnels ou d'autres modes de prise en charge plus coûteuses telles que les hospitalisations.

Ce rapport propose que soit reconnu de service public l'exercice des professionnels en ces territoires. Assortie d'une rémunération spécifi-

que et incitative, cette mission serait assurée, dans des locaux aménagés et mis à disposition par les communes, par de jeunes médecins ayant fini leur internat mais qui souhaitent différer leur installation, des remplaçants dans cette situation depuis un certain temps, et par tous les médecins, libéraux ou hospitaliers, installés à proximité de ces lieux ou retraités qui accepteraient, par solidarité de s'y associer.

5 ACCOMPAGNER L'INSTALLATION ET LE GROUPEMENT

Plus conjoncturelles enfin, des mesures «rapides et pérennes» pour faciliter la per-

manence des soins et la sécurisation de l'installation des praticiens dans les zones géographiques désertifiées sont avancées. Face à la désertification, les auteurs de la mission considèrent qu'il conviendrait de privilégier les mesures incitatives aux mesures coercitives, les premières ayant été jusqu'à présent «*trop éparées, mal ciblées et peu connues*».

Dans cette perspective, les auteurs estiment qu'il est devenu indispensable d'agir sur les facteurs déterminants de l'installation des professionnels : «*Une soustraction des pouvoirs publics à cette obligation aurait pour conséquences une grave désorganisation de notre système de soins et un surcoût financier, les patients étant conduits à s'orienter encore un peu plus vers le système hospitalier alors que leurs soins ne le justifieraient pas.*»

Afin de sécuriser les conditions de l'installation, la mission envisage notamment de faciliter l'investissement des professionnels dans leur outil de travail en mettant en place différents dispositifs : prêts à taux zéro pour les primo-installations dans certaines zones, utilisation du dispositif du crédit-bail, dispositifs de déduction fiscale, institution d'un fonds de garantie de l'investissement.



>>> 6 CLARIFIER LE RÔLE DES ACTEURS

Pour les auteurs, les ARS devront jouer un rôle clef dans l'organisation de l'offre de soins au niveau local. Elles auront pour double mission d'établir un diagnostic pour identifier les territoires sur lesquels porter les efforts, d'une part, et de conduire des actions de communication et d'information en direction des futurs professionnels, d'autre part. Elles devront par ailleurs servir d'appui dans leurs démarches auprès des collectivités territoriales à ceux qui ne souhaitent pas ou hésitent à investir dans l'immobilier, tout comme elles solliciteront ces dernières pour prendre en charge le logement des stagiaires et des internes effectuant en zone rurale leurs stages auprès de professionnels libéraux.

7 AMÉLIORER LA PROTECTION SOCIALE DES LIBÉRAUX

Le rapport relève que l'un des problèmes majeurs régulièrement dénoncés par les professionnels de santé, qu'ils soient jeunes internes, nouvellement installés ou praticiens aguerris, a trait à leur protection sociale et à l'inexistence ou au faible montant des prestations perçues lors des maternités et à moindre degré en cas de maladie, la retraite posant en elle-même un problème spécifique.

Alors que les générations précédentes vivaient cette situation comme inhérente au



statut libéral, la jeune génération semble demander davantage de protection, influencée en cela par un climat ambiant qui privilégie d'autant plus la sécurité que l'environnement économique et social est plus instable. Pour les auteurs, il est compréhensible que, à l'heure du choix entre l'exercice libéral et l'exercice salarié, ce dernier soit privilégié par certains ou, tout au moins, que tout engagement définitif vers le libéral soit différé, dans l'attente d'une plus grande visibilité quant aux revenus disponibles.

Ainsi, au regard de la féminisation croissante des professions médicales, le rapport préconise d'améliorer la couverture maternité des médecins libéraux exerçant en secteur 1, afin que ces praticiens ne retardent pas leur installation pour la seule raison du poids des charges fixes de leur cabinet.

8 SIMPLIFIER LE DPC

Selon le rapport, alors que la formation continue et surtout l'évaluation des pratiques professionnelles ont été perçues comme un moyen supplémentaire de contrôler leur activité, les professionnels de santé ne se sont pas encore approprié le concept de développement professionnel continu (DPC). Car, si l'objectif du DPC est précisément de coller à la pratique quotidienne et de s'appuyer

parmi lesquelles un recours plus important aux professionnels dans la définition des contenus et la gestion du DPC, de même que la valorisation des actions déjà menées par les professionnels en matière de qualité ou d'amélioration des pratiques (telles que la qualité de maître de stage, on l'a dit, ou encore l'exercice en maison de santé).

Au total, de la formation initiale à la formation continue en passant par les formes d'exer-

Les jeunes diplômés privilégient l'exercice salarié dans l'attente d'une meilleure visibilité en termes de revenus disponibles.

autant que possible sur la pratique et non la théorie, « *ce dispositif n'a pas encore rencontré son public* » estiment les auteurs. Diverses mesures pour faciliter son appropriation sont abordées,

cice et les modalités d'installation, ce travail, complet et pertinent, aura eu le mérite de mettre en perspective activité professionnelle et vie personnelle des praticiens. Reste à savoir quel avenir sera réservé aux pistes cohérentes proposées dans ce rapport. Doit-il être considéré comme un préambule à une réforme globale de l'offre de santé ambulatoire de grande envergure ? Ou restera-t-il lettre morte ? La réponse appartient aux pouvoirs publics qui, afin d'obtenir des résultats concrets devront, comme les auteurs l'ont très bien identifié, résister à la tentation de « *céder à des jeux de pouvoir qui n'ont pas leur place au regard des enjeux de l'offre de santé de proximité* ». ■

Dédramatiser la responsabilité médicale

Le rapport évoque « *la crainte de mise en cause de leur responsabilité médicale* » comme l'un des arguments régulièrement avancé par les jeunes professionnels de santé pour expliquer leurs hésitations à s'installer, voire pour tourner le dos à l'exercice libéral. Pour les auteurs du rapport, ces craintes relèvent du « fantasme » en raison du faible nombre de déclarations de sinistre. Ils suggèrent plusieurs pistes pour rassérer le professionnel :

- une meilleure information du patient ;
- la sécurisation des pratiques ;
- le développement de protocoles formalisant les échanges entre professionnels et patients.

L'article 57 de la loi HPST retouché à la marge ?

Une proposition de loi visant à modifier la loi HPST et, entre autres, son article 57 portant obligation d'informer le patient sur le coût d'achat de la prothèse, propose quelques aménagements... encore trop superficiels.

Jean-Pierre Fourcade, sénateur UMP des Hauts-de-Seine et président du Comité d'évaluation de la mise en œuvre de la loi HPST, vient de présenter une proposition de loi pour «renforcer l'implication des professionnels de santé libéraux» dans le cadre de cette réforme. Sa proposition, déposée en novembre dernier, vise, entre autres, à modifier certains articles de la loi HPST, notamment l'article 57 sur l'obligation de délivrer gratuitement au patient une information écrite sur le tarif de la prothèse. Mais sur ce point précis, on peut douter qu'il atteigne ses objectifs. Car cette seconde version de l'article 57 n'est guère meilleure que la première. Pour le Conseil national, c'est le principe même de l'obligation de délivrer au patient une telle information – comprenant de manière disso-

ciée le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, d'une part, et, d'autre part, le prix de toutes les prestations associées – qui est inique et doit être remise en question. Le chirurgien-dentiste n'est pas un revendeur de prothèses, et l'acte prothétique doit être considéré comme un acte médical global. En pratique, Jean-Pierre

Fourcade, qui souhaite vraisemblablement adoucir l'obligation définie par la loi HPST, propose de la remplacer par une obligation de délivrer gratuitement au patient une information écrite comprenant de manière dissociée non plus le prix d'achat, mais le coût de l'appareillage proposé ainsi que le prix de toutes les prestations associées et,

le cas échéant, le montant des dépassements facturés. Mais, peut-on vraiment considérer qu'il s'agisse là d'une simplification ?

TROP D'INCONNUES...

Par souci d'égalité de traitement entre professionnels de santé et d'égalité dans l'accès des patients à l'information, Jean-Pierre Fourcade propose également que les obligations s'appliquant aux professionnels de santé d'exercice libéral soient étendues aux centres de santé et aux établissements de santé.

Cette mesure a le mérite de placer sur un même pied d'égalité les praticiens libéraux et les établissements de santé, et c'est bien la seule avancée que l'on puisse tirer des propositions du sénateur. Car, pour le reste, il faut bien reconnaître que la réécriture de l'article 57 de la loi HPST ne donne pas satisfac-

L'ESSENTIEL

- ✓ Le sénateur Jean-Pierre Fourcade a présenté une proposition de loi visant à modifier certaines dispositions de la loi HPST.
- ✓ La proposition de loi veut substituer une obligation d'information sur le coût de l'appareillage, le prix des prestations associées et le montant des dépassements facturés à l'obligation d'information sur le prix d'achat de la prothèse.
- ✓ Cette obligation d'information serait étendue aux établissements de santé.
- ✓ En dépit de la nouvelle rédaction proposée par Jean-Pierre Fourcade, le Conseil national reste opposé au principe d'une obligation d'information sur le coût d'achat de la prothèse.
- ✓ Le Conseil national a proposé un amendement qui étend aux étudiants en odontologie le contrat d'engagement de service public.



totalité des aides prévues en matière démographique ne concernent que les médecins ou les étudiants en médecine, y compris les dernières en date : le contrat santé solidarité et le contrat d'engagement de service public. Une telle différence peut être considérée comme particulièrement discriminante pour les chirurgiens-dentistes et les étudiants en odontologie, d'autant que notre profession réalise des actes et des soins de premier recours.

tion. Trop d'inconnues formelles demeurent : que faut-il entendre par prestations associées et comment les chiffrer objectivement ? Comment évaluer le coût de la prothèse au moment de la rédaction du devis, alors que celui-ci n'est pas connu par le praticien ? Bref, cette proposition ne change pas vraiment le fond du problème. L'Ordre, tout comme l'ensemble de la profession, continue à penser que cette obligation d'information tarifaire est excessive et inadaptée à l'information du patient, puisqu'elle ne rend pas compte de la réalité de la pratique. Le Conseil national

restera vigilant quant à la parution des décrets qui fixeront les modalités d'application de cette obligation. Faisant contre mauvaise fortune bon cœur, l'Ordre a toutefois saisi l'opportunité de cette proposition de loi de Jean-Pierre Fourcade

pour lui demander formellement d'ouvrir aux étudiants en odontologie les contrats d'engagement de service public, accessibles aujourd'hui aux seuls étudiants et internes en médecine. Rappelons que ces contrats ou-

vent droit au versement d'une allocation mensuelle (s'élevant à 1 200 euros brut par mois). Le Conseil national constate que les professions médicales souffrent de profondes difficultés démographiques, tant en termes numériques que sur le

MESURES D'AIDES...

Il est nécessaire d'élargir les mesures d'aide et d'incitation à l'installation prévues pour les étudiants en médecine et les médecins. Le Conseil national est donc intervenu auprès du sénateur afin que soit déposé un amende-

Le chirurgien-dentiste n'est pas un revendeur de prothèses, et l'acte prothétique doit être considéré comme un acte médical global !

plan de la répartition géographique et que, au rang de ces professions – si l'on se réfère au rapport de la DREES paru en septembre 2007 –, la profession dentaire est la profession médicale la plus sinistrée. Or, à ce jour, la quasi-

ment à sa proposition de loi, lequel permettrait d'étendre aux étudiants en odontologie le contrat d'engagement de service public. La première lecture de la proposition de loi devrait avoir lieu au Sénat, courant février. ■

Quelle alternative au Di-Antalvic® ?

À partir du 1^{er} mars, l'association dextropropoxyphène/paracétamol – dont la spécialité la plus connue est le Di-Antalvic® – sera retirée du marché.

L'Afssaps va retirer du marché français des spécialités contenant l'association dextropropoxyphène/paracétamol (DXP/P) à partir du 1^{er} mars 2011. Dans la perspective de ce retrait du marché, elle a actualisé la stratégie de prise en charge des douleurs modérées à intenses de l'adulte, et de nouvelles recommandations à destination des professionnels de santé sont disponibles sur son site Internet (www.afssaps.fr). L'Afssaps recommande aux patients prenant

à ce jour des médicaments contenant l'association fixe dextropropoxyphène/paracétamol ou dextropropoxyphène/paracétamol/caféine de consulter leur médecin dans les trois mois à venir. Les spéciali-

L'arrêt de ce traitement chez un patient nécessite de réévaluer sa douleur, ses attentes et sa prise en charge médicamenteuse.

tés pharmaceutiques concernées sont le Di-Antalvic® et ses génériques, ainsi que le Propofan® et ses génériques qui contien-

ent également de la caféine (C). Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs modérées ou intenses et/ou qui ne sont pas soulagées par l'aspirine, le paracétamol ou l'ibuprofène, utilisés seuls. En subs-

stéroïdiens à dose antalgique en cure courte, en l'absence de contre-indications, ou un traitement antalgique de palier II.

- Pour les douleurs intenses est recommandé un traitement antalgique de palier II, ou

tance, voici les principales recommandations contenues dans ce document et applicables à notre exercice pour remplacer l'association dextropropoxyphène/paracétamol :

S'agissant des douleurs aiguës nociceptives :

- Pour les douleurs légères à modérées, le paracétamol à dose optimale doit être privilégié (dose minimale efficace).

- Pour les douleurs modérées à intense sont recommandés les anti-inflammatoires non

de palier III dans les douleurs très intenses, selon l'urgence à obtenir un soulagement et le contexte clinique.

En ce qui concerne les douleurs chroniques avec composante nociceptive, l'arrêt du traitement par l'association DXP/P ou DXP/P/C doit être l'opportunité de réévaluer la douleur, les attentes du patient et la prise en charge médicamenteuse.

- Pour les douleurs contrôlées avec 2 et 4 gélules par jour de DXP/P ou DXP/P/C

L'ESSENTIEL

✓ L'association dextropropoxyphène/paracétamol (Di-Antalvic®, Propofan®, etc.) ne sera plus disponible dès le 1^{er} mars prochain.

✓ L'Afssaps propose de nouveaux modes de prise en charge des douleurs pour pallier ce retrait.

✓ Les praticiens peuvent télécharger les recommandations de prise en charge de la douleur sur www.afssaps.fr (taper « DXP » sur le moteur de recherche).



sera privilégié le paracétamol à dose optimale (dose minimale efficace).

- En cas d'efficacité insuffisante, on opérera pour un traitement antalgique de palier II à dose faible et titration progressive.

- Pour les douleurs contrôlées avec une posologie supérieure à 4 gélules par jour DXP/P ou DXP/P/C, l'AFSSAPS recommande un traitement antalgique de palier II à dose moyenne, avec ou sans complément de paracétamol sans dépasser une dose totale de 3 ou 4 g de paracétamol par jour.

Le traitement doit être réévalué après une semaine : la dose du traitement antalgique de palier II peut être

augmentée progressivement, et la dose du complément de paracétamol diminuée en conséquence.

L'arrêt de ce traitement chez un patient nécessite de réévaluer rapide-

ment à la fois sa douleur, ses attentes et sa prise en charge médicamenteuse.

Un bilan de la consommation totale de médicaments, y compris ceux pris en automé-

dication, doit être effectué afin d'éviter les risques de surdosage lorsqu'une même substance active est présente dans plusieurs spécialités. Ainsi, il convient de rechercher si le patient prend d'autres médicaments contenant du tramadol, de la codéine, un anti-inflammatoire non stéroïdien, ou du paracétamol sous toutes ses formes.

Il est, par ailleurs, indispensable de rappeler au patient de se conformer à la prescription médicale et de ne pas prendre d'autres antalgiques sans avis médical. ■

Les raisons d'un retrait

La Commission européenne a procédé en novembre dernier à la réévaluation du rapport bénéfice/risque de tous les médicaments contenant du dextropropoxyphène (DXP). Cette réévaluation a conduit la Commission européenne à demander le retrait dans l'Union européenne des autorisations de mise sur le marché de toutes les spécialités en contenant, dans un délai maximal de 15 mois. Pourquoi? La différence entre la dose thérapeutique et la dose toxique n'était pas suffisamment importante pour garantir la sécurité des patients.

Cette décision s'appuie sur une récente étude américaine qui a mis en évidence un risque d'effets indésirables cardiaques (risque de modification de l'électrocardiogramme chez les personnes âgées aux doses thérapeutiques maximales recommandées en France). En 2004, la réévaluation en Suède et au Royaume-Uni du rapport bénéfice/risque des médicaments contenant du DXP a conduit ces deux pays à retirer du marché l'association DXP/PC en raison du nombre important de décès constatés (200 par an en Suède pour 9 millions d'habitants et entre 300 et 400 par an au Royaume-Uni pour 60 millions d'habitants).

À Cergy, deux consœurs agressées à leur cabinet

En réaction aux faits graves d'insécurité touchant les chirurgiens-dentistes, le conseil départemental du Val-d'Oise a suspendu le service de garde.

Deux agressions particulièrement violentes de chirurgiens-dentistes ont eu lieu à Cergy (Val-d'Oise) en décembre dernier.

La première de nos deux consœurs agressées raconte : « Un individu d'une quinzaine d'années est venu me demander un devis pour des soins. Je n'ai alors rien soupçonné. Mais, il est revenu au cabinet quelques heures

liste qualifiée en ODF, le *modus operandi* est sensiblement le même : « Un individu prétextant une demande de renseignements pour des soins est venu réperer les lieux avant de passer à l'acte, environ un quart d'heure plus tard, accompagné de deux autres individus. Comme il neigeait ce jour-là, le cabinet était vide. Ils en ont profité. » L'agression aura été

USB inutilisables... Le conseil départemental du Val-d'Oise considère cette situation d'insécurité intolérable. Yves Blocman, son président s'en est ouvert au préfet.

ORGANISER AUTREMENT LA CONTINUITÉ DES SOINS

Mais son courrier est resté lettre morte. Face à ce silence assourdissant, il a décidé de suspendre le service départemental de gardes. « Soit on continue jus-

Dans un contexte d'augmentation des actes de délinquance, certaines zones géographiques deviennent de plus en plus sensibles (le Val-d'Oise représente 11,6 % des atteintes volontaires à l'intégrité physique sur le territoire national), et l'exercice libéral individuel de plus en plus problématique. Le Conseil national invite les confrères à la vigilance. Notre consœur agressée à la bombe lacrymogène en donne une criante illustration : « C'est très ennuyeux pour les patients que les gardes soient suspendues, mais on ne pouvait pas faire autrement. » Sa consœur ODF de confirmer : « On peut difficilement nous demander d'assurer la santé des patients alors que notre sécurité ne l'est pas. » Les pouvoirs publics sont alertés et... le service de garde toujours suspendu dans le Val-d'Oise. ■

Pour un butin dérisoire dans un cas comme dans l'autre, le *modus operandi* a été sensiblement le même.

plus tard avec un complice. Ils m'ont menacée avec une bombe de gaz lacrymogène pour s'emparer des espèces de la caisse du cabinet, soit environ 400 euros. Au moment de s'enfuir, l'un d'entre eux m'a frappée au visage avant de m'enfermer dans le cabinet. C'est vraiment de la violence gratuite. » Pour la deuxième consœur, spécia-

encore plus violente puisque les individus étaient cagoulés et que la consœur a reçu des coups de bâton sur le crâne. Bilan : huit points de suture, plusieurs jours d'incapacité totale de travail (ITT) et un trauma profond pour son assistante dentaire. Le tout pour un butin, là encore dérisoire, de quelques centaines d'euros et de clés

qu'à ce que le préfet réagisse, soit on installe un service de garde dans les centres de soins, soit on parvient à établir une convention avec un hôpital afin que les services de garde y soient effectués. En tout cas, les confrères ne peuvent pas continuer à être exposés de la sorte » explique Yves Blocman.

Allégements fiscaux dans les zones rurales

Les zones de revitalisation rurale (ZRR) voient leur dispositif d'exonération fiscale élargi aux reprises d'entreprise et recentré sur les TPE de moins de dix salariés.

Paru le 30 décembre 2010, la loi de finances pour 2011 prévoit un nouveau régime d'allégement dans les zones rurales, régime dont bénéficieront les chirurgiens-dentistes installés dans les zones de revitalisation rurale (dites « ZRR »). En quoi consiste-t-il ? Ce nouveau régime d'allégement portant sur les bénéfiques (impôt sur le revenu ou impôt sur les sociétés), la contribution économique territoriale (CET) et les taxes foncières est institué pour les entreprises implantées dans les zones de revitalisation rurale. En substance, il diffère du dispositif précédent d'exonération sur trois points essentiels :

1. Les exonérations s'appliqueront non seulement aux entreprises nouvelles, mais également aux reprises d'entreprise ;

2. Le régime est recentré sur les très petites entreprises qui emploient moins de dix salariés ;

3. La durée de la période de sortie progressive d'exonération est ramenée de neuf ans à trois ans.

Pour les entreprises implantées dans une ZRR, la période d'exo-

nération complète se limite à cinq ans. Elle est prolongée par une exonération partielle de trois ans. L'exonération totale s'applique aux bénéfiques réalisés jusqu'au terme du 59^e mois suivant celui de la création ou de la reprise d'entreprise, à condition qu'ils soient déclarés dans les délais impartis. Pour les bénéfiques réalisés au cours de la pre-

mière, de la deuxième ou de la troisième période de 12 mois suivant cette période d'exonération, les bénéfiques sont respectivement imposés pour 25 %, 50 % et 75 % de leur montant.

QUELLE PORTÉE POUR L'EXONÉRATION ?

Aucun plafond d'exonération n'est prévu par le texte, mais l'exonération est sou-

les bénéfiques pourront être temporairement exonérées :

- sur délibération des collectivités territoriales, de cotisation foncière des entreprises (CFE), de cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) et de taxe foncière pour les propriétés bâties, pour une durée comprise entre deux et cinq

Le nouveau régime s'applique aux créations et aux reprises réalisées du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2013.

mise à l'encadrement communautaire des aides de minimis. La portée de l'exonération est moindre que dans le régime applicable jusqu'en 2010 dans les ZRR, l'abattement dégressif à l'issue de la période d'exonération totale étant de neuf ans. Ajoutons que les entreprises qui bénéficient des exonérations d'impôt sur

ans ;

- sur délibération des organismes consulaires, de taxes pour frais de chambres de commerce et d'industrie et pour frais de chambres de métiers et de l'artisanat, pour une durée comprise entre deux et cinq ans. Ce nouveau régime n'est pas pérenne mais s'applique aux créations et aux re-



►►► prises réalisées du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2013. Le siège social de l'entreprise ainsi que l'ensemble de son activité et de ses moyens d'exploitation doivent être implantés dans les zones de revitalisation rurale. Il est réservé aux entreprises créées ou reprises qui sont soumises de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition de leurs résultats et qui exercent une activité industrielle, commerciale, artisanale ou encore professionnelle.

UN AVANTAGE FISCAL LIMITÉ PAR EXPLOITANT

Étendu aux reprises, l'avantage fiscal est désormais limité par exploitant et non plus par entreprise. En revanche, les extensions d'activités préexistantes restent exclues de l'exonération.

Afin de bénéficier de l'exonération, l'entreprise doit employer moins de dix salariés à la date de clôture du premier exercice et au cours de chaque exerci-



ce de la période d'application de l'exonération. Sont retenus les salariés bénéficiant d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'une durée d'au moins six mois. Si l'effectif varie en cours d'exercice, il est calculé en tenant compte de la durée de présence des salariés pendant l'exercice. S'agissant du capital de l'entreprise créée ou

reprise, celui-ci ne doit pas être détenu, directement ou indirectement, pour plus de 50 % par d'autres sociétés. Afin d'éviter les «reprises par soi-même», le bénéfice de l'exonération est exclu lorsque, à l'issue de l'opération de reprise ou de restructuration, le cédant et sa famille (conjoint, partenaire pacsé, ascendants, descendants, frères et sœurs) détiennent ensemble, directement ou indirectement, la majorité des droits de vote ou des

droits sociaux de l'entité issue de la reprise.

Pour l'application de cette règle, le cédant peut être celui qui :

- soit détenait, directement ou indirectement, la majorité des droits dans l'entité faisant l'objet de la reprise ;

- soit en exerçait, en droit ou en fait, la direction effective.

Sont également exclues les reprises d'entreprises individuelles par un membre du cercle familial (conjoint, partenaire pacsé, ascendants, descendants,

Plus d'infos sur
legifrance.gouv.fr
(liste des communes classées en zone de revitalisation rurale)



frères et sœurs). Par ailleurs, les exonérations sont maintenues pour leur durée restant à courir lorsque la commune d'implantation de l'entreprise sort de la liste des communes classées en zone de revitalisation rurale après la date de sa création.

Ainsi, la modification de la liste des communes d'implantation éligibles n'a pas de conséquence pour l'entreprise pour les créations et les reprises prenant effet avant la publication d'une nouvelle liste de

communes classées. L'exonération ne s'applique pas lorsque la création ou la reprise d'activité dans une ZRR est consécutive au transfert d'une activité pour laquelle le

lité régionale (ZAFR), en ZRR ou en zone de revitalisation urbaine (ZRU), jeunes entreprises innovantes, reprise d'entreprise en difficulté, zones franches urbaines,

bien les conditions pour bénéficier du nouveau régime, l'administration pouvant alors être engagée par une prise de position implicite si elle ne répond pas

Sont exclues du dispositif les reprises d'entreprises individuelles par un membre du cercle familial.

contribuable a bénéficié de la prime d'aménagement du territoire ou de certains allègements fiscaux au titre d'une ou de plusieurs des cinq années précédant le transfert.

OPTER POUR UN RÉGIME UNIQUE D'EXONÉRATION

Les conditions dans lesquelles une entreprise susceptible de bénéficier de deux ou plusieurs régimes d'exonération doit opter pour l'un d'entre eux sont précisées. L'entreprise doit exercer une option irrévocable dans les dix mois suivant le début de l'activité. Les dispositifs concernés sont ceux visés par la disposition antitransfert et qui sont encore ouverts.

La mesure antitransfert vise les exonérations fiscales suivantes : entreprises nouvelles implantées en zones aide à fisca-

Corse, pôles de compétitivité, bassins d'emploi à redynamiser, zones de restructuration de la défense, zones franches d'activité des départements d'outre-mer.

Comme le régime des entreprises nouvelles, le régime d'exonération en ZRR pourra faire l'objet d'un rescrit spécifique. Les entreprises peuvent ainsi s'assurer auprès de l'administration qu'elles remplissent

dans un délai de trois mois à la demande de l'entreprise (BO 13 L-11-10, n^{os} 109 à 148). Pour que la garantie s'applique, la demande de l'entreprise doit être préalable à l'opération en cause, porter exclusivement sur l'exonération en ZRR et comporter tous les éléments utiles pour apprécier si les conditions requises pour bénéficier du régime fiscal en cause sont satisfaites. ■

L'ESSENTIEL

- ✓ Un nouveau régime d'allègement fiscal est institué pour les entreprises implantées en zones de revitalisation rurale.
- ✓ Ce régime d'allègement porte sur les bénéficiaires et les taxes foncières.
- ✓ Les exonérations s'appliqueront non seulement aux entreprises nouvelles, mais également aux reprises d'entreprises.
- ✓ Ce régime fiscal est recentré sur les très petites entreprises qui emploient moins de dix salariés.
- ✓ La période d'exonération d'impôt sur les bénéfices totale dure cinq ans prolongés par une exonération partielle de trois ans.

DMSM : les praticiens dispensés de déclaration

Pour l'Afssaps, les praticiens ne sont pas tenus d'adresser les données d'identification pour chaque catégorie de dispositifs médicaux sur mesure (DMSM).

Les fabricants de dispositifs médicaux sur mesure de classe II a (prothèse dentaire fixe, par exemple), au rang desquels les chirurgiens-dentistes, doivent-ils spontanément communiquer à l'Afssaps la liste des dispositifs réalisés, la déclaration ainsi que la documentation relatives à ces dispositifs ? Ou, au contraire, doivent-ils attendre d'être sollicités par l'Afssaps pour les lui transmettre ?

Considérant que les récents textes réglementaires ont introduit d'apparentes contradictions sur la question, le Conseil national a interrogé l'Afssaps. En effet, le Conseil national relève que l'article R. 5211-35 du Code de la santé publique prévoit que « le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut exiger du fabricant [de dispositifs

médicaux sur mesure] qu'il lui communique la liste des dispositifs qu'il a produits et qui ont été mis en service sur le territoire français, ainsi que les déclarations et la documentation relatives à ces dispositifs ».

DEUX TEXTES À CONSIDÉRER

Mais d'un autre côté, l'article L. 5211-4 du même code prévoit que « lors de la mise en service sur le territoire national de catégories de dispositifs médicaux [...], toutes les données permettant d'identifier ces dispositifs, avec un exemplaire de l'étiquetage et de la notice

d'instruction, doivent être communiquées à l'Afssaps ». Dans ces conditions, que doivent faire les praticiens ?

Pour l'Afssaps, ces informations « sont de nature complémentaire pour les fabricants ou les mandataires quand ils ont leur siège social en France, mais ne se superposent pas ». L'Afssaps souligne que, « dans la mesure où les dispositifs médicaux sur mesure [...] n'ont généralement pas de dénomination commerciale, la communication par le fabricant, le mandataire ou le distributeur [...] n'est réalisée que lors de la première mise en service en

France d'un type de dispositifs médicaux sur mesure ». Avant de préciser que « pour les fabricants français, cette communication est déjà satisfaite par la déclaration du fabricant ».

ÉTENDRE LA VISIBILITÉ DE LA TRAÇABILITÉ

La communication des données permettant d'identifier une catégorie de dispositifs permettrait en fait d'étendre la visibilité de l'Afssaps sur les opérateurs d'autres pays. L'Afssaps dispose d'un pouvoir de contrôle sur l'ensemble des dispositifs médicaux sur mesure mis sur le marché et identifiés par le nom ou le code numérique du patient.

L'Afssaps précise que la prochaine version du guide pour la mise sur le marché des dispositifs médicaux appliqués au secteur dentaire prendra en compte cette problématique. ■

L'ESSENTIEL

- ✓ Pour l'Afssaps, il n'y a pas lieu, pour les fabricants, de communiquer pour chaque catégorie de DMSM toutes les données d'identification. La déclaration de fabricant suffit.
- ✓ L'Afssaps dispose d'un pouvoir de contrôle et peut exiger du praticien qu'il lui communique la liste des DMSM réalisés, les déclarations et la documentation relatives à ces dispositifs.

ODF : la preuve par le numérique

Les modèles orthodontiques numérisés constituent un élément de preuve.

Quelle est la valeur juridique des modèles orthodontiques numérisés qui deviennent aujourd'hui l'usage ? En cas de litige, ces modèles peuvent-ils constituer un élément de preuve ? Un praticien peut-il ne conserver que des modèles numérisés dans ses dossiers orthodontiques ?

La réponse est oui. L'archivage des moulages en plâtres étant, en pratique, compliqué, surtout à très long terme, la photographie peut plus aisément constituer un faisceau de preu-

ves. Il est d'ailleurs d'usage que le contrôle dentaire accepte les photographies de moulages ou autres adressées par la poste.

FALSIFICATION

Cependant, un risque de falsification de ces documents au moyen de logiciels de traitement d'images existe. Dans les faits, les experts judiciaires se retrouvent souvent confrontés à l'absence de documents et, dans certains cas, à des dossiers médicaux comportant des mentions inexactes, voire



insérées *a posteriori* et de manière délibérée. L'expert s'en apercevra en recoupant les différents éléments dont il dispose. D'autant qu'un orthodontiste dispose en règle générale de radios et de photographies réali-

sées avant, pendant et en fin de traitement. Par conséquent, les modèles orthodontiques numérisés ont une valeur juridique. Il importe donc de bien les conserver.

Certains documents diagnostiques peuvent aussi être remis au patient adulte ou aux parents accompagnés d'une attestation de décharge de responsabilité (datée, signée et comportant la liste des éléments remis) concernant la conservation de ces documents. ■

Guy Bias

Biphosphonates et effets indésirables en ODF

Les biphosphonates (BP) ont des caractéristiques pharmacologiques uniques qui les différencient des autres groupes de médicaments. Des millions d'adultes prennent des BP par voie orale pour le traitement au long cours de l'ostéoporose et de l'ostéopénie, le traitement de la maladie de Paget, et dans certains cas de métastases osseuses. Des effets odontologiques indésirables liés à la prise de BP ont été rapportés. Il peut s'agir d'une mauvaise cicatrisation osseuse ou plus

rarement d'ostéonécrose du maxillaire ou de la mandibule. Ces effets sont rarement observés et leur survenue dépend des doses, de la durée et du mode d'administration du médicament. Des effets indésirables peuvent survenir plus fréquemment chez les patients en cours de traitement orthodontique. Des conséquences comme le ralentissement des déplacements dentaires peuvent persister longtemps après l'arrêt de la prise des BP car les molécules incorporées

dans la structure de l'os ont une clairance osseuse très lente, qui peut durer plusieurs années. Or la réussite d'un traitement d'orthodontie dépend de la possibilité de déplacer les dents. Il est donc important, dans le cadre de l'orthodontie de l'adulte, d'anticiper ces aléas par un questionnaire médical adapté et d'optimiser les procédures orthodontiques dans le cadre de fenêtres thérapeutiques approuvées par le médecin. ■

Guy Bias et Georges Rozenzweig

Bus dentaire cherche praticiens en Paca

L'association Handident Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui vient de s'équiper d'une unité de soins mobiles, recrute des praticiens libéraux. Formés à la sédation consciente et aux soins spécifiques, ils auront pour mission de proposer, au sein du bus dentaire, des soins aux patients en situation de handicap.

Depuis le 30 novembre dernier, l'association Handident Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), qui gère notamment le réseau de soins spécifiques bucco-dentaires Handident Paca, dispose de sa propre unité de soins mobiles.

Pour Corinne Tardieu, fondatrice de l'associa-

tion, l'arrivée du bus constitue une avancée significative : « Nous nous sommes rendu compte que certaines

Le bus ne compte que 10 praticiens salariés quand il en faudrait 60 afin d'assurer les 800 vacations prévues pour l'année 2011...

catégories de patients polyhandicapés avaient beaucoup de difficultés

à se rendre à leur rendez-vous avec les chirurgiens-dentistes. Pour ces patients, les déplacements sont particuliè-

re et adaptée mettant notamment en œuvre une approche cognitivo-comportementale des patients.

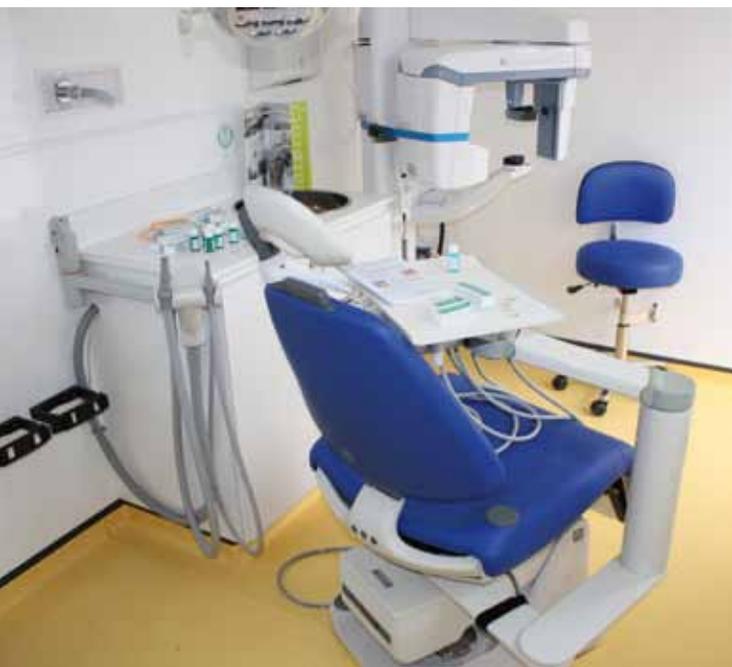
remment délicats et anxieux. Ils exigent en outre la présence de deux accompagnants. Une alternative consistait à installer un chirurgien-dentiste dans chaque infirmerie des centres médico-sociaux, mais il n'aurait pu, au mieux, que réaliser des diagnostics. Puisque les patients pouvaient difficilement venir à nous, nous avons décidé, avec ce bus dentaire, d'aller vers eux. »

Car telle est l'ambition de l'association Handident Paca : offrir aux personnes handicapées une prise en charge bucco-dentaire spéci-

Grâce à ce bus, équipé entre autres d'un plateau technique moderne, d'une radio numérique et d'un dispositif de sédation, répondre aux besoins bucco-dentaires des centres spécialisés accueillant les personnes les plus lourdement handicapées est désormais envisageable.

TROIS NIVEAUX DE SOINS SPÉCIFIQUES

Jusqu'à présent l'association reposait sur une organisation de réseau de santé en trois niveaux conçue afin de valoriser une prise en charge globale orien-





tée aussi bien sur la prévention que sur les soins conservateurs. Au premier niveau : les chirurgiens-dentistes libéraux volontaires, formés aux soins spécifiques et à la sédation. Au deuxième niveau : les unités de santé orale (USO), centres d'examen de santé, de soins spécifiques et de suivi dans lesquels les soins sont effectués par une équipe spécialisée et/ou par un praticien de ville, éventuellement secondé par un soignant de l'USO. Enfin, au troisième niveau, des centres ressources hospitaliers (localisés dans les structures hospitalières publiques). Ces centres ressources, en disposant d'un plateau technique, de compétences techniques spécifiques, mais aussi de possibili-

tés d'enseignement et de formation, permettent la prise en charge des soins multiples ou complexes sous sédation consciente et/ou sous anesthésie générale.

L'unité de soins mobiles constitue donc désormais un quatrième niveau du réseau ou, plus précisément, vient compléter le dispositif des USO déjà en place.

FORMER LES PRATICIENS À LA SÉDATION

Dans le détail, à raison de quatre jours par semaine, le bus dentaire se rendra dans les différents centres médico-sociaux partenaires. Avant son passage, un praticien libéral de l'association aura pour mission de dépister auprès des résidents les situations exigeant des soins dentaires. Ceux-ci seront

effectués dans le bus par un praticien de l'association.

L'originalité du dispositif repose sur le fait que les praticiens ne sont pas bénévoles mais salariés de l'association et recrutés localement, à proximité des centres d'intervention du bus. Ces confrères sont formés gratuitement par l'association à la sédation consciente (Méopa) et à la réalisation de soins spécifiques.

« L'idée est d'offrir aux praticiens de ville une structure adaptée à la prise en charge des patients qu'ils ne peuvent recevoir à leur cabinet et de les former. Les patients handicapés ont les mêmes droits que les autres patients. » Problème : le bus ne compte pour l'heure que 10 praticiens salariés quand il en faudrait 60 afin

■ Inauguré en novembre dernier, le bus dentaire de l'association HandiDent PACA dispense des soins spécifiques aux résidents de centres médico-sociaux.

d'assurer les 800 vacations prévues pour l'année 2011...

À terme, l'objectif de l'association est de sensibiliser et de former un nombre important de praticiens dans tout le département afin évidemment de leur permettre de mieux faire face aux patients en situation de handicap, mais également pour optimiser les déplacements vers le bus. Et Corinne Tardieu d'inviter « tous les praticiens du Rhône-Alpes, désireux de participer à cette belle aventure humaine et thérapeutique » à rejoindre sans plus attendre l'association HandiDent Paca. ■

Contact

Pour plus d'informations ou pour participer au réseau, contactez l'association au 04 91 43 07 94, par mail (handident@yahoo.fr) ou sur le site Internet www.handident.free.fr ou directement le bus au 04 91 41 10 14.

Actualiser la directive sur les qualifications

Neuf pistes prioritaires ont été avancées pour mettre à jour la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles lors d'une réunion à Budapest avec les Ordres et les ministères européens.

Le réseau informel des régulateurs des professions de la santé (dit «HPCB») s'est penché sur l'actualisation de la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles. Pour ce faire, un groupe de travail a été constitué à l'occasion de l'accord du Portugal (*lire l'encadré*). Le responsable au sein de la Commission européenne de la révision de la directive, M. Tiedje, était d'ailleurs invité à cette réunion qui s'est tenue à Budapest, le 29 novembre der-

nier, à l'initiative du HPCB qui, rappelons-le, rassemble les autorités compétentes des professions de santé en Europe (Ordres et ministères).

La révision du texte de la directive a ainsi mis en évidence plusieurs aspects.

1. La reconnaissance automatique des diplômes, dont le bon fonctionnement du système fait certes l'unanimité, mais dont certains détails font défaut tels que la différence de formations, l'existence de cer-

tificats incorrects ainsi qu'une reconnaissance parfois difficile des droits acquis.

2. Le système général, jugé chronophage et présentant des difficultés pour obtenir les transcriptions des formations.

3. Les mesures de compensation, qui souffrent d'un défaut d'harmonisation entre les États.

4. La mobilité temporaire, dont la dimension réelle reste difficile à saisir pour les professions de santé (excepté au Royaume-Uni où les professionnels de santé sont officiellement employés le week-end par des structures de soins).

5. Le libre établissement, évalué par les participants à deux ou trois ans, avant que le professionnel ne retourne à son pays d'origine.

6. Les conditions minimales de formation, avec un besoin d'actualisation des matières obligatoires, y compris dans leurs intitulés, rôles, spécialités et développements scientifiques.

7. Les langages, sujet sensible, facteur de la confiance des citoyens et des patients dans le marché intérieur, selon M. Tiedje.

8. La formation professionnelle continue obligatoire dans 18 États mais dont les approches diffèrent entre eux. Un consensus entre les autorités compétentes se dessine pour rendre la formation professionnelle obligatoire. Toutefois, les participants ont estimé que son évaluation par les autorités compétentes ne devait pas, dans les faits, constituer un doublon avec le processus de reconnaissance des qualifications professionnelles. Cela

L'ESSENTIEL

✓ Les régulateurs européens des professions de santé ont jugé prioritaire de réformer neuf éléments clés de la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles.

✓ Au rang des priorités dégagées : une généralisation de l'obligation de formation continue, le renforcement du système d'échange d'information entre régulateurs (Ordres, ministères) et, enfin, l'harmonisation des intitulés des matières obligatoires de la formation initiale.



■ C'est à Budapest que les Ordres et ministères européens ont planché sur une réactualisation de la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles.

reviendrait, en pratique, à fragiliser le système européen de la reconnaissance automatique.

9. Le réseau d'échanges d'informations entre autorités nationales ou locales des États membres (IMI). Les autorités compétentes ont déjà signifié à la Commission que ce système d'échange gagnerait à devenir obligatoire (toutes les autorités compétentes de santé des États membres n'y étant pas encore inscrites) et plus facile d'accès.

Ce renforcement du système d'échange permettrait également une coopération administrative entre autorités compétentes plus efficace. Cet enjeu de coopération a été identifié pendant la

réunion comme la priorité commune à toutes les autorités compétentes. La Commission réfléchit désormais au renforcement de l'utilisation d'IMI (extension des questions prédéfinies et des traductions, identification des auto-

rités compétentes par pays), notamment pour le mécanisme d'alerte sur les manquements des professionnels.

En marge de cette discussion, les participants ont également abordé le projet de carte professionnelle euro-

péenne, pour lequel les participants ont manifesté leur intérêt bien que le consensus n'ait pas été trouvé. Le 7 décembre, lors de la réunion du Conseil des ministres de la Santé, M. Tiedje fera le point auprès des États membres sur les directions envisagées pour la révision de la directive. La Commission entamera une consultation technique à la fin de février 2011. Préalablement, une réunion préparatoire devrait être organisée à la mi-février par la Commission avec les autorités compétentes, estimant qu'une meilleure coordination entre elles est nécessaire pour le succès de la révision de la directive. ■

Gilbert Bouteille

L'accord du Portugal

L'accord du Portugal officialise un programme de travail volontaire des autorités compétentes pour les professionnels de santé en Europe. Il présente un éventail de mesures visant à la coopération volontaire et au développement des réglementations de santé en Europe. L'objectif essentiel de cet accord consiste à préserver la sécurité des patients en fluidifiant l'échange d'informations. Il a été établi à Lisbonne, en 2007, par plus de 60 délégués provenant de 20 États européens. Il fait office de base de travail au développement de la coopération et de la collaboration en Europe. Cet accord reste certes informel : les autorités compétentes sont libres de mettre en place les mesures qu'il contient, en fonction des paramètres nationaux.

Les trois grands axes de l'accord du Portugal sont :

- l'identification de principes communs dans les différentes réglementations ;
- des réglementations transparentes et accessibles en matière de santé ;
- la garantie de compétence des professionnels de santé européens.

Distinctions honorifiques

Le 13 novembre dernier, à Francfort le **D^r Jean-Marc Hutt**, membre du conseil départemental du Bas-Rhin et secrétaire général du conseil régional d'Alsace, a reçu le prix Gösta-Gustafson au titre de son engagement en faveur de l'odontologie médico-légale.

Précision

La rubrique Juridique du précédent numéro n'était pas signée. Mais nos fidèles lecteurs auront évidemment reconnu le style de David Jacotot, maître de conférences à la faculté de Dijon.

DISPARITION

► **Gilbert Hiriard** nous a quittés. Activement impliqué dans la prévention bucco-dentaire en Haute-Loire, notre confrère avait fait l'objet d'un portrait dans *La Lettre* de mai 2009.

Aux familles et aux proches, le Conseil national présente ses plus vives condoléances.

Avis de recherche AFIO/CNO

Hérault

Avez-vous soigné M. Gurvan FLORA, né le 8 août 1979 et décédé le 12 novembre 2008 ?

Dernière adresse connue : 98, rue Jean-François Breton, 34000 Montpellier.

N° SS : 1 79 08 30 189 075

Les éléments dentaires figurant ci-dessous correspondent-ils à cette personne ?

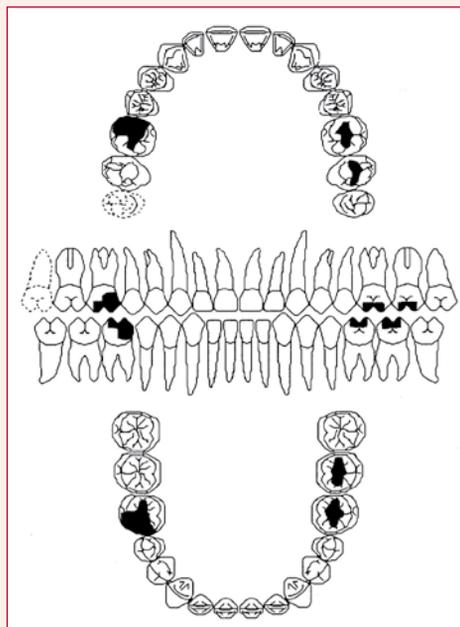
Renseignements : Tout renseignement susceptible de permettre l'identification de la victime est à transmettre à : Brigadier-chef Xavier SCHIEVE – État-major du quart Hôtel de police de Montpellier – 206, rue du Comté-de-Melgueil, 34056 Montpellier Cedex
Tél. : 04 99 13 51 21 Fax : 04 99 13 51 17

Maxillaire

- 18 absente *post mortem*
- 16 important amalgame mésio-occluso-vestibulaire
- 26 amalgame occlusal
- 27 amalgame occlusal
- 28 incluse

Mandibule

- 38 en version linguale
- 37 amalgame occlusal
- 36 amalgame occlusal
- 46 important amalgame mésio-occluso-vestibulaire





La prévention de la carie vue par la HAS

Dans un document intitulé « *Stratégies de prévention de la carie* », la Haute Autorité de santé (HAS) dresse un bilan de la prévention carieuse telle qu'elle est aujourd'hui mise en œuvre. Elle revisite l'ensemble des dispositifs publics et émet des recommandations dont certaines visent des populations jusqu'à présent non ciblées par les politiques publiques.

La HAS revisite la prévention carieuse

À la demande du ministère de la Santé et des Sports, la Haute Autorité de santé (HAS) a établi un bilan critique de la prévention de la carie mise en œuvre jusqu'à présent et publie de nouvelles recommandations dans le domaine. Ces recommandations concernent principalement les populations qui ne sont pas ciblées par les actuelles stratégies de prévention, en particulier les enfants âgés de moins de trois ans, les adolescents et la population adulte. Au-delà de l'aspect exhaustif de ce travail, il faut surtout retenir que la HAS vient de graver dans le marbre des recommandations touchant

des publics cibles – femmes enceintes, populations en situation de handicap, détenus, etc. – que la profession avait identifiés depuis des années, mais sans résultat. Ces nouvelles recommandations ont ainsi le mérite de donner une légitimité institutionnelle à des questions de prévention laissées en friche.

Bien que le processus carieux concerne tous les individus, la fréquence de la carie varie entre populations, entre individus et chez un même individu au cours du temps. Ses déterminants (notamment comportementaux : brossage des dents, utilisation du fluor, habitudes alimentaires, etc.) et les conditions

d'accès, mais aussi de recours aux soins posent de façon évidente des questions d'égalité, notamment sociale, face à la santé.

Outre l'amélioration de la prévention de la carie dentaire, l'enjeu de ces nouvelles recommandations de la HAS consiste, en creux, à réduire les inégalités devant cette pathologie en intégrant dans les dispositifs de prévention les populations jusque-là délaissées. La HAS constate en effet que la mesure des indices carieux révèle une inégalité sociale de santé à tous les âges. Certaines périodes critiques de la vie sont également marquées par une augmentation du nombre de caries : petite enfance et enfance, départ du foyer familial ou, plus tard, lorsque l'âge ou le handicap entraînent une perte de l'autonomie.

Le point de vue de...

Alain Moutarde, secrétaire général



« Ce rapport constitue une reconnaissance des dispositifs de prévention aujourd'hui portés par la profession. Au-delà du constat selon lequel il faut désormais cibler les patientèles telles que les personnes âgées, les femmes enceintes ou encore les patients en situation de handicap, le rapport de la HAS montre que les mesures de santé publique mises en place par la profession ont porté leurs fruits. Relevons que la HAS insiste sur le rôle des assistantes dentaires en matière de prévention et recommande de les inscrire dans le Code de la santé publique. Une mesure en effet indispensable. »

tion et recommande de les inscrire dans le Code de la santé publique. Une mesure en effet indispensable. »

INDICE CAO DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

La carie dentaire affecte plus d'un tiers des enfants de 6 ans et plus de la moitié des enfants de 12 ans. Chez les enfants de 6 ans et de 12 ans, la proportion d'enfants indemnes de caries s'élève respectivement, selon les études, de 50 % à



70 % et de 45 % à 55 %. De manière générale, les données épidémiologiques mettent en évidence une amélioration significative de l'état de santé bucco-dentaire des enfants. À l'âge de 12 ans, l'indice carieux qui s'élevait à 4,20 en 1987 est tombé à 1,94 en 1998, puis à 1,23 en 2006. Les mêmes progressions sont mesurées chez les enfants de 6 ans.

Cependant, malgré cette amélioration globale, les inégalités en termes de santé bucco-dentaire restent marquées. Une faible proportion d'enfants présente une majorité de caries. Mais la prévalence de la carie dentaire est, selon les études, significativement plus importante chez les en-

fants en situation de précarité, scolarisés en ZEP ou nés à l'étranger. Les données soulignent également un besoin en soins important : le nombre moyen de dents cariées non soignées est compris entre 0,75 et 1,00 chez les enfants de 6 ans et entre 0,50 et 0,60 chez les enfants de 12 ans.

Là encore, le besoin en soins demeure concentré sur une faible proportion d'enfants (20 % à 30 % d'entre eux). Or, les déterminants de la carie sont essentiellement liés aux comportements alimentaires et aux habitudes d'hygiène bucco-dentaire. C'est pourquoi les

moyens de prévention visent autant à réduire la consommation de sucres cariogènes qu'à permettre un apport régulier de fluor au contact des dents.

La lutte contre la carie passe par des messages simples, connus mais encore insuffisamment suivis : ne pas manger entre les repas, ne pas manger trop

sucré et se brosser les dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice au fluor. La HAS recommande la participation de tous les enfants et adolescents aux examens de prévention du programme de l'assurance maladie. Rap-

La légitimité institutionnelle de questions jusqu'alors laissées en friche est enfin reconnue.



»»» pelons que le contenu de cet examen de prévention (précisé par la convention nationale des chirurgiens-dentistes) comprend obligatoirement une anamnèse, un examen bucco-dentaire, des éléments d'éducation sanitaire (sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et enseignement du brossage des dents, etc.) ainsi que des recommandations d'hygiène alimentaire. L'examen est complété, si nécessaire, par des radiographies intrabuccales et l'établissement d'un programme de soins. L'examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants de 6 et 12 ans a été rendu obligatoire en 2001. Il peut être réalisé dans un cabinet dentaire libéral ou géré par un centre de santé ou encore dans le service d'odontologie d'un établissement de santé.

LES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS

Pour ce qui est des enfants âgés de moins de trois ans, la HAS constate la faiblesse des études de prévalence et recommande une nouvelle stratégie de prévention. Elle considère que l'information et l'éducation des parents pour la santé bucco-dentaire de leur enfant doivent être intégrées à d'autres messages de prévention, notamment chez la femme enceinte et la jeune mère dans les services de maternité, lors des examens médicaux obligatoires du nourrisson (chez les mé-



decins généralistes, pédiatres, centres de PMI, etc.) et lors des examens dentaires de la jeune mère chez un chirurgien-dentiste.

Les personnels de la petite enfance (assistantes maternelles, salariés des crèches et des autres structures d'accueil) doivent également être formés afin d'appliquer les mesures de prévention aux enfants et relayer auprès des parents des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire. Entre 6 mois et un an (éruption des premières dents) et entre un an et deux ans (passage de l'alimentation semi-liquide à une alimentation solide), un bilan des facteurs de risque carieux de l'enfant doit être réalisé par un professionnel

de santé (pédiatre, médecin généraliste, chirurgien-dentiste, praticien d'un centre de PMI, etc.), et la supplémentation orale en fluor chez les enfants à risque carieux élevé doit être discutée conformément aux recommandations de l'Afssaps.

À trois ans, une séance de prévention bucco-dentaire est recommandée. Elle doit être l'occasion d'évaluer le risque carieux, de réaliser un bilan des apports fluorés et d'interroger la famille proche sur l'état de santé général et bucco-dentaire de l'enfant. Pour la HAS, elle peut être réalisée par un chirurgien-dentiste, un médecin généraliste, un pédiatre, un médecin scolaire ou une infirmière scolaire. Elle doit être une inci-

tation pour les parents à faire réaliser un examen de prévention bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste.

À l'école, la participation active des enseignants de petite section de maternelle et des agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (Atsem) est souhaitable pour inciter les parents à réaliser l'examen de prévention bucco-dentaire. Dans les centres de PMI, des référents dentaires (chirurgiens-dentistes, médecins, puéricultrices, infirmières) doivent être identifiés pour réaliser une séance et/ou un examen de prévention bucco-dentaire.

La HAS souligne que le contenu de l'information de prévention destinée aux parents, dans le but de prévenir la carie précoce de l'enfant, a été précisé par l'Afssaps, la Société française d'odontologie pédiatrique (SFOP) et l'UFSBD. Il consiste à :

- ne pas laisser la nuit à disposition de l'enfant un biberon contenant autre chose que de l'eau pure;

- ne pas vérifier la température de la nourriture en la goûtant avec la même cuillère que celle destinée à nourrir l'enfant (prévention de la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson);

- ne pas lécher la tétine pour la nettoyer avant de la donner à l'enfant (prévention de

Dès l'apparition des premières molaires temporaires, un brossage au moins quotidien avec un dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm est recommandé.

la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson);

- nettoyer les dents de l'enfant dès leur éruption (à environ 6 mois) à l'aide d'une compresse humide ou avec une brosse à dent imprégnée d'une trace de dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm;

- dès l'apparition des premières molaires temporaires (vers 12-18 mois), un brossage au moins quotidien avec un dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm est recommandé. La quantité de dentifrice à utiliser doit être

de la grosseur d'un petit pois. Jusqu'à trois ans, le brossage doit être réalisé par un adulte. À partir de trois ans, un dentifrice fluoré à 500 ppm est recommandé. La carie en denture temporaire ne doit pas être négligée.

Le brossage des dents est un élément important de l'hy-

giène bucco-dentaire, mais selon la HAS son efficacité est difficile à dissocier de l'utilisation concomitante du fluor. L'efficacité du brossage électrique a été évaluée sur des critères de jugement intermédiaires (élimination de la plaque dentaire, élimination des dépôts) et sur des périodes de suivi courtes. Sur ces critères de jugement, il semble que le brossage électrique soit plus efficace que le brossage manuel à court terme.

M'T DENTS ET DÉPISTAGE CIBLÉ

Au-delà de ces conseils applicables au quotidien, la participation de tous les enfants et adolescents aux examens du programme de prévention de l'assurance maladie (M'T Dents) est fortement recommandée afin de réaliser un dépistage du risque carieux et de mettre en œuvre les actes de prophylaxie les plus adaptés en cas de risque carieux élevé. Pour les



La HAS prône un rôle renforcé des assistantes dentaire

Dans son rapport relatif aux stratégies de prévention de la carie, la HAS indique que « le rôle de santé publique des assistantes dentaires doit être reconnu et renforcé. Leurs missions de prévention doivent être précisées. Une formation adaptée doit être proposée. La reconnaissance de leur rôle implique leur inscription dans le Code de la santé publique. »

Le Conseil national, favorable à l'insertion de la profession d'assistante dentaire dans le Code de la santé publique, se félicite de cette position, en tout point conforme à la sienne.

»» enfants et les adolescents, il s'agit autant d'évaluer le risque carieux, de dépister les caries que de promouvoir une éducation pour la santé bucco-dentaire.

En complément, un dépistage ciblé est recommandé pour aller à la rencontre des enfants et des adolescents qui n'auraient pas participé au programme M'T Dents pour des raisons socio-économiques, de défaut de représentation de la santé bucco-dentaire ou de difficulté d'accès aux professionnels (écoles des zones urbaines sensibles, des quartiers prioritaires de la politique de la ville, des réseaux Ambition réussite, des réseaux de réussite scolaire, écoles en zone rurale, centres de PMI, aide sociale à l'enfance, structures d'accueil des enfants et adolescents handicapés, etc.). Dans les écoles, la HAS considère que le dépistage ciblé pourrait

être réalisé par le personnel de la santé scolaire (en même temps que les visites médicales déjà prévues à l'école) à l'entrée de chaque cycle scolaire (maternelle, école primaire, collège et lycée).

Dans les centres de PMI, le personnel de santé pourrait également réaliser ce dépistage. Dans le cadre du dépistage ciblé, la détection du risque carieux doit nécessairement être simple (dans la mesure où il est réalisé en dehors du cabinet dentaire, et donc sans disposer des moyens afférents). Il repose sur l'anamnèse et l'évaluation clinique.

DU GEL FLUORÉ AU SCHELLEMENT DES SILLONS

Chez les enfants à risque carieux élevé, la HAS recommande que les chirurgiens-dentistes réalisent les actes de prophylaxie qui ont prouvé leur efficacité : scellement des

sillons, application de vernis fluoré ou de gel fluoré. Les topiques fluorés, dentifrices, bains de bouche, vernis, gels, sont des moyens efficaces de prévention de la carie en denture permanente chez les enfants et les adolescents. Selon la HAS, le niveau de preuve est élevé et le niveau d'efficacité est équivalent (25-30 %), sauf pour le vernis qui semble plus efficace (30-46 %), mais la différence n'est pas significative en comparaison directe avec le bain de bouche et le gel. C'est un moyen de prévention à usage professionnel appliqué deux fois par an et qui nécessite un suivi régulier. En denture temporaire, le niveau de preuve est moyen pour le dentifrice et le vernis avec un niveau d'efficacité élevé pour ce dernier (33 %). La preuve de l'efficacité des topiques fluorés manque chez l'adulte, sauf pour le bain de bouche, évalué chez les personnes âgées dans un usage quotidien avec un niveau de preuve moyen et un niveau d'efficacité élevé en prévention de la carie des racines (65 %).

Disponible dans des produits d'hygiène bucco-dentaire sous des formes variées (dentifrices, bains de bouche, vernis, gels) et utilisée quotidiennement (usage individuel) ou périodiquement par un professionnel dentaire, la chlorhexidine en prévention de la carie dentaire ne bénéficie pas d'une efficacité démontrée en comparaison avec le

La question du remboursement

En ce qui concerne la prise en charge des actes de prévention, la HAS relève que, en dehors des scellements de sillons et de l'utilisation de gel fluoré fortement dosé en fluor (20 000 ppm) sur prescription du chirurgien-dentiste, les produits utilisés en prévention de la carie dentaire ne donnent, pour l'heure, lieu à aucun remboursement par l'assurance maladie. Seul le gel fluoré à 20 000 ppm est remboursé à 35 % sur prescription du chirurgien-dentiste. Ni les gels à dosage plus faible en fluor ni la pose de vernis fluoré par le chirurgien-dentiste ne sont remboursés.

Depuis janvier 2001, le scellement des sillons est remboursé à 70 % pour les premières et deuxièmes molaires permanentes chez les enfants de moins de 14 ans. L'acte est remboursé une seule fois par dent permanente.



fluor. Le service médical rendu de la chlorhexidine a donc été jugé faible. De même, l'efficacité du triclosan n'est pas démontrée.

La supplémentation en fluor par voie orale (comprimés, gouttes) n'est plus recommandée aux enfants de moins de

6 mois et, après cet âge, elle doit être réservée aux enfants présentant un risque carieux élevé. La HAS souligne que les chewing-gums contenant du xylitol sont efficaces en prévention de la carie chez les enfants et les adolescents, mais le niveau de preuve est faible. En revanche, l'efficacité des chewing-gums contenant du sorbitol est insuffisamment démontrée. Enfin, selon la HAS, l'effica-

cité du scellement des sillons des molaires permanentes à base de résine est prouvée, avec un haut niveau de preuve et un niveau d'efficacité élevé. Le scellement des sillons est plus efficace que le vernis fluoré, appliqué deux fois par an, pour pré-

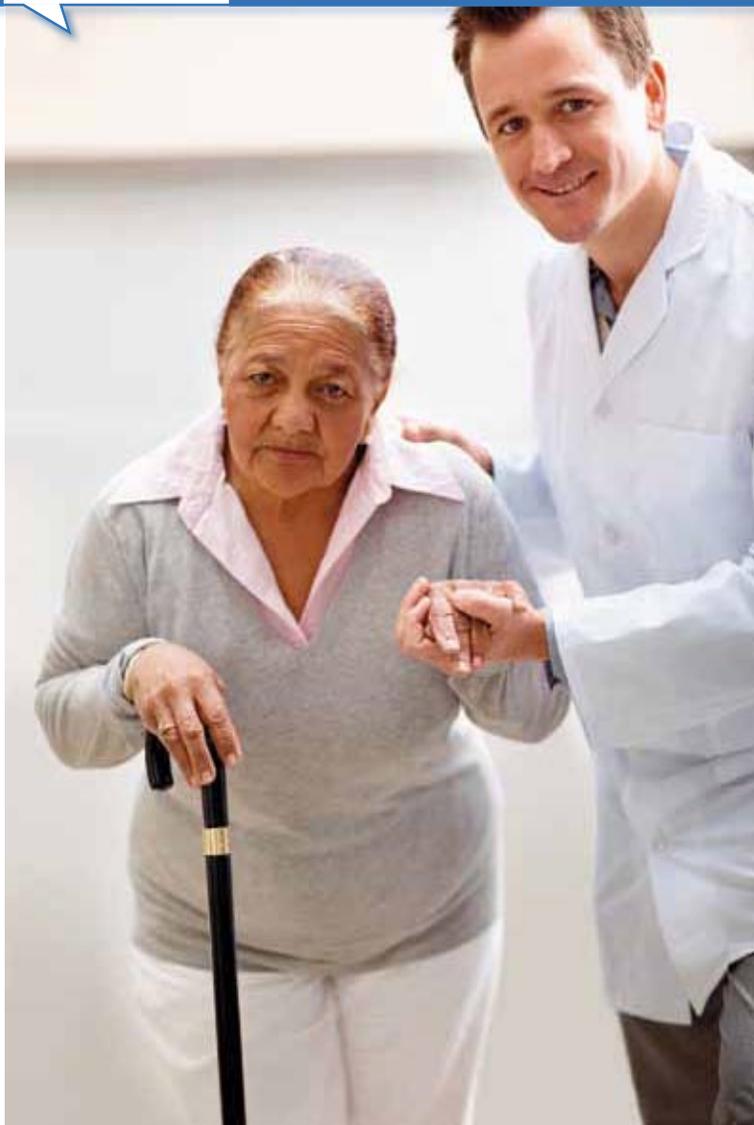
LES FEMMES ENCEINTES

venir la survenue de caries. L'efficacité persiste dans le temps et dépend du taux de rétention complète du matériel. Le scellement des sillons à base de verre ionomère n'a en revanche pas fait la preuve de son efficacité.

sel non fluoré, en respectant les recommandations sur la consommation de sel du Programme national nutrition santé (PNNS). Ainsi, les restaurations collectives (cantines scolaires et restaurations collectives pour adultes) sont incitées à utiliser le sel fluoré (dans le respect de la réglementation) et à en informer les usagers.

En ce qui concerne plus particulièrement les femmes enceintes et les parents avant la naissance de leur enfant, la HAS estime que les professionnels de santé (obstétriciens, sages-femmes, professionnels des maternités, personnels des centres de PMI, chirurgiens-dentistes) doivent être formés afin de dispenser des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire de l'enfant à naître. Au cours de l'entretien médical du quatrième mois de





»» grossesse, la HAS recommande que la problématique de la santé bucco-dentaire de la mère et de l'enfant soit abordée. Un examen bucco-dentaire systématique de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste est également recommandé dans le cadre du suivi de grossesse.

LES PERSONNES DÉFAVORISÉES

Les professionnels de santé de la médecine du travail et de la médecine préventive universitaire doivent être formés pour dispenser des

mesures de prévention dans une démarche éducative et pour inciter la population adulte à participer à un examen de prévention bucco-dentaire annuel.

En ce qui concerne les adultes en situation socio-économique défavorisée (détenus, demandeurs d'asile, public des permanences d'accès aux soins de santé [Pass] ou des organismes médicaux associatifs, etc.), la HAS recommande de renforcer l'éducation pour la santé bucco-dentaire. La prévention de la carie doit être intégrée dans

une démarche de prévention globale, dans la mesure où la santé bucco-dentaire n'est pas vécue comme une priorité par ces populations.

La HAS encourage par ailleurs l'organisation de relais avec les personnels aidants dans le cadre de la prise en charge sociale des personnes (travailleurs sociaux, associations et centres sociaux) afin de les inciter à aller consulter dans les structures de proximité (cabinets dentaires libéraux, centres de santé, services hospitaliers).

LES PERSONNES DÉPENDANTES

La HAS recommande également de renforcer l'éducation pour la santé bucco-dentaire auprès des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ayant des difficultés à se brosser les dents. Pour la Haute Autorité, les personnels soignants et aidants dans les établissements d'hébergement et d'accueil ainsi que l'entourage familial sont les relais idéaux de cette éducation pour la santé et les acteurs les plus adaptés au maintien de la bonne hygiène bucco-dentaire de ces publics.

Pour les personnes hébergées, une évaluation initiale du risque carieux doit être réalisée à l'entrée dans l'établissement par un personnel soignant formé. Un bilan bucco-dentaire systématique, réalisé par un chirurgien-dentiste, est recommandé.

Dans ces situations, la HAS estime que la participation active des personnels aidants (des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, services de soins infirmiers à domicile, services polyvalents d'aide et de soins à domicile, auxiliaires de vie) au maintien d'une bonne hygiène bucco-dento-prothétique doit être systématisée. Des actions complémentaires peuvent être envisagées, comme le développement de structures consacrées aux soins spécifiques destinés aux personnes âgées dépendantes.

Pour les personnes handicapées (tous âges confondus) ayant des difficultés à se brosser les dents, le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire doit également ne pas être négligé. Là encore, la participation active des familles, des personnels soignants et des éducateurs est

Afin de disposer de données plus complètes, la HAS entend conduire de nouvelles études épidémiologiques.

recommandée. La prévention de la carie doit être intégrée dans une démarche de soins dentaires adaptée à leurs besoins spécifiques, si nécessaire dans des structures adaptées.

Pour les personnes qui suivent un traitement entraînant comme effet secondaire une hyposialie, une hygiène bucco-dentaire rigoureuse doit être recherchée. Une in-

Les populations à risque

Pour la Haute Autorité de santé (HAS), les populations suivantes présentent un risque élevé de carie dentaire :

- personnes âgées dépendantes à domicile et en institution ;
- personnes handicapées à domicile et en institution ;
- patients présentant des pathologies chroniques et/ou à risque ;
- populations en situation socio-économique défavorisée :
 - enfants issus de zones géographiques spécifiques (ZUS, etc.),
 - adultes répondant à des critères socio-économiques déterminés (CMU-C, chômage, rupture familiale, AME),
 - populations migrantes,
 - population carcérale.

formation et une sensibilisation par le prescripteur sont recommandées. Les patients concernés sont les personnes traitées par psychotropes, antihypertenseurs centraux, anti-arythmiques, diurétiques, sympathomimétiques, antihistaminiques, atropiniques, etc.

La radiothérapie cervico-faciale étant également à l'origine de xérostomie, la HAS

de la conduite alimentaire, maladies mentales, etc.), la problématique dentaire doit être intégrée dans la prise en charge du patient (réseaux, éducation thérapeutique, etc.).

Dans la perspective d'améliorer les stratégies et le dispositif de prévention de la carie dentaire en France, la HAS entend développer plusieurs axes de travail complémentaires, notamment en conduisant de nouvelles études épidémiologiques afin de disposer de données plus complètes.

Elle souhaite ainsi analyser l'impact en termes de pratique et d'efficacité de la réalisation de scellements de sillons en France, recueillir des données d'efficacité sur la prévention de la carie dentaire chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ou encore étudier les différentes modalités de financement des actes de prévention. ■

Limiter la pluralité des collaborateurs est légal

En résumé

● La réglementation du nombre de collaborateurs par les normes déontologiques est-elle contraire à l'article 18 de la loi du 2 août 2005, qui concerne notamment le contrat de collaboration libérale? Le Conseil d'État répond par la négative. Autrement dit, les règles déontologiques, tant celles des médecins à l'origine de l'arrêt rendu par la haute juridiction que celles des chirurgiens-dentistes, peuvent limiter le nombre de collaborateurs dont un praticien peut s'entourer sans heurter la loi de 2005.

Le contexte

Les Ordres des médecins et des chirurgiens-dentistes réglementent le nombre de collaborateurs dont un praticien peut s'entourer. Cette réglementation figure dans la partie réglementaire du Code de la santé publique relative à la déontologie ⁽¹⁾. Voici un médecin qui souhaite contracter avec deux collaborateurs, lesquels doivent exercer respectivement deux et trois semaines par mois; les deux contrats étaient donc stipulés à temps partiel.

Le conseil départemental de l'Ordre estime qu'un médecin ne peut recourir aux services que d'un seul collaborateur libéral. Le Conseil

national de l'Ordre des médecins confirme cette dernière position et interdit la conclusion de deux contrats de collaborateur.

Le médecin, mécontent, saisit alors le juge. Selon lui, la décision prononçant l'impossibilité de recourir à plus d'un collaborateur est contraire à l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises et portant notamment sur le contrat de collaborateur libéral.

Il demande alors au Conseil d'État ⁽²⁾ d'annuler ladite décision. Chacun l'aura pressenti, c'est à une question essentielle que doit répondre la haute juridiction, celle du droit de limiter le nombre de collaborateurs.

L'analyse

Avant d'en venir à l'énoncé de la solution et à sa motivation, apportons dès l'abord une précision. Le Code de la santé publique impose la communication de certains contrats, dans le délai d'un mois, au conseil départemental compétent. L'article L. 4113-9 dispose, en effet, que «*les médecins, les chirurgiens dentistes [...] doivent communiquer au conseil départemental dont ils relèvent les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession*». Cette même disposition se retrouve également aux articles R. 4127-91 s'agissant des médecins et R. 4127-279 concernant les chirurgiens-



dentistes. Mais ces deux derniers textes complètent l'article L. 4113-9 précité en ajoutant des prescriptions. Ils énoncent notamment que « *le conseil départemental [transmet le contrat] avec son avis au Conseil national, qui examine si le contrat est compatible avec les lois en vigueur et avec le Code de déontologie, notamment avec l'indépendance des chirurgiens-dentistes* ».

Ce point est d'importance en termes de pouvoir : en ce domaine, à la lecture de la disposition ci-dessus, le conseil

départemental de l'Ordre (CDO) émet seulement un avis alors que le Conseil national de l'Ordre (CNO) décide. Cette remarque permet d'expliquer la formule employée par le Conseil d'État : « *Le Conseil national de l'Ordre des médecins, dans son avis attaqué rendu sur recours hiérarchique, qui a le caractère de décision faisant grief [...]* ».

En bref, le praticien insatisfait n'avait pas ici la possibilité d'agir en justice contre le CDO dans la mesure où son avis ne faisait pas grief,

et ne pouvait que contester la décision prise par le CNO. Le Conseil d'État rejette la requête du médecin, il n'annule donc pas la décision de l'instance ordinaire.

Retraçons maintenant les étapes de son raisonnement. Tout d'abord, il procède à une analyse de l'article 18 de la loi du 2 août 2005, dont on rappelle qu'il était le fondement juridique invoqué par le médecin auteur de l'action en justice. Certes, ce texte pose le principe que les membres des professions libérales soumises à statut législatif ou



» réglementaire (médecins, chirurgiens-dentistes, etc.) peuvent exercer leur activité en qualité de collaborateur libéral ; littéralement, il n'en limite pas le nombre. Mais l'article 18 III prévoit que le contrat de collaboration libérale « doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession ». Or, l'une desdites règles, en l'occurrence l'article R. 4127-87 du Code de la santé publique, interdit la pluralité de collaborateurs. Le Conseil d'État n'en reste pas là ; il va plus loin, semble-t-il. Il recherche dans la norme déontologique ce qui justifie une telle restriction. La haute juridiction identifie différents principes gouvernant la profession : l'interdiction d'aliéner son indépendance professionnelle et de faire gérer son cabinet par un confrère, le caractère personnel de l'exercice de la médecine, l'impossibilité de la pratiquer comme un commerce, la prohibition de tout compéage entre médecins. À la lumière de tels principes, elle en conclut que « la réglementation de la profession de médecin justifie légalement de limiter le nombre de collaborateurs libéraux ». En définitive, le CNO était en droit de refuser à un praticien de contracter avec deux collaborateurs. Cet arrêt, qui touche les médecins, intéresse nécessairement la profession dentaire. L'article R. 4127-276,

alinéa 2, du Code de la santé publique consacre la possibilité de recourir aux services d'un collaborateur. L'article R 4127-276-1, quant à lui, prévoit la pluralité de collaborateurs sous certaines conditions ⁽³⁾. Eu égard à la motivation retenue par le Conseil d'État, il n'est pas douteux que les normes déontologiques des chirurgiens-dentistes visées ci-dessus ne méconnaissent pas l'article 18 de la loi du 2 août 2005. Les principes auxquels la haute juridiction se réfère régissent également la profession dentaire.

Pour aller plus loin

Il reste une zone d'ombre. Les juges affirment que « la réglementation de la profession de médecin, ainsi d'ailleurs que celle des autres professions médicales, justifie légalement de limiter le nombre de collaborateurs libéraux ».

Ils oublient, ainsi que nous venons de le voir, que les textes applicables en odontologie sont beaucoup moins rigides que ceux des médecins, car ouverts, sous conditions, à la pluralité de collaborateurs. Il aurait été intéressant de souligner cette différence.

La solution en aurait-elle été autre ? Nul ne le sait. ■

David Jacotot

(1) Pour les médecins, le premier alinéa de l'article R. 4127-87 est interprété comme signifiant qu'il n'est loisible à tout médecin que de conclure un seul contrat de collaborateur libéral avec un confrère, cf. CE, 3 nov. 2010, présentement commenté ; pour les chirurgiens-dentistes, cf. les articles R. 4127-276, alinéa 2 et R. 4127-276-1 du Code de la santé publique.

(2) Arrêt du 3 novembre 2010, n° 330296, mentionné dans les tables du recueil Lebon, 4^e et 5^e sous-sections réunies.

(3) « Le chirurgien-dentiste ou la société d'exercice peut, sur autorisation, s'attacher le concours d'autres collaborateurs, salariés ou libéraux, ou étudiants adjoints. Cette autorisation est donnée par le conseil départemental au tableau duquel le titulaire du cabinet ou la société est inscrit : 1° Lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, pour une durée de trois ans ; 2° En cas d'afflux exceptionnel de population, pour une durée de trois mois ; 3° Lorsque l'état de santé du titulaire ou d'un associé exerçant le justifie, pour une durée de trois mois. Si le titulaire du cabinet ou la société souhaite s'attacher le concours de plus de deux praticiens ou étudiants adjoints, l'autorisation est donnée par le Conseil national de l'Ordre, après avis du conseil départemental, dans les conditions et pour les durées prévues précédemment. Pour tout autre motif, l'autorisation est également donnée par le Conseil national de l'Ordre, après avis du conseil départemental au tableau duquel le titulaire du cabinet ou la société est inscrit, pour une durée qu'il détermine compte tenu des situations particulières. L'autorisation est donnée à titre personnel au titulaire du cabinet ou à la société. Elle est renouvelable. »

La perte de chance médicale vue par le droit

En résumé

● **Pour obtenir des dommages-intérêts**, le patient doit prouver qu'il a subi un dommage, que le praticien a commis une faute, et qu'il existe un lien de causalité entre le dommage et la faute. S'apercevant que ce cadre juridique est insuffisant en ce qu'il laisse des hypothèses où le patient ne serait pas indemnisé, le juge a créé la notion de perte de chance. Cette chronique se donne comme objectif de mieux faire comprendre cette notion juridique. De manière schématique, un dédommagement du patient est dû si la faute du professionnel de santé l'a privé d'une chance de survie, d'amélioration de son état ou de ne pas subir une complication.

Le contexte

Cette chronique a pour objet d'éclairer le lecteur sur l'origine, le domaine et la méthodologie juridique qu'implique la perte de chance. Donnons un exemple pour que chacun puisse entrevoir les difficultés inhérentes à la perte de chance. Le professionnel de santé doit informer son patient notamment sur les risques d'échec, sur les complications d'une extraction, d'un traitement en général, etc. Admettons que le praticien reste silencieux, il commet alors une faute. Supposons maintenant que le risque sur lequel le praticien n'a pas informé le patient se réalise. Il est fréquent que le fait même d'informer (ou non)

n'empêche pas l'apparition de la complication, donc du dommage subi par le patient. Autrement dit, le préjudice n'a que très rarement pour cause le mutisme. Or, si le patient agit en responsabilité civile contre son chirurgien-dentiste aux fins d'obtenir des dommages-intérêts, il doit prouver la faute, le dommage, mais également que le lien de causalité entre les deux premiers ⁽¹⁾ est direct et certain, point sur lequel l'on concentrera la réflexion.

L'illustration ci-dessus montre que l'application de cette règle conduit parfois à une situation que d'aucuns qualifient d'injuste. En effet, si le praticien n'informe pas sur une complication, et si celle-ci apparaît, la plupart du temps, elle n'est pas la conséquence directe et cer-

taine de la faute. Que l'on soit bien compris : le praticien n'a pas commis d'autre faute que le défaut d'information ; il a correctement exécuté l'acte technique. L'on devrait donc conclure au rejet systématique de toute indemnisation. Retenir une solution inverse n'est pas satisfaisant : on ne voit pas pourquoi un praticien verserait des dommages-intérêts pour réparer les préjudices consécutifs à la complication, qui en elle-même, n'est pas fautive ⁽²⁾, alors que celle-ci se serait dévoilée avec ou sans information préalable.

Entre aucun dédommagement et une réparation intégrale, entre deux solutions extrêmes, il fallait trouver un remède juridique intermédiaire. C'est dans ces conditions que la perte de chance vit le jour. >>>

L'analyse

>>>

La perte de chance est qualifiée de « *préjudice nouveau à part entière* ⁽³⁾ ». Celui qui ouvrira le Code civil ou le Code de la santé publique ne trouvera nullement mention de cette notion au sein de ces deux corpus de règles. Celle-ci a été découverte par le juge, son origine est donc jurisprudentielle ⁽⁴⁾.

S'agissant de la signification de la perte de chance en matière médicale, elle repose sur la combinaison d'une incertitude et d'une certitude, donnée primordiale pour comprendre son fonctionnement. La première provient du fait qu'en l'absence de faute (la non-information par exemple), il n'est nullement certain que la guérison, l'amélioration de l'état du patient, la non-réalisation de la complication auraient été obtenues. La seconde, ainsi que l'exprime clairement M. P. Sargos ⁽⁵⁾, « *tient au fait que si la faute n'avait pas été commise, le patient avait une chance de guérison, d'amélioration (ou d'éviter la complication) et que la faute l'a privé de cette chance* ».

Par conséquent, il n'y a pas perte de chance lorsqu'il est acquis que le patient n'avait aucune chance d'échapper au dommage. Il incombe à l'expert judiciaire, en cas de saisine des tribunaux, d'ef-

fectuer une telle recherche. Pour en revenir à notre exemple, s'il est prouvé que, même informé du risque, le patient aurait accepté l'intervention, il n'a alors perdu aucune chance!

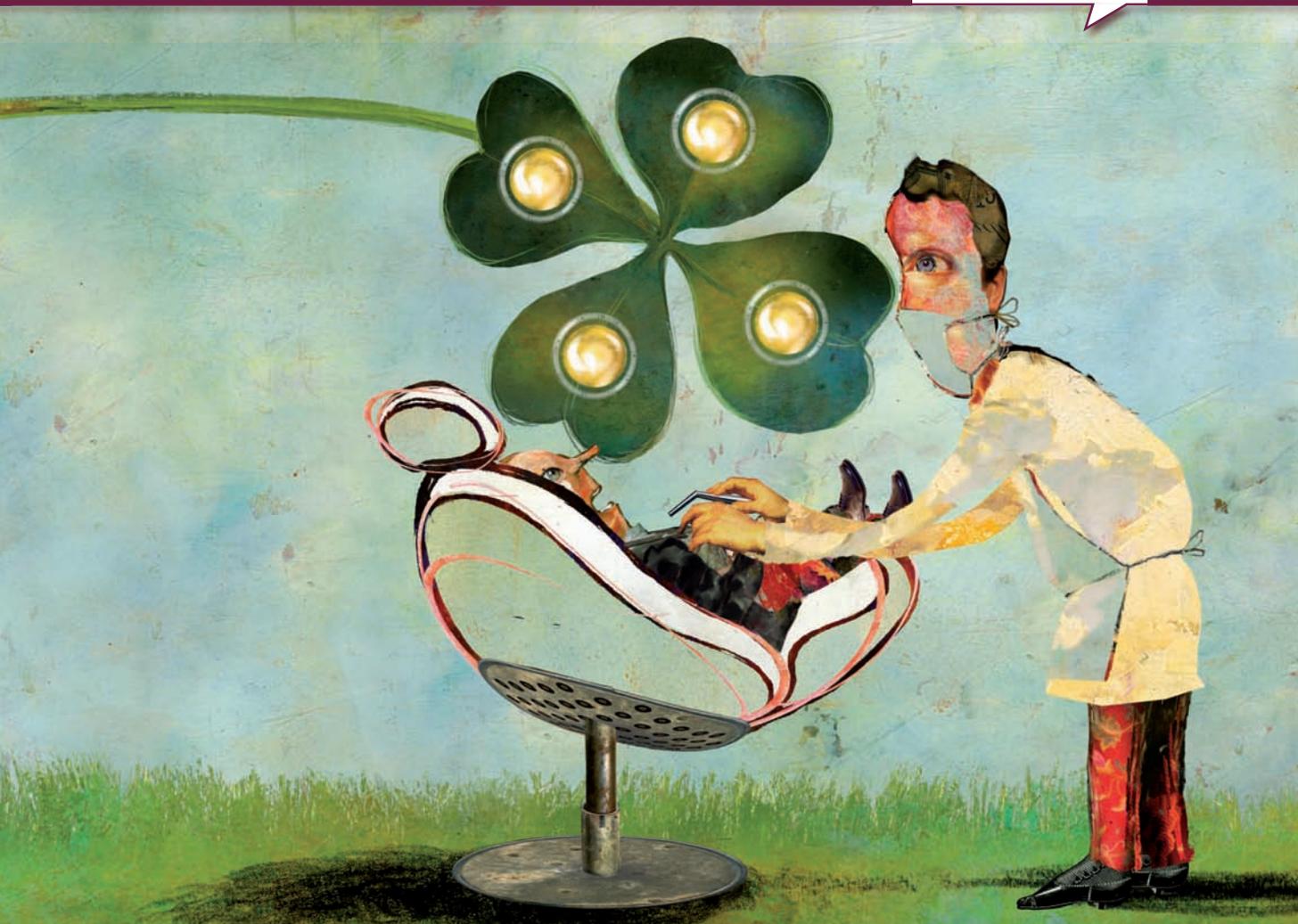
La méthodologie de la perte de chance prend appui sur le conflit entre une incertitude et une certitude. Dans un premier temps, il est nécessaire de montrer que rien n'autorise à conclure que la faute a causé l'entier dommage. Ainsi, faut-il s'assurer qu'il existe bien un doute : le patient n'aurait peut-être pas échappé à la complication en l'absence de retard dans l'établissement d'un diagnostic ou dans l'exécution du geste médical (on admettra que ce retard est constitutif d'une faute).

Dans un second temps, il convient de vérifier si la faute n'a pas privé le patient d'une chance de survie, d'amélioration de son état ou de ne pas subir un risque. Par exemple, si informé, il aurait choisi un autre traitement, voire refusé l'acte médical, alors il y a perte de chance, donc indemnisation ; à l'inverse, aucune réparation n'est due.

Quant au domaine de la perte de chance, à l'étude des décisions de justice, elle est présente, comme nous l'avons déjà écrit, en matière d'information, de retard, mais aussi en l'hypothèse d'un traitement inutile. Il s'agissait d'un « *malade à qui un médecin avait sans nécessité thérapeu-*

tique effectué une cobaltothérapie de la hanche. Puis un autre praticien avait mis en place une prothèse totale, qui s'était descellée quelques mois plus tard. Or ce descellement peut survenir même en l'absence d'une cobaltothérapie, mais celle-ci en fragilisant les tissus osseux favorise le processus de descellement. La Cour de cassation estime que la faute – cobaltothérapie décidée à tort – est en relation de causalité avec la perte de chance qu'avait le malade que sa prothèse demeurât convenablement scellée ⁽⁶⁾ ».





Pour aller plus loin

L'évaluation financière de la perte de chance est une question délicate. La démarche est la suivante. Premièrement, il faut procéder à l'évaluation l'entier dommage, par exemple 5 000 euros. Précisons que le patient n'obtiendra pas cette somme, le montant des dommages-intérêts sera moindre en l'hypothèse d'une perte de chance, justement parce que le préjudice du patient n'a pas pour cause la faute. Deuxièmement, il faut déterminer la

fraction qui correspond à la perte de chance, phase très complexe. La fixation de celle-ci incombera à l'expert le plus souvent. Si la perte de chance est de 20 %, alors les dommages-intérêts seront de 5 000 euros x 20 %, soit 1 000 euros.

Dans un arrêt du 4 avril 2005, la cour d'appel d'Aix-en-Provence, éclairée par l'expert, a décidé, à propos de l'extraction d'une dent de sagesse ayant provoqué une lésion définitive d'un nerf, que le patient a perdu une chance de refuser l'extraction et que celle-ci était de 50 % ; l'indemnisation est égale à

la somme correspondant à l'intégralité du dommage multipliée par 50 %. Réparation prise en charge par l'assurance responsabilité civile professionnelle... ■

David Jacotot

- (1) En ce sens que la faute est la cause du dommage.
- (2) Il s'agit d'un aléa.
- (3) P. Sargos, recueil Dalloz 2010, p. 2682 ; M. Deguergue, « Le préjudice. Regards croisés privatistes et publicistes », revue *Responsabilité civile et assurances*, mars 2010, p. 7.
- (4) Cf. Le rapport annuel de la Cour de cassation 2007, *La Documentation française*, p. 268.
- (5) Préc.
- (6) Rapport annuel, préc.

Transversalité

Une grande baie vitrée sur les toits de Paris dans un bâtiment moderne ultra-sécurisé. Bienvenue à l'ARS d'Île-de-France, dans le bureau d'Évelyne Baillon-Javon, directrice de la prévention et de la promotion de la santé de l'agence. On ne s'attendrait pas à trouver un chirurgien-dentiste à ce poste – n° 3 dans l'organigramme de l'ARS – parmi un aréopage de médecins et de pharmaciens. Mais, si son « patron », Claude Évin, a recruté notre consœur, c'est qu'elle en avait le profil. « Depuis le début de ma pratique, je suis intéressée par les questions de santé publique. Pour être totalement honnête,

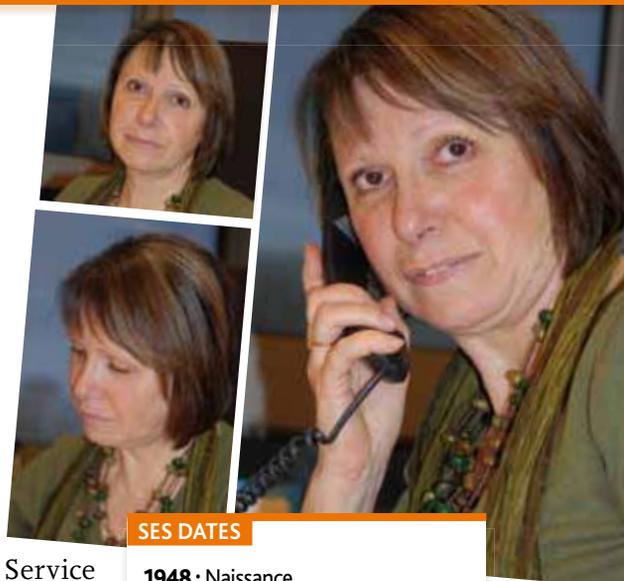
« Femme dans un milieu d'hommes, chirurgien-dentiste parmi les médecins, je faisais de la prévention alors que le curatif était la norme. »

je n'ai jamais été une bonne clinicienne. Dans la relation avec le patient, l'écoute et le diagnostic me plaisaient, mais les soins beaucoup moins. »

De fait, après l'obtention de son diplôme en 1972, elle n'exercera qu'une année en libéral avant de rejoindre l'assurance maladie en tant que praticienne-conseil. Une expérience un peu difficile : « Je ne l'ai pas très bien vécu au début. Il me semblait délicat d'appliquer strictement les textes et de refuser, par exemple, des

soins prothétiques pour un édentement de trois dents. » En 1981, elle trouve sa voie et réalise études et enquêtes épidémiologiques pour le Service médical de Paris avant de devenir chef de service dentaire du service médical du Val-d'Oise. « En tant que responsable des contrôles d'activité, j'ai pu nouer de bonnes relations avec l'Ordre, les sociétés savantes, les syndicats dans le cadre de la gestion conjointe des cas de certains confrères. » Management, gestion, communication... notre consœur vient de gravir la première marche de son ascension vers l'ARS.

La deuxième sera matérialisée par une enquête sur la santé bucco-dentaire des jeunes franciliens qu'elle coordonne 2000-2001 et qui l'amène à piloter le programme régional de prévention bucco-dentaire Arcade. Début 2008, elle est nommée responsable régionale du pôle Prévention et promotion de la santé du service médical, dépassant ainsi le seul cadre dentaire. « Femme dans un milieu d'hommes, chirurgien-dentiste parmi les médecins, je faisais de la prévention alors que le curatif était la norme. » Son ca-



SES DATES

- 1948** : Naissance
- 1972** : Diplôme de chirurgie dentaire
- 2003** : Programme « Arcade »
- 2008** : Responsable régionale du pôle Prévention et promotion de la santé
- 2010** : Directrice du même pôle à l'ARS d'Île-de-France

ractère et ses convictions sont remarquables. Elle a l'expérience du pilotage de projets. Elle est prête à passer dans « l'autre monde », celui des ARS.

Désormais, elle travaille à la dimension « prévention » du projet régional de santé de l'ARS-IDF. Avec 30 millions d'euros de budget et une cinquantaine salariés sous sa tutelle, notre consœur valide plus de 500 conventions de subventions par an : « Tout est à faire. Nous avons établi un diagnostic de l'offre de prévention, nous allons réaliser un schéma de prévention, puis mettre en place les différents programmes d'actions. » Son quotidien, au sein de cette instance de « démocratie sanitaire » ne ressemble plus vraiment à celui d'un chirurgien-dentiste. Dans les bureaux lumineux flambant neufs de l'ARS, il en va ainsi de la transversalité... ■

Ce qu'il faut retenir pour votre exercice

✓ **RETRAIT DU DI-ANTALVIC® ET DU PROPOFAN®.** Par décision de l'Afssaps, l'association dextropropoxyphène/paracétamol – dont les spécialités les plus connues sont le Di-Antalvic® et le Propofan® – sera retirée du marché. Dans un communiqué adressé aux professionnels de santé, l'Afssaps propose de nouveaux modes de prise en charge des douleurs pour pallier ce retrait. Les praticiens peuvent prendre connaissance des différentes alternatives à l'association dextropropoxyphène/paracétamol en se rendant sur le site Internet de l'agence. Ce document proposant les recommandations de prise en charge de la douleur est consultable sur www.afssaps.fr (taper « DXP » sur le moteur de recherche).



✓ **DÉCLARATION DES DMSM.** Selon l'Afssaps, dans un courrier adressé au Conseil national, les chirurgiens-dentistes, qui sont fabricants de dispositifs médicaux sur mesure (DMSM), ne sont pas tenus de déclarer les dispositifs réalisés. Néanmoins, l'Afssaps dispose d'un pouvoir de contrôle. Elle peut ainsi exiger du chirurgien-dentiste communication de la liste

des DMSM réalisés ainsi que les déclarations et la documentation relatives à ces dispositifs.

✓ **ODF/MODÈLES ORTHODONTIQUES NUMÉRISÉS.** Les modèles orthodontiques numérisés, qui deviennent aujourd'hui l'usage, constituent un élément de preuve juridique en cas de litige concernant un



traitement en orthodontie. À ce titre, il est conseillé au praticien en ODF de bien les conserver.

✓ **ODF/BIPHOSPHONATES.** Des effets indésirables sur le plan odontologique, liés à la prise de biphosphonates, ont été rapportés, tels qu'une mauvaise cicatrisation osseuse ou plus rarement une ostéonécrose du maxillaire ou de la mandibule. Ces effets indésirables, rares, peuvent en revanche survenir plus fréquemment chez les patients sous traitement orthodontique. Des conséquences comme le ralentissement des déplacements dentaires peuvent persister longtemps après l'arrêt de la prise des biphosphonates.

La Lettre n° 95 – Février-Mars 2011

Directeur de la publication : Christian Couzinou / Ordre national des chirurgiens-dentistes – 22, rue Émile-Ménier – BP 2016 – 75761 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 34 78 80 – Fax : 01 47 04 36 55 / www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/ Conception et réalisation : Texto Éditions – Tél. : 01 58 30 70 15
Rédaction : Christophe Brunet, Sébastien Nardot. Direction artistique : Ewa Roux-Biejat. Secrétariat de rédaction : Corinne Albert.
Illustrations : Rocco et Bruno Mallart. Photos : S. Nardot : pp. 3, 4, 28, 42 – F. Philippart : p. 44 – DR : pp. 22, 23 – Fotolia : p. 1, 21, 25, 27-35, 43
Imprimerie : SIEP / Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs / Dépôt légal à parution ISSN n° 12876844

Méopa : élargissez vos compétences

La formation au Méopa permet d'offrir, après une reconnaissance d'aptitude par l'Ordre, un accès adapté aux soins bucco-dentaires en pratique de ville.



www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr,
rubrique : « sécurisez votre exercice », page : « Gaz médicaux - Méopa ».



www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr