



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE D'ODONTOLOGIE

Année 2012

N° 3881

THESE
pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Caroline BRIERE
Née le 3 septembre 1986 à NANCY (Meurthe et Moselle)

LES OBLIGATIONS LEGALES FRANCAISES EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Présentée et soutenue publiquement le
Jeudi 16 Février à 11h

Examineurs de la Thèse :

Madame M.P. FILLEUL

Professeur des Universités

Présidente

Monsieur J.M. MARTRETTE

Maître de Conférences des Universités

Juge

Madame F. CLAUDOT

Maître de Conférences des Universités

Juge

Mademoiselle C. PY

Assistant Hospitalier Universitaire

Juge

Monsieur O. GEORGE

Attaché Hospitalier Universitaire

Juge

Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI – Pr Francis JANOT - Dr Jean-Marc MARTRETTE

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. M. Mme Mlle	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST Jacques BOCQUEL Julien JULHIEN-COSTER Charlotte PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. M. Mlle	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> BOLENDER Yves EGLOFF Benoît PY Catherine	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistante
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M.	<u>CLEMENT Céline</u> JANOT Francis Poste transféré en 57-02	Maître de Conférences* Professeur Contractuel Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. M. M. M.	<u>AMBROSINI Pascal</u> BISSON Catherine MILLER Neal PENAUD Jacques GALLINA Sébastien JOSEPH David	Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. M. M. M. M. M. M. Mme Mme	<u>BRAVETTI Pierre</u> ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian BALLY Julien CURIEN Rémi GUILLET Julie SOURDOT-SAND Alexandra	Maître de Conférences Professeur 1er grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant (ex 58-01) Assistant Assistante (ex 56-03) Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. M.	<u>WESTPHAL Alain</u> MARTRETTE Jean-Marc YASUKAWA Kazutoyo	Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistant Associé
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. M. Mlle	<u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> AMORY Christophe MORTIER Eric BALHAZARD Rémy CUNY Pierre PECHOUX Sophie	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. M. M. Mlle Mlle	<u>LOUIS Jean-Paul</u> ARCHIEN Claude DE MARCH Pascal SCHOUVER Jacques BARONE Serge LACZNY Sébastien MAGNIN Gilles MONDON Hélène RIFFAULT Amélie	Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant Assistante Assistante
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. Mme	<u>STRAZIELLE Catherine</u> RAPIN Christophe (Sect. 33) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre JAVELOT Cécile (Jacquelin)	Professeur des Universités* Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée

souligné : responsable de la sous-section

* temps plein

Mis à jour le 01.11.2011

**Par délibération en date du 11 décembre 1972
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.**

A notre président de thèse,

Madame le Professeur Marie-Pierryle FILLEUL,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Professeur des Universités

Responsable de la Sous-section : Orthopédie Dento-Faciale

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de
notre thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect pour votre savoir et la qualité
de votre encadrement.*

Nous vous prions de croire à notre sincère reconnaissance.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Jean-Marc MARTRETTE,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Vice Doyen à la pédagogie

Docteur en Sciences pharmacologiques

Chef du service d'Odontologie du CHU de Nancy

Maître de Conférences des Universités

Sous-section : Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie,

Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)

Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en participant à notre jury de thèse.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre juge,

Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT,

Docteur en Droit Public, Sciences Politiques

Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier

Vous nous avez fait l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Nous vous remercions pour vos conseils et votre disponibilité.

Nous vous remercions de l'attention et de l'intérêt que vous avez portés à ce projet.

Nous vous prions de trouver en ces quelques mots, l'assurance de notre grande reconnaissance.

A notre juge et directeur de thèse,

Madame le Docteur Catherine PY,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalier Universitaire

Sous-section : Orthopédie Dento-Faciale

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger notre thèse.

Votre implication et votre motivation de tous les instants nous permirent d'effectuer ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Olivier GEORGE,

Docteur en Chirurgie Dentaire spécialiste qualifié en Orthopédie Dento-Faciale

Docteur en Sciences des Matériaux

Ancien Assistant Hospitalier Universitaire

Attaché Hospitalier Universitaire

Sous-section : Orthopédie Dento-Faciale

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

Nous vous prions d'agréer toute note gratitude.

A mes parents

Pour votre amour, votre soutien et vos encouragements.

Parce que sans vous rien n'aurait été possible.

Merci de nous avoir donné votre éducation, peut être un peu sévère pour moi et plus laxiste pour la petite, mais les enfants sont tous différents....

A ma piote,

Mama, peste, chérounette, puce, prunelle (non ce n'est pas le chien)... ou encore hamster !

Ma sœur, le plus beau cadeau que les parents pouvaient m'offrir !

Merci pour ta présence depuis toujours à mes côtés. Pour tous ces moments superbes que nous avons partagés ainsi que nos fous rires déclenchés par un seul petit regard au grand désespoir de certains...

Il n'existe pas beaucoup de sœurs comme nous, toujours la l'une pour l'autre et jamais de prise de tête (enfin très rarement quand Melle se détruit la santé) !

Que notre complicité dure toujours.

Je souhaite que cette année te porte bonheur et que tu sois heureuse. Tu trouveras ton chemin, avec une bouille comme la tienne et ton humour on ne peut que réussir.

Je t'aime ma sœur !

A mes grands-parents,

Merci pour votre amour, votre générosité et tout ce que vous nous avez donné.

A Anthony,

Mon doudou merci pour ton amour, ta gentillesse, tes conseils et tes autres qualités.

Merci pour ta patience depuis quelques années maintenant. Eh oui les périodes d'examen étaient dures et elles ne sont peut être pas encore finies...

A mes cousins, oncles et tantes

Merci pour tous les bons moments passés ensemble, aux réunions de familles qui furent toujours un plaisir et aux vacances passées tous ensemble.

Catherine et Philippe, vous avez eu du courage de m'emmener avec vous à Montalbert, quatre loupiaux ne devaient pas vous suffire.

Les cousins, j'espère que nos séjours au ski (entassés dans des appartements un peu petits) continueront même s'il faudra louer plusieurs chalets quand la famille sera agrandie.

Pascale et Jean-luc, vous avez essayé de me mettre au Golf ou encore au Kayac, sans grande réussite, mais ce fût toujours un plaisir de venir passer des vacances dans les Vosges.

A ma belle famille

Merci pour votre accueil et votre gentillesse.

A ma Barb,

Ma poule depuis maintenant 15 ans grâce au conseil des jeunes Jarnisiens. J'ai passé de merveilleuses années avec toi, à nos virées en train à Metz, nos heures passées à parler des « Bips », aux mots écrits dans les agendas, à nos soirées... Merci d'avoir été aussi là dans les moins bons moments. J'espère que notre amitié durera ainsi pendant encore de nombreuses années.

Je t'adore ma poule.

A Linou,

L'amie d'enfance...je pense que nous ne pouvons pas faire mieux, malgré les quelques années de distance. Ensemble nous sommes allées au sport, puis au collège/lycée. C'est ensemble que nous avons fait nos premières « booms » sur Zebda, avec permission de 23h oulala c'était déjà tard ! A nos voyages linguistiques qui furent pour moi d'une grande utilité (je ne vais pas te rappeler ma super note au Bac) mais nous nous sommes bien amusées pendant les soirées en Irlande dans les tentes (encore détrempées des pluies de la vieille) à vouloir appeler les esprits...Que de bons souvenirs. Merci.

A Apo,

Mon amie timide de P1. Heureusement que Forma était là pour que l'on commence à discuter ! Sans toi la P1 n'aurait pas été pareil. Merci pour ton amitié sincère et tous les moments passés à Ste Maxime, à Granges, à Nancy (autour d'un steak patates) ou encore à Mayotte. Tu m'as appris à « bouger bouger ». Je te souhaite beaucoup de bonheur ma Napo et un grand merci.

A Lian,

Ma petite luxo merci pour les bons moments passés, les heures pendues au téléphone (heureusement que l'illimité existe) ou encore les vacances ! Tu es une fille extraordinaire garde ton caractère.

Aux dentaires,

Magali (à nos déjeuners place Stan), Laura, Flo et ta future épouse (hâte de se retrouver au fin fond de la meuse), Fab (à nos conversations sur l'analyse des rêves... on pourrait écrire un livre) et Célia.

A nos amis,

Gianluca, Aurélie, Benjamin, Sabrina, Nicolas et Elodie. A nos repas mensuels !

Enfin à tous un grand MERCI.

LES OBLIGATIONS LEGALES FRANCAISES EN
ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Plan de thèse

INTRODUCTION	1
1. LES CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ORTHODONTISTE	3
1.1. LES DIPLOMES FRANÇAIS : NON SPÉCIALISTES OU SPÉCIALISTES.....	3
1.1.1. <i>Les chirurgiens-dentistes non spécialistes</i>	3
1.1.1.1. Introduction	3
1.1.1.2. Les diplômes reconnus par le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes	4
1.1.1.2.1. Le Certificat d'Etudes Supérieures de physiopathologie et diagnostic des dysmorphoses crânio-faciales.....	4
1.1.1.2.2. Les diplômes d'université	4
1.1.2. <i>Les chirurgiens-dentistes spécialistes</i>	5
1.1.2.1. Le Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie.....	5
1.1.2.1.1. Les inscriptions	5
1.1.2.1.2. L'examen probatoire	6
1.1.2.1.3. Le programme des enseignements	7
1.1.2.1.4. Les examens de fin de première, deuxième et troisième années.....	7
1.1.2.1.5. L'examen de fin de quatrième année.....	7
1.1.2.2. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées en orthopédie dento-faciale.....	8
1.1.2.2.1. L'inscription	8
1.1.2.2.2. Le concours.....	9
1.1.2.2.3. Le choix des postes.....	10
1.1.2.2.4. Le programme des enseignements	10
1.1.2.2.5. La validation du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'orthopédie dento-faciale	11
1.2. LES DIPLOMES DÉLIVRÉS PAR LES PAYS MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE.....	12
1.2.1. <i>Les diplômes de praticien de l'art dentaire</i>	12
1.2.2. <i>Les diplômes de praticien de l'art dentaire spécialiste en orthodontie</i>	13
1.3. LES DIPLOMES DÉLIVRÉS EN DEHORS DE LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE.....	14
1.4. LA NATIONALITÉ	14
1.5. L'INSCRIPTION À L'ORDRE	17
2. LES CONDITIONS D'INSTALLATION DE L'ORTHODONTISTE	20
2.1. LES OBLIGATIONS D'INSCRIPTIONS ET DE SOUSCRIPTIONS	20
2.1.1. <i>L'inscription à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>	20
2.1.1.1. La convention.....	21
2.1.1.2. La Carte de Professionnel de Santé	22

2.1.2.	<i>L'inscription à la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes.....</i>	23
2.1.3.	<i>L'inscription au centre des impôts</i>	23
2.1.4.	<i>La souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle</i>	23
2.1.4.1.	La responsabilité civile professionnelle	23
2.1.4.2.	Qui doit souscrire à une assurance responsabilité civile professionnelle	24
2.1.4.3.	A quoi sert l'assurance responsabilité civile professionnelle	25
2.1.4.4.	Les conditions et fondements de la responsabilité civile	25
2.1.4.4.1.	Le fait dommageable et la faute.....	25
2.1.4.4.2.	Le préjudice	26
2.1.4.4.3.	Le lien de causalité	26
2.2.	LES DIFFÉRENTS MODES D'EXERCICE	27
2.2.1.	<i>Les contrats de remplacement</i>	27
2.2.1.1.	Le remplacement à temps plein	27
2.2.1.2.	Le remplacement à temps partiel.....	28
2.2.2.	<i>Les contrats de collaboration.....</i>	28
2.2.2.1.	La collaboration libérale	29
2.2.2.2.	La collaboration salariée	30
2.2.3.	<i>L'exercice libéral seul</i>	32
2.2.4.	<i>Les contrats d'exercice en groupe</i>	32
2.2.4.1.	La société civile de moyens.....	33
2.2.4.2.	La société civile professionnelle	34
2.2.4.3.	La société d'exercice libéral	36
2.2.4.4.	La société en participation.....	38
2.2.4.5.	Tableau récapitulatif des sociétés de personnes.....	39
2.2.5.	<i>Le contrat de gérance</i>	40
2.2.6.	<i>La convention d'exercice.....</i>	40
2.2.7.	<i>Le contrat de location</i>	41
2.3.	LES OBLIGATIONS DU LIEU D'EXERCICE	41
2.3.1.	<i>L'organisation d'un cabinet dentaire.....</i>	41
2.3.2.	<i>L'accessibilité aux personnes handicapées.....</i>	43
2.3.3.	<i>La radioprotection</i>	43
2.3.4.	<i>La gestion des déchets.....</i>	45
2.3.5.	<i>Les dispositifs médicaux.....</i>	46
2.3.5.1.	Les dispositifs médicaux sur mesure.....	47
2.3.5.2.	La matériovigilance	48

2.3.6.	<i>Les obligations d'hygiène et aseptie.....</i>	48
2.3.6.1.	<i>La protection du personnel.....</i>	48
2.3.6.2.	<i>Les dispositifs médicaux.....</i>	49
3.	LA RELATION ENTRE L'ORTHODONTISTE, LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LE	
PATIENT.....		51
3.1.	LES DEVOIRS ENVERS LA PROFESSION ET LES PROFESSIONNELS	51
3.1.1.	<i>L'exercice de la profession</i>	51
3.1.2.	<i>Honorer la profession</i>	52
3.1.3.	<i>La confraternité</i>	52
3.1.4.	<i>Le rejet de la concurrence.....</i>	52
3.1.5.	<i>Les documents professionnels</i>	53
3.1.5.1.	<i>La plaque professionnelle</i>	53
3.1.5.2.	<i>Les imprimés professionnels.....</i>	54
3.1.5.3.	<i>L'annuaire</i>	54
3.2.	LES DEVOIRS DES CHIRURGIENS-DENTISTES ENVERS LEURS PATIENTS	54
3.2.1.	<i>Le chirurgien-dentiste au service de l'individu et de la santé humaine</i>	55
3.2.2.	<i>La qualité de soins</i>	55
3.2.3.	<i>La formation continue et le développement professionnel continu</i>	55
3.2.4.	<i>L'information et le consentement aux soins.....</i>	57
3.2.4.1.	<i>L'information relative aux soins.....</i>	57
3.2.4.2.	<i>L'information relative au montant des honoraires.....</i>	58
3.2.4.3.	<i>Le consentement aux soins.....</i>	59
3.2.4.4.	<i>L'entente préalable</i>	59
3.2.5.	<i>Le secret professionnel</i>	60
3.3.	LE DOSSIER ORTHODONTIQUE	62
3.3.1.	<i>Le cadre légal.....</i>	62
3.3.2.	<i>Le contenu du dossier orthodontique</i>	63
3.3.2.1.	<i>Les données administratives.....</i>	64
3.3.2.2.	<i>Les données concernant le diagnostic</i>	64
3.3.2.2.1.	<i>L'anamnèse.....</i>	64
3.3.2.2.2.	<i>L'examen clinique</i>	65
3.3.2.2.3.	<i>L'examen des moulages</i>	65
3.3.2.2.4.	<i>Le bilan photographique.....</i>	66
3.3.2.2.5.	<i>Le bilan radiologique</i>	66

3.3.2.2.6. Conclusion sur le diagnostic orthodontique.....	68
3.3.2.3. Les données du dossier concernant le traitement	68
3.3.2.4. Les données du dossier concernant la contention	69
3.3.2.5. Les complications susceptibles d'empêcher l'aboutissement du traitement orthodontique	69
3.3.2.6. Conclusion.....	70
3.4. L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL PAPIER OU INFORMATIQUE.	71
3.4.1. <i>Introduction</i>	71
3.4.2. <i>La sécurité des informations</i>	72
3.4.3. <i>Les modalités d'accès et de communication</i>	73
3.5. LES HÉBERGEURS DE DONNÉES DE SANTÉ	73
3.6. LE DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL.....	74
3.6.1. <i>La définition et le contenu</i>	75
3.6.2. <i>Les objectifs</i>	75
3.6.3. <i>Qui peut posséder un dossier médical personnel ?</i>	76
3.6.4. <i>Comment le créer ?</i>	76
3.6.5. <i>L'accès au dossier médical personnel</i>	76
3.6.6. <i>La conservation</i>	77
3.6.7. <i>La clôture du dossier médical personnel</i>	77
3.6.8. <i>Le dossier médical personnel en pratique</i>	78
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82

Introduction

INTRODUCTION

Les évolutions de la dentisterie se sont traduites par des innovations techniques et technologiques tout au long de son histoire. A ces changements, il faut ajouter une transformation des conditions juridiques associées qui impose la prise en compte de la notion de droit dans l'exercice.

Les dispositions légales et réglementaires définissent les contours de la pratique de l'art dentaire. Ces lois déterminent les conditions d'exercice des orthodontistes et par conséquent leur relation avec les patients.

L'augmentation significative des conflits entre patients et praticiens impose un respect rigoureux de la législation ayant pour but la diminution des litiges.

Ce travail va permettre de rappeler les obligations auxquelles l'orthodontiste est soumis, qu'elles soient d'exercice ou d'installation. Il abordera aussi les relations que doivent entretenir le praticien et son patient.

1^{ère} partie :

Les conditions d'exercice de l'orthodontiste

1. LES CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ORTHODONTISTE

Les chirurgiens-dentistes voulant pratiquer l'orthodontie en France doivent :

- posséder un diplôme reconnu par le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes,
- être d'une nationalité leur permettant d'exercer en France,
- enregistrer leurs titres auprès du Conseil de l'Ordre.

1.1. Les diplômes français : non spécialistes ou spécialistes

1.1.1. Les chirurgiens-dentistes non spécialistes

1.1.1.1. Introduction

La directive du 25 juillet 1978 complétée par l'arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences odontologiques précise le contenu de la formation de chirurgien-dentiste (16, CONSEIL DES COMMUNAUTES EUROPEENNES, 1978, 39, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2011).

L'orthopédie dento-faciale fait partie des matières indispensables à l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste (39, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2011).

Il en résulte que l'exercice de soins d'orthodontie n'est pas exclusivement réservé aux chirurgiens-dentistes spécialistes en orthopédie dento-faciale (50a, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2010).

1.1.1.2. Les diplômes reconnus par le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

1.1.1.2.1. Le Certificat d'Etudes Supérieures de physiopathologie et diagnostic des dysmorphoses crânio-faciales

Les Certificats d'Etudes Supérieures de chirurgie dentaire sont délivrés par les Universités et permettent d'acquérir des connaissances supplémentaires aussi bien théoriques que pratiques dans les différentes disciplines de l'odontologie. Les chirurgiens-dentistes diplômés peuvent s'inscrire aux Certificats d'Etudes Supérieures (40, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2010).

Le Certificat d'Etudes Supérieures de physiopathologie et diagnostic des dysmorphies crânio-faciales (remplaçant le Certificat d'Etudes Supérieures d'orthopédie-dento-faciale) a une durée de formation d'un an minimum.

Il contient trois unités d'enseignement spécifiques obligatoires et une en sciences fondamentales. L'étudiant devra valider ces unités d'enseignement pour obtenir son certificat (40, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2010).

1.1.1.2.2. Les diplômes d'université

Les diplômes d'université sont des diplômes de 3ème cycle propres à chaque université. Tous les chirurgiens-dentistes et médecins diplômés peuvent s'inscrire, ainsi que les internes en odontologie ou médecine. Ils permettent d'améliorer leurs connaissances dans un domaine spécifique de l'odontologie. Les modalités d'inscription et le nombre d'années d'enseignement sont propres à chaque diplôme (23, FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE NANCY, 2011).

1.1.2. Les chirurgiens-dentistes spécialistes

Depuis la rentrée universitaire 2011, il existe deux voies pour accéder à la spécialité d'orthopédie dento-faciale : le Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie et le Diplôme d'Etudes Spécialisées en orthopédie dento-faciale.

1.1.2.1. Le Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie

Le Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie (CECSMO) est un troisième cycle long qui permet d'obtenir la spécialisation en orthodontie. Il correspond à quatre années à temps partiel composées d'un enseignement théorique, d'un enseignement dirigé et d'un enseignement clinique sanctionnés par un examen annuel local et un examen final national.

1.1.2.1.1. Les inscriptions

Le certificat d'études cliniques est ouvert :

- aux titulaires d'un diplôme français d'état ou d'université de docteur en chirurgie dentaire ou de chirurgien-dentiste,
- aux titulaires d'un diplôme de docteur en médecine possédant le certificat d'études spéciales de stomatologie,
- aux titulaires d'un diplôme de docteur en médecine possédant le diplôme d'études spécialisées de stomatologie ou étant qualifiés en stomatologie par le Conseil National de l'Ordre des médecins,
- aux médecins spécialistes qualifiés en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale,
- aux titulaires d'un diplôme de chirurgien-dentiste ou médecin stomatologiste d'un pays étranger, leur permettant d'exercer leur profession dans leur pays (38, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 1987).

L'inscription s'effectue au niveau des différentes facultés délivrant le certificat.

1.1.2.1.2. L'examen probatoire

La première année est sanctionnée par deux examens dont le premier a lieu à la fin du premier trimestre d'enseignement et le suivant à la fin de l'année universitaire.

Le premier examen correspond à un test d'aptitude, comportant des épreuves d'admissibilité et des épreuves d'admission.

Les épreuves d'admissibilité comprennent des épreuves écrites anonymes portant sur le programme d'orthopédie dento-faciale du deuxième cycle des études d'odontologie et des épreuves pratiques de pliage de fil et d'anatomie radiologique.

Les épreuves écrites comptent pour 40% de la note d'admissibilité tandis que la pratique représente 60%.

Il faut obtenir la moyenne pour pouvoir accéder aux épreuves d'admission.

Lors des épreuves d'admission, l'étudiant devra présenter à l'oral un dossier clinique et le jury étudiera le dossier du candidat ainsi que ses formations.

La note d'admission représente au maximum 30% de la note globale.

Ces examens sont notés par un jury composé d'au moins trois membres de la sous-section orthopédie dento-faciale du Conseil National des Universités, dont au moins un intervenant est extérieur à l'Université où se déroulent les épreuves.

Ces membres sont désignés par le président de l'Université, sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche responsable de l'organisation du Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie, qui est le doyen de la Faculté d'odontologie.

Ce dernier valide les résultats dans l'ordre du classement établi par les membres du jury et dans la limite fixée par l'arrêté habilitant l'Université à organiser cet enseignement.

Les étudiants ne peuvent se présenter plus de trois fois au test d'aptitude.

Les candidats admis à cette épreuve ne peuvent s'inscrire plus de deux fois pour chacune des trois premières années d'études.

Leur réussite à l'examen probatoire est valable pour l'année en cours et les trois années universitaires suivantes (38, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 1987).

1.1.2.1.3. Le programme des enseignements

La formation comprend des enseignements théoriques (400 heures), dirigés (700 heures) et pratiques (1400 heures).

Les enseignements théoriques et dirigés sont répartis :

- en matières fondamentales comme l'anatomie crânio-faciale, la physiologie oro-faciale, la biomécanique et les matériaux
- en matières spéciales comme le bilan clinique et radiologique en orthopédie dento-faciale, la céphalométrie, la photographie et l'orthodontie chirurgicale.

Les enseignements pratiques correspondent à 1200 heures de stages cliniques, à 200 heures de travaux pratiques de laboratoire et à l'élaboration du mémoire (38, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 1987).

1.1.2.1.4. Les examens de fin de première, deuxième et troisième années

Ces examens sont composés d'épreuves théoriques et pratiques dont les modalités sont validées par le conseil d'administration de l'université.

Ils sont propres à chaque université.

Les étudiants doivent obtenir la moitié du maximum des points pour valider leur examen et être autorisés à s'inscrire dans l'année d'étude supérieure.

1.1.2.1.5. L'examen de fin de quatrième année

A l'issue de la quatrième année, les étudiants passent un examen national.

Il est composé de deux épreuves écrites anonymes de 2 heures chacune portant sur l'ensemble du programme.

Chacune des épreuves est notée sur 20 par un jury national composé d'au moins quatre membres de la sous-section d'orthopédie dento-faciale du Conseil National des Universités,

qui sont désignés par le ministre de l'Enseignement Supérieur. Il faut obtenir au moins 20 points sur 40 pour être admis à l'épreuve clinique et soutenir son mémoire.

L'épreuve clinique est notée sur 20 points par un jury de cinq membres appartenant à la sous-section d'orthopédie dento-faciale du Conseil National des Universités et qui sont choisis par le président de l'Université ; trois de ces membres doivent être d'une Université extérieure à celle délivrant le certificat.

Pour être admis, l'étudiant doit obtenir au moins 10 points sur 20.

Enfin, les étudiants ont rédigé un mémoire qui est soumis à deux rapporteurs choisis parmi les membres du jury, ensuite il est soutenu devant l'ensemble du jury de l'épreuve clinique, dont un membre doit être extérieur à l'Université délivrant le certificat.

Une fois ces épreuves validées, les candidats se voient remettre leur Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie (38, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 1987).

1.1.2.2. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées en orthopédie dento-faciale

Le 5 janvier 2011, le décret n° 2011-22 relatif à l'organisation du troisième cycle long des études odontologiques met en place un internat qualifiant avec de nouvelles modalités d'examens (41, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2011).

1.1.2.2.1. L'inscription

Les étudiants ayant validé leur deuxième cycle d'études odontologiques en France ainsi que les praticiens membres d'un Etat européen ou Suisse ayant exercé pendant 3 ans dans leur pays peuvent se présenter au concours national de l'internat qualifiant.

Les étudiants souhaitant se présenter deux fois au concours de l'internat doivent le faire la première fois en cinquième année. Ils pourront se représenter durant l'année universitaire

suivante pour la deuxième fois (39a, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2011).

Les formulaires d'inscription sont disponibles sur le site du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnalités de direction de la fonction publique hospitalière (10, CENTRE NATIONAL DE GESTION DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES PERSONNELS DE DIRECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE, 2011).

1.1.2.2.2. Le concours

Le concours pour l'année universitaire 2010-2011 a porté sur les mêmes programmes que les années précédentes, c'est-à-dire sur les matières odontologiques enseignées pendant le cycle des études odontologiques.

Il comprenait deux épreuves :

- une épreuve d'admissibilité de 2h15 composée de neuf petites questions de synthèse portant sur une situation clinique définie.
- une épreuve d'admission de 4h30 composée de trois grandes questions, portant sur le diagnostic, les traitements et le pronostic des pathologies bucco-dentaires.

A partir de la rentrée universitaire 2011-2012, les modalités du concours changent et seront régies par l'arrêté du 17 novembre 2011 relatif à l'organisation et au programme de l'internat en odontologie (45e, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2011).

Les épreuves porteront sur le programme des 4 années d'études qui suivent la première année commune aux études de santé.

Il n'y aura plus qu'une seule session d'admission composée :

- d'une épreuve de questions représentant 90% de la note,
- d'une épreuve de lecture critique d'articles représentant 10% de la note finale.

Le jury sera composé de 18 membres, 2 par sous-section du Conseil National des Universités. Il comprendra des Maitres de Conférences et des Professeurs d'Universités (32, LAUTROU, 2011).

1.1.2.2.3. Le choix des postes

Le choix de l'affectation se fait en fonction du rang de classement. Les étudiants admis choisissent en premier leur spécialité, l'interrégion et le Centre Hospitalier Universitaire d'affectation (45c, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2011).

L'arrêté du 13 avril 2011 portant détermination des interrégions d'internat d'odontologie, fixe les différentes interrégions qui recevront les internes (Ile-de-France, Nord-Est, Nord-Ouest, Ouest, Rhône-Alpes Auvergne, Sud et Sud-Ouest) (45a, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2011).

Pour l'année universitaire 2011-2012, le nombre de postes fixé par l'arrêté du 13 avril 2011 portant sur la répartition des postes au concours national de l'internat est de 14 pour l'orthopédie dento-faciale (45b, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2011).

1.1.2.2.4. Le programme des enseignements

L'organisation des enseignements théoriques et de la formation pratique des diplômés est placée dans chaque interrégion sous la responsabilité d'un enseignant coordonnateur désigné pour une période de 4 ans par les directeurs d'unité de formation et de recherche d'odontologie de l'interrégion (39a, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2011).

L'enseignement dispensé aux internes du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'orthopédie dento-faciale a une durée de six semestres pendant lesquels les étudiants recevront une formation théorique pouvant être réalisée sous forme d'unités d'enseignement et une formation pratique. Les unités d'enseignement porteront sur la communication, la pratique hospitalière et la santé publique mais aussi sur le développement cranio-facial, les biomatériaux, l'imagerie et les thérapeutiques en orthopédie dento-faciale (39a, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2011).

Les enseignements pratiques correspondent aux stages effectués dans les lieux agréés ou auprès d'un praticien agréé maître de stage par la commission de l'interrégion.

Le choix des stages a lieu chaque semestre.

Des stages « particuliers » peuvent être réalisés à l'étranger ou en dehors de l'interrégion après accord des coordinateurs des différentes interrégions (45f, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2011).

La liste des enseignements est disponible sur le Bulletin Officiel numéro 19 du 12 mai 2011 (37, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2011).

1.1.2.2.5. La validation du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'orthopédie dento-faciale

La validation de la théorie est établie par un contrôle continu effectué au cours de séminaires.

Elle comprend :

- une épreuve écrite sur le thème enseigné lors du séminaire,
- deux épreuves orales correspondant à un exposé sur un thème d'un séminaire et à une présentation de cas cliniques.

Si le candidat échoue au contrôle continu, il passe « un examen de rattrapage d'une durée d'une heure portant sur le programme des unités d'enseignements théoriques pour les quatre premiers semestres et sur une situation clinique pour les cinquième et sixième semestres.

Un jury se réunit à la fin des deuxième et quatrième semestres du Diplôme d'Etudes Spécialisées pour se prononcer sur la validation des enseignements théoriques à partir du contrôle continu et, éventuellement, à partir de l'examen de rattrapage » (37, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 2011).

Le candidat doit avoir obtenu la moyenne générale à l'ensemble des épreuves écrites et orales des six semestres.

Ce jury est composé d'au moins trois membres, enseignants titulaires appartenant à la sous-section orthopédie dento-faciale du Conseil National des Universités.

Les stages cliniques sont validés à la fin de chaque semestre.

Le candidat doit soutenir avec succès son mémoire qui est soumis à un rapporteur désigné parmi les membres du jury.

Le jury de validation est composé d'au moins :

- cinq enseignants titulaires, dont le coordonnateur interrégional du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'orthopédie dento-faciale,
- deux membres de la sous-section d'orthopédie dento-faciale du Conseil National des Universités.

A la fin des six semestres il se réunit pour valider les diplômes des candidats.

Les anciens internes du Diplôme d'Etudes Spécialisées en orthopédie dento-faciale seront spécialistes au même titre que les chirurgiens-dentistes titulaires du Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie.

1.2. Les diplômes délivrés par les pays membres de la communauté européenne

1.2.1. Les diplômes de praticien de l'art dentaire

L'arrêté du 13 juillet 2009 fixe la liste et les conditions de reconnaissance des titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par les pays européens (42a, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2009). Si le titre de formation n'est pas conforme aux obligations communautaires et qu'il est délivré avant les dates figurant dans l'arrêté, les praticiens devront fournir une attestation de droit acquis.

L'attestation de droit acquis certifie qu'il a exercé pendant au moins trois ans consécutifs durant les cinq dernières années.

Elle est délivrée par l'Etat membre auquel appartient le praticien (48, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Si le titre de formation est délivré par l'ancienne Union Soviétique, par l'ancienne Yougoslavie ou sanctionne une formation commencée avant les dates d'indépendance de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie, et de la Slovénie, les praticiens devront fournir une attestation de droits acquis et une attestation de validité juridique. Cette dernière certifie que

ces titres ont la même valeur juridique que les diplômes de formation de praticien de l'art dentaire délivrés conformément aux obligations communautaires (42a, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2009).

En Italie, en Espagne, en Autriche, en Roumanie, en République Tchèque et en Slovaquie, la profession de praticien de l'art dentaire était exercée par des médecins spécialisés en stomatologie.

Les titres de praticien de l'art dentaire comportant la mention « médecins spécialisés en stomatologie » sont également présumés non conformes, sauf s'ils sont accompagnés des attestations de droit acquis et de validité juridique, délivrées par les autorités compétentes de l'État ayant remis le titre de médecin.

Sont toutefois dispensées de l'attestation de droit acquis « les personnes ayant suivi avec succès des études d'au moins trois années attestées par les autorités compétentes de l'Etat concerné comme étant équivalentes à la formation de praticien de l'art dentaire conforme aux obligations communautaires » (42a, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2009).

Si le diplôme présenté ne figure pas à l'arrêté du 13 juillet 2009 et que son titulaire ne peut pas fournir l'une ou l'autre des attestations citées ci-dessus, voire les deux, une autorisation ministérielle d'exercice est indispensable pour demander l'inscription au Tableau (48, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

1.2.2. Les diplômes de praticien de l'art dentaire spécialiste en orthodontie

L'arrêté du 13 juillet 2009 fixe la liste et les conditions de reconnaissance des titres de formation de praticien de l'art dentaire spécialiste délivrés par les pays européens (42b, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2009). La reconnaissance de ces diplômes repose sur les mêmes obligations que les titres de chirurgien-dentiste omnipraticien.

Comme pour les omnipraticiens, si le diplôme présenté ne figure pas à l'arrêté du 13 juillet 2009 et que son titulaire ne peut pas fournir les attestations, une autorisation ministérielle d'exercice est indispensable pour demander l'inscription au Tableau (48, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

1.3. Les diplômes délivrés en dehors de la communauté européenne

Le praticien devra demander une autorisation ministérielle délivrée par la commission des étrangers, prévue à l'article L.4111-2 du Code de la Santé Publique (12j, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

1.4. La nationalité

La nationalité du praticien intervient dans la reconnaissance de son diplôme. En fonction de sa nationalité et de son diplôme, le praticien devra effectuer des démarches administratives différentes.

Nous reprenons le tableau récapitulatif du Guide Pratique à destination des praticiens à diplômes européens rédigé par le Conseil National de l'Ordre en novembre 2011 (48, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Nationalité	Origine du diplôme	Inscription
France	France	Articles L.4111-1 et L.4141-3 du Code de la Santé Publique (12j, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011, 12l, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011)
	UE ou AEEE, Suisse	Reconnaissance automatique (sous condition de date)
	Hors UE ou AEEE	Autorisation ministérielle (Commission des Etrangers)
	Hors UE ou AEEE, mais reconnu dans un autre pays	Autorisation ministérielle (commission HOCSMAN)

Andorre	France	Articles L.4111-1 et L.4141-3 du Code de la Santé Publique
	UE ou AEEE, Suisse	Reconnaissance automatique (sous condition de date)
	Hors UE ou AEEE	Autorisation ministérielle (Commission Des Etrangers)
	Hors UE ou AEEE, mais reconnu dans un autre pays	Autorisation ministérielle (commission HOCSMAN)
UE ou AEEE	France	Articles L.4111-1 et L.4141-3 du Code de la Santé Publique
	UE ou AEEE, Suisse	Reconnaissance automatique (sous condition de date)
	Hors UE ou AEEE	Autorisation ministérielle (Commission Des Etrangers)
	Hors UE ou AEEE, mais reconnu dans un autre pays	Autorisation ministérielle (commission HOCSMAN)
Maroc-Tunisie-Gabon-Mali- République Centrafricaine- Sénégal-Togo	France	Articles L.4111-1 et L.4141-3 du Code de la Santé Publique
	UE ou AEEE, Suisse	Reconnaissance automatique (sous condition de date)
	Hors UE ou AEEE	Autorisation ministérielle (Commission des Etrangers)
	Hors UE ou AEEE, mais	Autorisation ministérielle

	reconnu dans un autre pays	(commission HOCSMAN)
Suisse	France	Articles L.4111-1 et L.4141-3 du Code de la Santé Publique
	UE ou AEEE, Suisse	Reconnaissance automatique (sous condition de date)
	Hors UE ou AEEE	Autorisation ministérielle (Commission des Etrangers)
	Hors UE ou AEEE, mais reconnu dans un autre pays	Autorisation ministérielle (commission HOCSMAN)
Autres nationalités	France	Articles L.4111-1 et L.4141-3 du Code de la Santé Publique
	Autres diplômes	Autorisation ministérielle (Commission des Etrangers)

UE : états membres de l'Union européenne (Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède).

AEEE : états faisant partie de l'Accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Liechtenstein, Norvège)

1.5. L'inscription à l'Ordre

En application de l'article R.4112-1 du Code de la Santé Publique, tout chirurgien-dentiste doit être inscrit au Tableau du Conseil de l'Ordre du département de son lieu d'exercice pour exercer légalement sa profession (12r, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

La demande d'inscription doit être envoyée en lettre recommandée avec accusé de réception au Conseil Départemental ou apportée en main propre. Celle-ci doit être accompagnée d'une copie de la carte d'identité en cours de validité, d'une copie des diplômes, d'une déclaration sur l'honneur attestant qu'aucune « instance judiciaire pouvant donner lieu à une condamnation » n'est engagée et d'un curriculum vitae. Il faut joindre également, en fonction du mode d'exercice, un bail, un contrat de location ou les contrats de société.

Les praticiens venant d'un pays étranger doivent fournir les éléments prouvant leur maîtrise de la langue française et les attestations complémentaires (une attestation de conformité du diplôme, une attestation de droits acquis et une attestation de validité juridique). Selon l'article R.4112-1 du Code de la Santé Publique, tous les documents doivent être traduits en français par un traducteur assermenté (12r, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

A la réception de la demande, le Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes vérifie les titres, demande un exemplaire du bulletin numéro 2 du casier judiciaire du praticien et procède alors à l'enregistrement du diplôme. Le praticien ne doit plus se présenter à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale pour l'enregistrement de son diplôme (31c, L'ASSURANCE MALADIE, 2011).

La décision prise par le Conseil est adressée dans la semaine qui suit au chirurgien-dentiste par lettre recommandée avec accusé de réception. Le praticien reçoit depuis le 12 septembre 2011 une attestation d'inscription sur laquelle figurent notamment un numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) et le lieu d'exercice. Le Conseil fait signer au chirurgien-dentiste le formulaire de demande de Carte de Professionnel de Santé (CPS) et le transmet directement à l'organisme chargé de sa délivrance.

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé est le nouveau fichier de référence des professionnels de santé. Il est élaboré par l'Etat en collaboration avec les Ordres des professionnels de santé et l'Assurance Maladie. Il répertorie l'ensemble des données

d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tout professionnel de santé.

Il ne concerne pour l'instant que les chirurgiens-dentistes, les médecins, les sages-femmes et les pharmaciens. Il attribue à chaque professionnel de santé un identifiant unique et partagé : le numéro RPPS. Il est conservé pendant toute la durée d'exercice (31c, L'ASSURANCE MALADIE, 2011).

Selon l'article L.4112-6 du Code de la Santé Publique, l'inscription au Tableau de l'Ordre ne s'applique pas aux chirurgiens-dentistes des armées ou ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat et qui ne dispensent pas de soins (12k, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

2^{ème} partie :

Les conditions d'installation de l'orthodontiste

2. LES CONDITIONS D'INSTALLATION DE L'ORTHODONTISTE

Un praticien remplissant les conditions d'exercice peut décider de s'installer en France. Pour cela, il doit procéder à :

- son inscription auprès de l'Assurance Maladie,
- son inscription à la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes,
- son inscription à l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAFF).

Il doit aussi souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle, effectuer des démarches auprès des impôts et choisir son mode d'exercice.

2.1. Les obligations d'inscriptions et de souscriptions

2.1.1. L'inscription à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Une fois l'inscription au Conseil de l'Ordre réalisée, le praticien doit s'inscrire auprès de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Il doit s'y présenter avec son attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre, sa carte vitale, un relevé d'identité bancaire, mais aussi la notification d'installation d'un appareil radiologique si elle a lieu. Un conseiller remet la Convention Nationale des chirurgiens-dentistes et propose au praticien d'y adhérer. Il réalise les formalités d'inscription à l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.

Il inscrit le praticien, sous réserve de la signature de la convention, au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (31c, L'ASSURANCE MALADIE, 2011).

2.1.1.1. La convention

Le 14 juin 2006, le ministre de la Santé et des Solidarités et le ministre délégué à la Sécurité Sociale, ont approuvé la convention des chirurgiens-dentistes (43, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006).

Elle a pour but :

- de garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité et d'améliorer leur prise en charge,
- d'augmenter les actions de prévention,
- d'organiser la maîtrise des dépenses de santé,
- de respecter le libre choix du praticien et le paiement direct à l'acte,
- de revaloriser les soins.

Elle s'applique à tous les chirurgiens-dentistes qui l'ont signée lors de leur inscription auprès de l'Assurance Maladie. En signant cette convention les praticiens s'engagent à respecter les dispositions et les cotations de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Le chirurgien-dentiste doit avertir ses patients de sa situation avec l'Assurance Maladie.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels résulte de l'arrêté du 27 mars 1972 qui fût modifié plusieurs fois par des arrêtés dont le dernier date du 22 août 2011 (45d, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2011, 47, NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS, 2010). Elle établit la liste des actes professionnels qui peuvent être réalisés par des professionnels et qui sont remboursables par les organismes de sécurité sociale. Ils ne donnent lieu à un remboursement que s'ils sont réalisés par le praticien lui-même, médicalement justifiés et conformes aux données acquises de la science (56, SABEK, 2010). Pour l'orthodontie, ils doivent être commencés avant le seizième anniversaire de l'enfant (31b, L'ASSURANCE MALADIE, 2011).

Tout acte est désigné par une lettre clé possédant une valeur monétaire et un coefficient multiplicateur.

Les actes d'orthodontie sont à honoraires libres, c'est-à-dire que le spécialiste peut effectuer un dépassement. Ce dépassement est plafonné pour les patients titulaires de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (31a, L'ASSURANCE MALADIE, 2011).

2.1.1.2. La Carte de Professionnel de Santé

La Carte de Professionnel de Santé associée à la carte Vitale du patient permet, dans le cadre de la dentisterie libérale, l'envoi sécurisé vers l'Assurance Maladie de feuilles de soins grâce à un réseau appelé SESAM Vitale (15, COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 2011).

En février 2011, une nouvelle carte est mise en place : la CPS3. La Carte de Professionnel de Santé est la carte d'identité professionnelle électronique du secteur de la santé. Elle est délivrée par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé. Elle permet d'attester l'identification unique du praticien et ses qualifications par la saisie d'un mot de passe. Elle permet aussi de coder et signer électroniquement des documents (15, COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 2011).

Elle contient principalement :

- l'identité du praticien,
- sa qualification professionnelle,
- ses activités,
- des certificats électroniques qui garantissent ces informations.

Elle a une durée de vie de trois ans renouvelable automatiquement. Il faut compter environ cinq semaines pour obtenir une Carte de Professionnel de Santé lors de l'inscription au Conseil de l'Ordre.

Elle contient directement le numéro Répertoire Partagé des Professionnels de Santé des nouveaux professionnels de santé.

La carte CPS3 a un niveau de sécurité plus élevé, lié à la mise en place du dossier médical personnel. Cette carte est indispensable pour réaliser des télétransmissions (1a, L'AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE, 2011).

2.1.2. L'inscription à la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes

Selon les articles L.621-1 et L.621-2 du Code de la Sécurité Sociale, le chirurgien-dentiste est obligé, dans le mois qui suit son installation, de s'affilier à la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes (13b, CODE DE LA SECURITE SOCIALE, 2011). Cette obligation concerne tous les praticiens installés en libéral (31c, L'ASSURANCE MALADIE, 2011).

2.1.3. L'inscription au centre des impôts

Le chirurgien-dentiste doit prendre contact avec son centre des impôts en vue de son assujettissement aux divers impôts dus, notamment à la cotisation foncière des entreprises remplaçant la taxe professionnelle depuis 2010 (9, CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2010).

2.1.4. La souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle

Selon l'article L.1142-2 du Code de la Santé Publique, tout praticien exerçant ou toute société d'exercice doivent souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages constatés sur des tiers liés à l'exercice de leur profession (12e, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Les assurances sont obligées d'assurer les praticiens leur en faisant la demande (46, MISSIKA et RAHAL, 2006).

2.1.4.1. La responsabilité civile professionnelle

Jusqu'à la loi du 4 mars 2002, la responsabilité des praticiens était de nature contractuelle comme l'avait signalé l'arrêt Mercier en mai 1936 (33, LOI RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET A LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE, 2002). Aujourd'hui il n'existe

qu'une seule et même responsabilité médicale quelle que soit la faute ou quelles que soient les personnes qui recherchent la responsabilité du praticien (22, EDITIONS LEGISLATIVES, 2011).

L'article L.1142-28 du Code de la Santé Publique précise que « les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé [...] à l'occasion d'actes [...] se prescrivent par 10 ans à compter de la date de consolidation » (12f, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Pour les patients mineurs, aucune disposition n'en précise la durée mais il est estimé que la prescription encourt à partir de leur majorité (55, SABEK, 2003).

2.1.4.2. Qui doit souscrire à une assurance responsabilité civile professionnelle

L'obligation de souscrire cette assurance s'entend pour :

- le praticien exerçant à titre individuel dans son cabinet ou dans une convention d'exercice libéral,
- le praticien remplaçant un confrère avec un contrat de remplacement libéral, qu'il s'agisse d'un praticien inscrit au Tableau ou d'un étudiant,
- le collaborateur libéral.

Lorsqu'il s'agit d'un exercice salarié, l'obligation de souscrire une assurance incombe à l'employeur. Toutefois il est fortement recommandé au praticien salarié d'en souscrire une en son nom propre dans les cas où :

- le chirurgien-dentiste est salarié d'une mutuelle, d'un établissement de santé privé ou public,
- le collaborateur est salarié,
- il est étudiant adjoint,
- le praticien est remplaçant d'un confrère avec un contrat de remplacement salarié (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007).

Une société d'exercice est solidaire des actes accomplis par les praticiens. Ainsi lorsqu'un dommage est causé par un praticien exerçant au sein d'une société d'exercice, le patient recherche autant la responsabilité du professionnel que celle de la société pour laquelle il

exerce, d'où l'obligation pour les sociétés d'exercice d'être assurées (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007).

Un praticien non assuré encourt une amende de 45000 euros (26, GIBERT, 2011).

2.1.4.3. A quoi sert l'assurance responsabilité civile professionnelle

L'assurance responsabilité civile sert à indemniser les victimes qui ont subi des préjudices à la suite de soins dispensés par un chirurgien-dentiste. Dans le cas où la responsabilité est établie et que le praticien est condamné au paiement de dommages et intérêts, ils seront pris en charge par cette assurance (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007).

2.1.4.4. Les conditions et fondements de la responsabilité civile

Trois conditions sont nécessaires pour engager la responsabilité du praticien :

- l'existence d'un fait dommageable pour faute,
- l'existence d'un préjudice,
- l'existence d'un lien de causalité entre le préjudice et le fait dommageable.

Il convient de relever qu'il appartient au patient de réunir ces trois éléments et d'en apporter la preuve (6, BERY et DELPRAT, 2006).

2.1.4.4.1. Le fait dommageable et la faute

L'article L.1142-1 du Code de la Santé Publique, précise : « hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute » (12e, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

De façon générale, constitue une faute de la part du praticien toute conduite qui s'écarte du « standard de référence admis par la profession » (55, SABEK, 2003). Le comportement du

chirurgien-dentiste accusé de faute va être comparé à celui qu'aurait eu un « bon » praticien dans les mêmes conditions (22, EDITIONS LEGISLATIVES, 2011).

2.1.4.4.2. Le préjudice

Il peut être corporel (physique, physiologique ou esthétique), moral ou économique (la privation du patient de ses droits sociaux), c'est à la jurisprudence de l'évaluer (55, SABEK, 2003).

Le préjudice corporel est mesuré par un taux d'incapacité. L'incapacité est temporaire pendant la phase de soins puis lorsque l'état de la victime paraît consolidé, si l'incapacité persiste elle est dite permanente (6, BERY et DELPRAT, 2006).

Le préjudice invoqué n'est valable que s'il présente les trois caractères suivants :

- direct (la réparation ne peut porter que sur les suites immédiates et directes de la faute),
- certain (seul un dommage réel et non hypothétique peut donner lieu à une réparation),
- légitime. (6, BERY et DELPRAT, 2006).

2.1.4.4.3. Le lien de causalité

Le praticien ayant commis une faute ne doit pas supporter le poids de n'importe quels dommages. Il faut qu'il existe un lien de causalité entre le préjudice et la faute. Il n'est pas toujours facile de trouver le lien, c'est pourquoi deux théories ont été développées.

La théorie de l'équivalence des conditions est la plus utilisée. Elle consiste à se demander si le dommage serait survenu sans la faute.

La théorie de la causalité adéquate cherche parmi les différents facteurs du dommage, la cause principale du dommage (6, BERY et DELPRAT, 2006).

Lorsque plusieurs praticiens interviennent sur le même patient et commettent des fautes, l'indemnisation du préjudice sera partagée entre tous les intervenants.

Des preuves doivent être apportées pour établir le lien de causalité.

2.2. Les différents modes d'exercice

A la sortie de la faculté, les jeunes diplômés ne savent pas encore quel sera leur mode d'exercice. Or, ces choix vont conditionner leur vie professionnelle.

2.2.1. Les contrats de remplacement

Selon l'article R.4141-1 du Code de la Santé Publique, un chirurgien-dentiste spécialiste en orthopédie dento-faciale ne peut se faire remplacer que par un étudiant en préparation du Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie ou un interne ayant satisfait à l'examen de fin de première année de spécialisation (12t, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Il peut aussi se faire remplacer par un chirurgien-dentiste spécialiste en orthopédie dento-faciale. Un chirurgien-dentiste spécialiste peut remplacer un omnipraticien exerçant de l'orthodontie exclusive.

Il existe plusieurs modes de remplacement : le remplacement libéral ou salarié ; à temps plein ou à temps partiel (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

2.2.1.1. Le remplacement à temps plein

Ce mode de remplacement est le plus utilisé (52, ORDRE REGIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LORRAINE, 2011).

Un remplacement à temps plein ne peut être réalisé que si le chirurgien-dentiste titulaire est absent de son cabinet pendant toute la durée du remplacement.

Le Conseil Départemental de l'Ordre doit être averti au moins 15 jours avant le début du remplacement. Un contrat entre les deux parties est rédigé conformément au contrat type du Conseil de l'Ordre. A la fin de son exercice, le remplaçant doit donner toutes les informations utiles au titulaire sur les actes qu'il a effectués.

Un praticien titulaire d'un cabinet principal et d'un cabinet secondaire doit se faire remplacer dans les deux cabinets par le même remplaçant.

Le remplaçant peut être libéral (exercice en toute indépendance) ou salarié (exercice comportant un lien de subordination) (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Il n'existe pas de mode de rémunération déterminé. Les intéressés peuvent donc, d'un commun accord, opter pour une rémunération forfaitaire (journalière, mensuelle ou pour la durée du remplacement) ou pour un pourcentage, en précisant dans ce cas que celui-ci sera calculé selon les honoraires encaissés sur les soins et travaux effectués par le remplaçant.

En orthodontie, il est plus difficile de se baser sur un pourcentage des actes effectués, l'encaissement des soins ne s'effectuant pas à chaque rendez-vous. Il est donc en général fréquent d'opter pour une rémunération horaire (salarié).

2.2.1.2. Le remplacement à temps partiel

Ce type de remplacement peut être autorisé par le Conseil de l'Ordre pour une durée limitée dans le temps, lorsqu'un praticien doit réduire son activité. Il ne peut commencer qu'après accord du Conseil (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011). Il n'est cependant que rarement autorisé.

Le chirurgien-dentiste titulaire qui sollicite un remplacement partiel doit remplir les mêmes conditions régissant la collaboration définies par l'article R.4127-275 du Code de la Santé Publique (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Les conditions de rémunération sont identiques au contrat à temps plein.

2.2.2. Les contrats de collaboration

La collaboration est aussi appelée assistanat, elle ne peut pas être effectuée dans n'importe quel cas. Le Code de la Santé Publique définit ses conditions aux articles R.4127- 276 à 279 (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Un praticien ne peut s'adjoindre qu'un seul collaborateur, salarié ou non, diplômé ou non quelque soit le contrat choisi.

Il en est de même pour les sociétés d'exercice inscrites au Tableau de l'Ordre.

Il existe des dérogations pour les sociétés ou praticiens qui souhaitent avoir plusieurs collaborateurs. Elles sont délivrées par le Conseil Départemental de l'Ordre pour une durée déterminée.

Selon l'article R.4127-276-1 du Code de la Santé Publique (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011) ces autorisations peuvent être données :

- lorsque les besoins en santé publique l'exigent, pour une durée de trois ans,
- en cas d'afflux massif de la population, pour une durée de trois mois,
- lorsque l'état de santé du titulaire ou d'un associé exerçant le justifie, pour une durée de trois mois.

Selon l'article R.4127-276 du Code de la Santé Publique, un praticien lié par un contrat de location d'un local aménagé pour l'exercice de l'art dentaire ne peut pas prendre de collaborateur (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Un chirurgien-dentiste spécialiste en orthopédie dento-faciale ne peut se faire assister que par un confrère lui-même qualifié ou en cours de préparation du Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie (c'est-à-dire admis dans le cursus normal des études, après réussite de l'examen probatoire), ou par un interne ayant satisfait à l'examen de fin de première année de spécialisation.

Les contrats de collaboration sont souvent choisis par les praticiens sortant de la faculté.

Il existe deux collaborations différentes : salariée ou libérale (7, BINHAS et coll., 2007).

2.2.2.1. La collaboration libérale

Ce type de collaboration permet d'intégrer un cabinet, d'acquérir des compétences tout en reversant une partie du chiffre d'affaire au praticien titulaire du cabinet. Le contrat de collaboration libérale ne présente pas de lien de subordination entre le praticien et son collaborateur.

Le collaborateur se constitue sa propre clientèle. Il a les mêmes statuts sociaux et fiscaux que le professionnel libéral. Il paie ses impôts, charges et cotisations.

Il exerce sa profession en son nom et sous sa propre responsabilité et il organise son travail comme il l'entend.

En contrepartie de la mise à disposition du matériel le collaborateur rétrocède au titulaire du cabinet un pourcentage sur les honoraires encaissés (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

La rétrocession ne peut pas être une somme fixe, elle serait assimilée à un loyer. Elle peut être soumise à la Taxe sur la Valeur Ajoutée.

Il n'existe pas de clause de non concurrence étant donné que le collaborateur se constitue sa propre clientèle (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

2.2.2.2. La collaboration salariée

Le statut de chirurgien-dentiste salarié est obligatoirement celui de cadre. Le contrat qui lie le collaborateur à son employeur est uniquement dépendant de Code du Travail. Le chirurgien-dentiste titulaire doit déclarer son employé à l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales. La collaboration ne pourra commencer qu'après accord du Conseil de l'Ordre (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Le contrat à durée indéterminée et le contrat à durée déterminée constituent les deux modèles de contrat de collaboration salariée. Le contrat de travail à durée indéterminée est un contrat sans limitation de durée conclu entre un employeur et un salarié (19, DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE, 2010).

Le contrat à durée déterminée est un contrat dont la durée est définie et qui ne peut excéder 18 mois (renouvellement compris). Il ne peut être conclu que pour une tâche précise et temporaire.

Ces contrats peuvent être à temps partiel ou temps plein.

Le contrat à temps plein a une durée légale de travail hebdomadaire de 35 heures, fixée par l'article L.3121-10 du Code du Travail (14c, CODE DU TRAVAIL, 2012). « [...] La répartition de la durée hebdomadaire du temps de travail du salarié peut être prévue soit en précisant le nombre total d'heures à accomplir, soit en précisant les jours et heures de présence du salarié au cabinet dentaire. Le titulaire du cabinet peut modifier la répartition du temps de travail en fonction de l'organisation et des nécessités du cabinet » (51, ORDRE

NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011). Selon l'article L.3122-2 du Code du Travail, un délai de prévenance de 7 jours doit être respecté (14d, CODE DU TRAVAIL, 2012).

Le contrat de travail à temps partiel a une durée hebdomadaire inférieure à la normale. Toute modification du nombre d'heures ou de leur répartition doit être notifiée au collaborateur au moins 7 jours à l'avance (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Les parties peuvent fixer une période d'essai s'ils le désirent. Cette période est fixée librement par les parties contractantes, mais elle ne peut pas excéder une durée maximale qui varie en fonction de la nature du contrat et du statut du salarié.

Pour le contrat à durée indéterminée, la période d'essai peut aller jusqu'à 4 mois pour les collaborateurs diplômés et jusqu'à 3 mois pour les étudiants.

Pour le contrat à durée déterminée, la période d'essai peut aller jusqu'à 2 semaines pour les contrats de moins de 6 mois, et jusqu'à 1 mois dans les autres cas.

Pendant cette période, chacun des praticiens peut mettre fin au contrat après respect d'un préavis dans les conditions fixées aux articles L.1221-25 et L.1221-26 du Code du Travail (14b, CODE DU TRAVAIL, 2012).

Le salarié est rémunéré par une partie fixe ou variable calculée au prorata du temps de travail qui ne doit pas être inférieure au Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC), à laquelle s'ajoute une partie variable calculée sur un pourcentage des actes effectués. Les spécialistes en orthopédie dento-faciale perçoivent un salaire horaire.

La clause de non concurrence est conseillée par le Conseil de l'Ordre. Cette clause interdit, pour un certain temps, au collaborateur de s'installer dans les environs du cabinet dentaire où il a exercé pendant une durée d'au moins 3 mois. Cette mention doit être remplie lors du contrat.

En contrepartie de cette interdiction le titulaire verse une indemnité au salarié. Il n'existe pas de règle pour calculer le montant de l'indemnisation, cependant elle ne doit pas être dérisoire. Elle peut être versée tous les mois ou s'effectuer sous la forme d'un versement unique au moment de la rupture du contrat.

Cette clause peut aussi être demandée pour des remplacements de plus de 3 mois.

Si cette clause n'est pas respectée, le titulaire peut demander réparation (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

2.2.3. L'exercice libéral seul

L'exercice en cabinet libéral seul est encore le choix de nombreux praticiens, même si les associations voient leur nombre augmenter surtout en orthodontie. C'est une forme d'exercice indépendante, il n'existe pas de lien de subordination. Les bénéfices réalisés par le praticien servent de base de calcul pour les impôts sur le revenu (Bénéfices Non Commerciaux). Ils sont exonérés de la Taxe sur la Valeur Ajoutée.

L'exercice peut se faire avec ou sans assistante. De nombreuses études ont montré « que le salaire d'une assistante est largement assuré par le surcroît de productivité qu'elle apporte » (7, BINHAS et coll., 2007). Le praticien délègue à son assistante ou secrétaire tout ce qui n'est pas thérapeutique.

2.2.4. Les contrats d'exercice en groupe

L'exercice en association est en croissance depuis de nombreuses années. En effet, il présente des avantages tant sur le plan financier que thérapeutique.

Le management du cabinet est sous la responsabilité des différents associés, ce qui peut faciliter la communication avec le personnel.

Les investissements sont partagés, par exemple les locaux, le matériel de radiologie mais aussi de stérilisation. Une secrétaire est plus facilement engagée dans un cabinet de groupe que chez un praticien exerçant seul (7, BINHAS et coll., 2007).

Les statuts des sociétés ne peuvent pas tout prévoir, c'est pourquoi le Conseil de l'Ordre recommande aux associés d'établir un règlement intérieur. Il est signé par tous les associés. Il permet de clarifier l'organisation de la société et d'éviter certains conflits. Il a pour but de définir les aspects pratiques et humains de l'exercice en société, par exemple le fonctionnement des congés. Une copie doit être transmise au Conseil Départemental de

l'Ordre où exerce la société (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Il existe différents types de contrats d'exercice en groupe.

2.2.4.1. La société civile de moyens

La société civile de moyens ne peut exister que si deux personnes au moins décident de s'associer. Elle peut regrouper à la fois des chirurgiens-dentistes et des chirurgiens-dentistes spécialistes en orthopédie dento-faciale. Elle peut associer aussi des professions médicales différentes. Elle peut être aussi composée de personnes physiques (chirurgiens-dentistes) et de personnes morales, c'est-à-dire des sociétés dotées de personnalité morale (sociétés civiles professionnelles, ou sociétés d'exercice libéral). Elle est réservée aux professions libérales.

Elle doit être inscrite au registre du commerce et des sociétés, ce qui lui confère sa personnalité morale (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Le statut juridique de la société civile de moyens permet à ses membres de mettre en commun des moyens matériels (personnel, locaux) nécessaires à l'exercice de leur profession et de partager leurs dépenses. Chaque praticien conserve son statut de libéral, garde sa clientèle et il n'y a pas de mise en commun des honoraires.

Les associés doivent effectuer un apport lors de la constitution de la société. Ces apports ne sont pas nécessairement de part égale et peuvent s'effectuer en numéraire ou en nature (matériel, locaux). Ils permettent de définir les parts sociales de chacun des associés.

La société peut être dirigée par un ou plusieurs gérants, associés ou non. Lorsqu'aucun gérant n'est nommé dans les statuts, tous les associés sont réputés gérants. Les associés versent sur le compte de la société les fonds nécessaires pour couvrir les dépenses de celle-ci (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

La société peut accueillir un nouvel associé avec l'accord de ses membres. Le nouveau praticien peut racheter des parts de la société ou effectuer un apport lui attribuant des parts. Il peut aussi effectuer un stage probatoire.

Les statuts de la société doivent contenir les conditions de retrait d'un associé pour faciliter les démarches lors du départ.

Le Conseil National de l'Ordre a mis en place une clause compromissoire qui permet aux associés de soumettre les litiges à un arbitrage. Les associés choisissent un arbitre (une liste de praticiens agréés à l'arbitrage est disponible après une demande auprès du Conseil National de l'Ordre).

Si la clause n'est pas acceptée et que des litiges apparaissent entre les associés, ils devront appliquer l'article R.4127-278 du Code de la Santé Publique (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Il est intéressant de créer une société civile de moyens dès lors que le nombre de personnes ou les biens à mettre en commun sont importants, ou si l'un des associés est propriétaire ou locataire des locaux.

Une société civile de moyens a une personnalité morale, ce qui veut dire qu'elle peut embaucher du personnel et réaliser des baux (7, BINHAS et coll., 2007).

Elle possède des avantages :

- la mise en commun des dépenses,
- la possibilité de regrouper des professions de santé différentes,
- le maintien de l'indépendance des associés.

Cependant il ne faut pas oublier les inconvénients :

- le risque de mésentente entre les associés (valable pour toutes les sociétés),
- le devoir des assemblées régulières (35a, MACSF, 2011).

2.2.4.2. La société civile professionnelle

La société civile professionnelle ne peut être créée que si deux personnes au moins décident de s'associer. Elle peut regrouper à la fois des omnipraticiens et des chirurgiens-dentistes spécialistes. Cependant elle ne peut pas associer des professions médicales différentes.

Son inscription au Conseil de l'Ordre et au registre du commerce et des sociétés lui confère sa personnalité morale.

La société civile professionnelle permet la mise en commun du matériel, des dépenses mais aussi des honoraires encaissés par ses membres. C'est la société qui exerce la profession par l'intermédiaire de ses membres. Elle doit donc posséder le matériel nécessaire à l'exercice de la profession conformément à l'article R.4127-269 du Code de la Santé Publique (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Elle possède aussi la clientèle (35b, MACSF, 2011).

Les bénéfices de la société sont reversés aux sociétaires selon les modalités choisies et fixées par les statuts. Les associés sont responsables de leurs propres actes mais la société est aussi solidairement responsable des conséquences préjudiciables des actes de chaque praticien (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Les associés effectuent des apports comme dans une société civile de moyens. Les associés ne peuvent pas avoir des parts dans plusieurs sociétés civiles professionnelles contrairement aux sociétés d'exercice libéral.

La société est dirigée par un ou plusieurs gérants choisis parmi les associés. Ils sont nommés dans les statuts ou dans un acte séparé. Si les associés ne désignent pas de gérant, ils sont tous réputés gérants.

Un associé qui décide de quitter la société doit en informer ses associés et respecter les délais fixés par les statuts. Il peut céder ses parts à un tiers, à un associé ou elles peuvent être rachetées par la société (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Comme pour la société civile de moyens, l'Ordre a mis en place une clause compromissoire insérée dans les statuts de la société.

Les avantages correspondent à :

- la mise en commun des dépenses,
- la mise en commun des honoraires.

Cependant elle présente des inconvénients :

- la perte de l'indépendance des praticiens,
- la perte de la capacité de se faire assister par un collaborateur,
- la perte de la propriété de sa clientèle,
- la perte de l'encaissement direct de ses honoraires.

2.2.4.3. La société d'exercice libéral

Il existe plusieurs types de sociétés d'exercice libéral :

- les sociétés à responsabilité limitée (SELARL)
- les sociétés à forme anonyme (SELAFA)
- les sociétés en commandite par actions (SELCA)
- les sociétés par actions simplifiées (SELAS)

Comme la société civile professionnelle, elle ne peut être constituée que par des personnes physiques de la même profession c'est-à-dire des chirurgiens-dentistes et des chirurgiens-dentistes spécialistes. Elle peut associer des personnes qui exercent ou non au sein de la société (35c, MACSF, 2011).

Une même personne physique ou morale ne peut détenir de participations que dans deux sociétés d'exercice libéral au maximum.

Elle est inscrite au Conseil de l'Ordre et au registre du commerce et des sociétés lui donnant sa personnalité morale.

La société d'exercice libéral permet comme la société civile professionnelle la mise en commun des dépenses et des honoraires.

Les praticiens reçoivent une somme d'argent versée par la société en contrepartie de leur exercice.

Comme dans la société civile professionnelle, c'est la société qui exerce la profession de chirurgien-dentiste par l'intermédiaire de ses membres. Elle possède donc le matériel nécessaire à l'exercice de la profession conformément à l'article R.4127-269 du Code de la Santé Publique (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Les associés exerçants doivent avoir une résidence professionnelle commune, ce qui les empêche d'être titulaires à titre personnel d'un autre cabinet dentaire, mais ils peuvent avoir un exercice annexe dans le respect de l'article R.4127-272 du Code de la Santé Publique (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Les associés exerçant leur profession au sein d'une société d'exercice libéral doivent être tous dans la même situation à l'égard de la convention nationale (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Les associés effectuent des apports qui vont constituer un capital social. En fonction de l'importance de leur apport, ils obtiendront des parts dans la société.

Des dividendes peuvent être versés aux porteurs de parts, exerçant ou non au sein de la société, proportionnellement à leur participation au capital social et prélevés sous certaines conditions sur les bénéfices (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Les dirigeants de la société peuvent être choisis parmi les associés exerçant dans la société mais aussi en dehors de la société (35c, MACSF, 2011).

Un associé peut à condition d'en informer la société par lettre recommandée avec accusé de réception, cesser l'activité professionnelle qu'il exerce au sein de cette société. Il doit respecter le délai fixé par les statuts.

Comme pour la société civile de moyens et la société civile professionnelle, les sociétés d'exercice libéral peuvent avoir une clause compromissoire dans leurs statuts.

Les avantages des sociétés d'exercice libéral sont surtout fiscaux. De plus, elles permettent la mise en commun des honoraires et des dépenses et la possibilité d'associer des personnes exerçant ou non dans la société. Cependant, elles possèdent les mêmes inconvénients que les sociétés civiles professionnelles.

La création d'une société d'exercice libéral « [...] nécessite d'avoir recours à des conseils spécialisés afin de tenir compte dans son choix des données fiscales et financières actuelles et pour évaluer les coûts sociaux » (35c, MACSF, 2011).

2.2.4.4. La société en participation

La société en participation n'est pas beaucoup utilisée chez les chirurgiens-dentistes.

Il faut au moins deux associés, personnes physiques ou morales, pour constituer une société en participation. Il n'existe pas de maximum. Elle ne peut regrouper que des personnes exerçant la même profession qu'elles soient chirurgiens-dentistes spécialistes ou non, comme pour la société civile professionnelle.

La société en participation est dépourvue de personnalité morale. Elle ne peut donc pas souscrire un bail, employer du personnel ou agir en justice.

Chaque associé fait donc ces démarches en son nom et sous sa responsabilité (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Les associés choisissent le fonctionnement et les conditions de la société ; ils peuvent uniquement partager les dépenses ou décider de mettre en commun leurs honoraires. Elle n'a pas de durée de vie dans le temps.

Les associés peuvent faire des apports en industrie, en numéraire ou en nature. Ils obtiennent alors des parts dans la société.

La direction de la société peut être confiée à un ou plusieurs gérants, si aucun gérant n'est nommé, tous les associés sont réputés gérants comme dans la société civile de moyens.

Les modalités de retrait ou d'admission d'un associé sont fixées par les statuts (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

Une clause compromissoire peut être insérée dans les statuts de la société en participation.

2.2.4.5. Tableau récapitulatif des sociétés de personnes

	Société civile de moyens	Société civile professionnelle	Société d'exercice libéral	Société en participation
Les associés	- au moins 2 - praticiens peuvent être de professions médicales différentes - personne physique ou morale	- au moins 2 - praticiens de la même profession - personne physique	- au moins 2 - praticiens de la même profession - personne physique - travaille ou non dans la société	- au moins 2 - praticiens de la même profession - personne physique ou morale
La personnalité morale	OUI	OUI	OUI	NON
Mise en commun	- mise en commun des dépenses - mise en commun des moyens matériels	- la société possède le matériel - mise en commun des dépenses - mise en commun des honoraires	- la société possède le matériel - mise en commun des dépenses - mise en commun des honoraires	- selon le souhait des associés
Apports et parts sociales	- numéraire - nature	- numéraire - nature - industrie	- numéraire - nature - industrie (possible uniquement pour les SELARL)	- numéraire - nature - industrie
Les gérants	associés	associés	associés	associés ou non
Clause compromissoire	OUI	OUI	OUI	OUI

2.2.5. Le contrat de gérance

Selon l'article R.4127-273 du Code de la Santé Publique, les praticiens n'ont pas le droit de recourir à la gérance de leur cabinet sauf cas exceptionnels et après autorisation du Conseil National de l'Ordre (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Ces cas exceptionnels sont notamment la maladie, un départ à l'étranger et le congé sabbatique. La gérance est l'équivalent d'un remplacement de longue durée d'un praticien cessant provisoirement son activité professionnelle. Seul un praticien inscrit au Tableau peut conclure un contrat de gérance.

Le contrat peut durer un an. Il peut être renouvelé par autorisation du Conseil National de l'Ordre pour des cas exceptionnels.

Le gérant (remplaçant) peut percevoir soit un pourcentage sur ses recettes ou une rémunération forfaitaire. Il peut aussi percevoir ses honoraires et remettre au géré une somme forfaitaire.

Si le contrat est conclu suite à un congé sabbatique, la durée est de un an non renouvelable. Aucun contrat de cette nature ne pourra être à nouveau autorisé dans les six mois suivant la fin de contrat de gérance et seule une redevance forfaitaire remise par le gérant au géré est admise (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

2.2.6. La convention d'exercice

L'article R.4127-281 du Code de la Santé Publique précise : « En cas de décès, à la demande des héritiers, le Conseil National de l'Ordre peut autoriser un praticien à assurer le fonctionnement du cabinet dentaire pour une durée qu'il détermine compte tenu des circonstances particulières » (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Elle a pour but de sauvegarder la clientèle du cabinet dentaire en attendant que les ayants droit soient en mesure de le céder. Seul un praticien inscrit au Tableau peut conclure une telle convention.

Le contrat est effectué pour une durée de six mois renouvelable après autorisation du Conseil de l'Ordre.

Le praticien remet une somme fixe mensuelle aux ayants droit, il n'y a pas de barème d'indemnisation.

Quelle que soit la durée de la convention et même si elle est inférieure à trois mois, une clause d'interdiction d'exercer est fixée dans le but de protéger les intérêts patrimoniaux des ayants droit (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

2.2.7. Le contrat de location

Ce contrat a pour but la location par un chirurgien-dentiste propriétaire d'un local aménagé à un confrère. Le locataire peut exercer la profession de chirurgien-dentiste en toute indépendance. En contre partie de la mise à disposition du local, le locataire verse au propriétaire un loyer indépendant de son chiffre d'affaire.

Il faut cependant faire attention, un praticien qui loue une partie du local professionnel dans lequel il exerce, ne peut plus avoir de collaborateur.

Selon l'article R.4127-278 du Code de la Santé Publique, un locataire peut interdire l'installation d'un nouveau praticien dans le local ou l'immeuble pendant les deux ans suivant son départ (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Il est interdit d'appliquer une clause de non concurrence, puisqu'il n'y a pas de présentation de clientèle (51, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

2.3. Les obligations du lieu d'exercice

2.3.1. L'organisation d'un cabinet dentaire

L'organisation d'un cabinet se fait autour du patient et des personnes qui y travaillent : un cabinet ergonomique permet des déplacements sans obstacle (3, ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE, 2006).

Un cabinet étant un lieu de travail, il doit respecter le Code du Travail.

Il doit comprendre au minimum :

- un accueil ou secrétariat,
- une salle d'attente,

- une salle de soins,
- une salle de stérilisation,
- un local technique,
- une zone de stockage des déchets d'activité de soins à risques infectieux ou assimilés (DASRI),
- des toilettes pour les patients.

Lorsque le praticien embauche des assistantes ou secrétaires, le cabinet doit comporter en plus des toilettes privées, une salle de repos ou de restauration. L'organisation du cabinet doit permettre le développement des nouvelles technologies, la communication, l'hygiène et l'asepsie (3, ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE, 2006).

Il existe peu d'obligations en matière d'organisation d'un cabinet mais plutôt des recommandations, sauf pour le traitement des déchets, la radioprotection, et l'embauche d'employés.

Lors d'une installation quelques obligations existent :

- des obligations déontologiques : toute installation dans un local commercial est interdite,
- des obligations et autorisations administratives : l'aménagement d'un cabinet dentaire dans un immeuble à usage de bureaux et professions libérales, doit respecter la réglementation sur les établissements recevant du public. L'aménagement dans un local initialement utilisé en habitation ne peut être réalisé que si le règlement de copropriété rend possible l'installation d'une profession libérale, et une déclaration de changement d'usage des locaux est nécessaire,
- l'établissement d'un permis de construire (3, ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE, 2006).

En tant qu'établissement recevant du public de niveau 5 (établissement dont l'effectif du public ne dépasse pas un seuil fixé réglementairement pour chaque type d'exploitation), les cabinets dentaires doivent être accessibles aux personnes handicapées.

2.3.2. L'accessibilité aux personnes handicapées.

L'aménagement des locaux doit permettre à des personnes handicapées de circuler, d'accéder et d'utiliser les locaux et équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations de l'établissement concerné.

Ces obligations concernent aussi bien les aménagements extérieurs (organisation de la circulation, de places de stationnement automobile) que les aménagements intérieurs (ascenseurs, locaux et équipements). Des dérogations peuvent être accordées par le Préfet, soit pour des motifs liés à la conservation du patrimoine architectural, soit en cas d'impossibilité technique résultant de l'environnement du bâtiment. Depuis le 1er janvier 2011 les nouveaux établissements recevant du public doivent remplir ces obligations. Tous les établissements recevant du public devront être conformes au plus tard le 1er janvier 2015 (3, ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE, 2006).

2.3.3. La radioprotection

En vertu de l'article R.162-53 du Code de la Sécurité Sociale, « seuls peuvent être remboursés ou pris en charge les examens radiologiques exécutés au moyen d'appareils et d'installations déclarés dans les conditions prévues au premier alinéa de cet article » (13c, CODE DE LA SECURITE SOCIALE, 2011).

Le praticien doit déclarer son appareil de radiologie auprès de l'Autorité de Sureté Nucléaire en application des dispositions prévues aux articles R.1333-17 à R.1333-22 du Code de la Santé Publique (12p, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Le formulaire de déclaration est à renvoyer à la division régionale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection de sa zone géographique. L'autorisation est donnée pour une période de cinq ans (3, ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE, 2006).

A chaque modification concernant les appareils ou les locaux une nouvelle déclaration devra être établie.

Le chirurgien-dentiste doit posséder une formation en radioprotection renouvelée tous les dix ans.

Il choisit une personne compétente en radioprotection qui a une formation supplémentaire réalisée par des écoles agréées et revalidée tous les cinq ans.

Elle veille au respect des mesures de protection et recense les modes de travail susceptibles de conduire à des expositions exceptionnelles du personnel. Par ailleurs, la personne compétente en radioprotection élabore un plan d'intervention en cas d'accident. Enfin, elle participe à la formation et à la sécurité des travailleurs exposés.

Le justificatif de formation du chirurgien-dentiste doit être tenu à la disposition des agents de contrôle (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007).

Les employés doivent être protégés des rayonnements ionisants conformément au Code du Travail et au Code de la Santé Publique.

Il est interdit au personnel salarié de rester dans la salle de soins pendant les actes de radiologie. Il doit également être formé tous les trois ans à la radioprotection par la personne désignée compétente en radioprotection.

Le port d'un dosimètre passif est par ailleurs conseillé afin de prouver à posteriori l'innocuité et l'absence d'exposition (la vérification est trimestrielle auprès de l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire ou d'un laboratoire agréé du même type, également fournisseur de dosimètres).

De plus, une dosimétrie d'ambiance (mensuelle ou trimestrielle) est conseillée sur un mur à l'intérieur de la zone de tir (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007).

Les appareils doivent :

- soit bénéficier du marquage CE,
- soit être conformes à la norme NFC 74-100,
- soit être implantés dans des installations aménagées conformément aux normes NFC 15-160 et NFC 15-161.

Le contrôle externe de l'appareil émetteur doit être effectué tous les ans et réalisé par un organisme agréé externe au cabinet. L'Autorité de Sûreté Nucléaire a pour mission de contrôler l'ensemble des activités et installations nucléaires en France (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007).

Les conditions d'aménagements des cabinets en matière de radioprotection sont reprises par le guide de l'installation publié par l'Association Dentaire Française en 2006 (3, ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE, 2007).

2.3.4. La gestion des déchets

Selon l'article R.1335-2 du Code de la Santé Publique, toute personne qui produit des déchets est tenue de les éliminer (12q, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). L'article R.4127-269 du Code de la Santé Publique impose à tout chirurgien-dentiste d'assurer la gestion des déchets issus de son activité de soins dans le respect de la réglementation en vigueur (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Un contrat de collecte doit être signé avec un collecteur-transporteur agréé pour les déchets à risques et un autre pour le recyclage des déchets d'amalgame (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007).

Le contrat doit prévoir la mise à disposition des conteneurs spécifiques à chaque type de déchets, identifiés et conformes aux normes en vigueur. En fonction du poids des déchets produits le praticien est soumis à une périodicité de collecte. Il existe une obligation pour le praticien de trier ses déchets dès leur production et de les placer immédiatement dans le conteneur spécifique agréé.

Il existe plusieurs types de déchets d'activités de soins (DAS) :

- les déchets assimilables aux ordures ménagères (journaux, déchet de cuisine...),
- les pièces anatomiques (reste d'humain facilement identifiable),
- les déchets d'activité de soins à risque: infectieux, radioactifs et chimiques/toxiques (54a, RUDOLOGIA, 2010).

Les déchets à risque infectieux correspondent aux déchets contenant des micro-organismes pouvant être à l'origine de pathologie.

Les produits suivants sont aussi assimilés aux déchets d'activité de soins à risque infectieux:

- matériels et matériaux piquants, coupants ou tranchants, même en l'absence de contact avec un produit biologique (arcs orthodontiques),

- produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption,
- déchets anatomiques humains correspondant à des fragments humains non aisément identifiables (54b, RUDOLOGIA, 2010).

Il existe une obligation de traçabilité de la gestion des déchets : un bordereau de prise en charge des déchets doit être remis au praticien par le collecteur-transporteur à chaque enlèvement. Le transporteur doit fournir dans un délai de un mois un bordereau « élimination » signé par le destinataire qui assure le traitement ou l'incinération des déchets. Ces différents documents (contrat, bordereaux) doivent être classés dans un dossier spécifique. Le praticien est responsable de ses déchets depuis leur production jusqu'à leur traitement final (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007).

2.3.5. Les dispositifs médicaux

Selon l'article L.5211-1 du Code de la Santé Publique, les dispositifs médicaux correspondent aux dispositifs destinés à être utilisés à des fins de diagnostic, de traitement ou de prévention (12m, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Leur utilisation ne doit pas compromettre la sécurité et la santé des patients. La directive 93/42/CEE a établi un classement des dispositifs médicaux en fonction de leurs caractères invasifs et de leurs durées d'action (17, CONSEIL DES COMMUNAUTES EUROPEENNES, 1993).

Les dispositifs orthodontiques appartiennent à la classe I (dispositifs non invasifs à faible degré de risque) et à la classe IIa (dispositifs invasifs utilisés dans la cavité buccale et destinés à un usage à long terme : degré moyen de risque).

A partir de la classe II, le fabricant est contraint de suivre un processus rigoureux de fabrication et de contrôle qualité avant et pendant la commercialisation de son produit (8, BONNIN, 2008). Dans le cadre de la protection des patients, la libre circulation des matériels et matériaux utilisés en matière de santé (les dispositifs médicaux) est soumise au marquage CE (à l'exception des dispositifs sur mesure).

Tout exploitant d'un dispositif médical doit veiller, en vertu des articles R.5212-25 à R.5212-35 du Code de la Santé Publique, à la mise en œuvre de la maintenance et des contrôles de

qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite (12y, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

2.3.5.1. Les dispositifs médicaux sur mesure

L'article R.5211-6 du Code de la Santé Publique précise qu'il existe des dispositifs médicaux sur mesure fabriqués spécifiquement pour un patient donné (12v, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Certains appareils orthodontiques font partie des dispositifs médicaux sur mesure.

Il existe des obligations réglementaires à respecter en matière de traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure.

Une fiche de traçabilité doit être remplie pour chaque appareil, elle servira de fiche de liaison entre le cabinet et le laboratoire (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007).

Selon l'article R.5211-39 du Code de la Santé Publique, une déclaration de conformité aux exigences essentielles doit être rédigée pour chaque dispositif (12w, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Ces documents doivent être classés dans le dossier du patient et une copie est archivée dans un dossier «appareillages orthodontiques » (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2011).

L'utilisation de fiche de traçabilité de tous les produits utilisés est fortement recommandée en indiquant les métaux utilisés, leurs origine et numéro de lot (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007). Ces documents doivent être conservés pendant une durée de 10 ans voire pendant 40 ans pour les dispositifs médicaux incorporant des produits dérivés du sang.

2.3.5.2. La matériovigilance

L'article R.5212-1 du Code de la Santé Publique définit la matériovigilance comme une surveillance des incidents ou risques d'incidents des dispositifs médicaux (12x, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Elle est réalisée au niveau national par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Elle vise les matériels et matériaux utilisés dans les cabinets dentaires et les dispositifs médicaux sur mesure (prothèses dentaires, appareillages d'orthodontie).

2.3.6. Les obligations d'hygiène et aseptie

La Direction Générale de la Santé a émis des recommandations de bonnes pratiques (20, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2006) pour l'hygiène et l'asepsie.

Elles concernent :

- l'hygiène des mains : lavage et désinfection des mains et port de gants,
- le port de vêtements de protection : blouses, lunettes et masques,
- la gestion du matériel souillé : pour les objets piquants, coupants, tranchants à usage unique et matériel réutilisable,
- l'entretien des surfaces souillées,
- le transport de prélèvements biologiques, linges et matériels souillés,
- la conduite à tenir en cas de contact avec du sang ou un produit biologique.

2.3.6.1. La protection du personnel

Les articles L.3111-4 *et* L.3112-1 du Code de la Santé Publique obligent toute personne travaillant dans un établissement de santé à être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la tuberculose et la grippe (12h, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011, 12i, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011, 20, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2006).

Le praticien doit prévenir les Accidents d'Exposition au Sang (AES). Ils correspondent aux expositions percutanées (par piqûre ou coupure) ou aux contacts sur une peau lésée ou des muqueuses (bouche, yeux) avec du sang ou un liquide biologique souillé par du sang.

Une fiche contenant la procédure à appliquer en cas d'Accident d'Exposition au Sang doit être affichée dans les cabinets dentaires (20, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2011).

2.3.6.2. Les dispositifs médicaux

Tout cabinet dentaire doit posséder un système de stérilisation performant et régulièrement entretenu.

La stérilisation doit être précédée (49, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2007) :

- d'une pré-désinfection,
- d'un nettoyage,
- d'un rinçage,
- d'un séchage parfait.

Il y a une obligation de résultat en matière de stérilisation. Il est conseillé d'utiliser un stérilisateur à vapeur d'eau pouvant réaliser le vide, le séchage, ainsi que la traçabilité des cycles de stérilisation (134 degrés pendant 18 minutes).

Une traçabilité de la stérilisation permettant de faire le lien entre le matériel utilisé pour le patient et la procédure de stérilisation utilisée est obligatoire (20, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2006).

La traçabilité de la stérilisation utilise un registre spécial qui doit comporter :

- la liste des instruments à stériliser,
- la date et l'heure de chaque cycle,
- le nom du responsable.

3^{ème} partie :

La relation entre l'orthodontiste, les autres
professionnels de santé et le patient

3. LA RELATION ENTRE L'ORTHODONTISTE, LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LE PATIENT

La loi du 4 mars 2002 stipule que toute personne a le droit d'être soignée sans discrimination, d'être informée sur son état de santé, et d'accéder à son dossier médical (33, LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET A LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE, 2002). Ces droits sont donc des devoirs pour les professionnels de santé.

3.1. Les devoirs envers la profession et les professionnels

Le Code de Déontologie est l'ensemble des règles et des devoirs que doit appliquer un chirurgien-dentiste envers ses patients, ses confrères et les collectivités. Il n'existe plus en tant que tel mais les règles déontologiques sont reprises par le Code de la Santé Publique aux articles R.4127-201 à R.4127-285 (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Il s'applique à tout chirurgien-dentiste exerçant en France et aux étudiants en odontologie. L'Ordre des chirurgiens-dentistes est chargé de le faire respecter.

3.1.1. L'exercice de la profession

Tout praticien, doit exercer personnellement sa profession et doit disposer d'un local professionnel « habituel » aménagé avec le matériel technique nécessaire à la réalisation des soins. Le lieu « habituel » d'exercice du praticien correspond à la résidence professionnelle qu'il a déclarée lors de son inscription au Conseil de l'Ordre.

Un chirurgien-dentiste ne peut exercer que sur le site de sa résidence professionnelle sauf dérogation de la part du Conseil de l'Ordre. Cette dérogation existe pour les zones géographiques de faible démographie ou lorsque les actes nécessitent un plateau technique particulier. Le praticien doit cependant assurer les urgences ainsi que la qualité, la sécurité et la continuité des soins sur ses différents sites. Cette dérogation est valable trois ans.

Le praticien libéral ne peut avoir que deux exercices quelle qu'en soit leur forme.

L'exercice en dehors d'une installation professionnelle est autorisé par le Conseil de l'Ordre en cas d'urgence, d'actions de prévention ou de soins à domicile.

Le chirurgien-dentiste qui cesse son activité doit en informer le Conseil de l'Ordre. Il est alors radié du Tableau de l'Ordre.

En cas de décès, le Conseil peut, à la demande de la famille, placer un praticien pour assurer le fonctionnement du cabinet pour une durée déterminée (36a, MARKUS, 2008).

3.1.2. Honorer la profession

Un chirurgien-dentiste ne doit pas, même en dehors de l'exercice de sa profession, tenir de propos ou réaliser des actes qui pourraient discréditer la profession. Nous pouvons prendre les exemples de praticiens ayant des dettes auprès d'un laboratoire de prothèse ou n'ayant pas payé les charges sociales de leurs employés (36a, MARKUS, 2008).

3.1.3. La confraternité

Les chirurgiens-dentistes doivent entretenir de bonnes relations et avoir une conduite irréprochable envers leurs confrères.

En cas de discord, ils doivent essayer de se concilier devant le président du Conseil Départemental de l'Ordre (6, BERY et DELPRAT, 2006).

3.1.4. Le rejet de la concurrence

L'art dentaire ne doit pas être pratiqué comme un commerce. Il est interdit de réaliser des « ristournes » ou des actes gratuits pour détourner de la clientèle.

Le cabinet ne peut être installé dans un local dont la façade est commerciale.

Le praticien ne peut pas exercer d'autre métier pour augmenter ses revenus par des conseils d'ordre professionnel ou utiliser un mandat pour accroître sa clientèle. Le détournement de clientèle est interdit.

Il est interdit de s'installer dans un immeuble où exerce déjà un confrère sans son accord.

Il en est de même pour toute installation dans un local ou immeuble quitté par un confrère depuis moins de deux ans.

Enfin, tout communiqué d'ouverture, de fermeture ou de transfert de cabinet est réglementé par le Conseil de l'Ordre pour éviter toute publicité (36a, MARKUS, 2008).

3.1.5. Les documents professionnels

Lors de son exercice, l'orthodontiste est amené à utiliser des documents réglementés lui permettant de communiquer avec ses patients et les autres professionnels de santé. Ils sont régis par le Code de la Santé Publique et correspondent à la plaque professionnelle, aux ordonnances et aux notes d'honoraires. Le contenu des annonces dans l'annuaire est aussi réglementé.

3.1.5.1. La plaque professionnelle

En application de l'article R.4127-218 du Code de la Santé Publique, les seules indications qu'un chirurgien-dentiste soit autorisé à faire figurer sur sa plaque professionnelle à la porte de son immeuble ou de son cabinet sont « ses nom, prénoms, sa qualité, sa spécialité et les diplômes, titres ou fonctions reconnus par le Conseil National de l'Ordre. Il peut y rajouter l'origine de son diplôme, les jours et heures de consultation, ainsi que l'étage et le numéro de téléphone » (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

En avril 2008, le Conseil National de l'Ordre autorisait les chirurgiens-dentistes omnipraticiens à inscrire sur leur plaque leur diplôme d'université d'orthodontie. Cette autorisation fût soulevée par un syndicat de spécialistes qui avait souligné que le terme orthodontie était plus connu au niveau des patients que la formule « spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale » utilisée par les spécialistes.

Soucieux de la bonne information des patients, le Conseil de l'Ordre autorise uniquement les spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale à utiliser le terme orthodontie (50b, ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES, 2010).

3.1.5.2. Les imprimés professionnels

Conformément à l'article R.4127-216 du Code de la Santé Publique, un praticien a le droit de faire figurer sur ses ordonnances, cartes professionnelles et notes d'honoraires « ses nom, prénoms, adresse postale et électronique, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation[...] sa qualité et sa spécialité ; les diplômes, titres et fonctions reconnus par le Conseil national de l'ordre ; les distinctions honorifiques reconnues par la République française ; [...] l'adhésion à une association agréée ; [...] sa situation vis à vis des organismes d'assurance maladie obligatoire ; s'il exerce en société civile professionnelle ou en société d'exercice libéral, les noms des chirurgiens-dentistes associés » (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

3.1.5.3. L'annuaire

Selon l'article R.4127-217 du Code de la Santé Publique, le praticien peut faire inscrire dans l'annuaire « ses nom, prénoms, adresses postale et électronique, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation ; sa spécialité » (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Toute autre inscription payante est considérée comme de la « publicité et donc interdite. »

3.2. Les devoirs des chirurgiens-dentistes envers leurs patients

La relation praticien-patient est basée sur des principes qui sont les suivants :

- une entente directe entre le praticien et son patient en matière d'honoraires,
- la liberté de choix de son praticien,
- le paiement direct des soins,

- la liberté de traitement et des prescriptions (57, SABEK, 2007).

3.2.1. Le chirurgien-dentiste au service de l'individu et de la santé humaine

Un praticien doit exercer sa profession dans le respect de la vie et de la santé humaine. Il ne doit pas réaliser des soins mettant en danger la santé de ses patients. Il doit toujours établir une balance entre la pathologie, les traitements envisagés et les bénéfices.

Il ne peut réaliser des prescriptions médicales que dans son domaine et elles doivent comporter une signature manuscrite.

Le praticien doit soigner de la même manière tous ses patients, cependant il peut refuser ses soins à condition de ne pas nuire au patient.

En cas d'urgence, un chirurgien-dentiste doit porter secours à un patient en danger quand d'autres soins ne peuvent lui être administrés.

Il ne doit pas abandonner ses patients en cas de danger public.

Pour finir, le praticien doit se montrer compréhensif envers son patient et essayer une conciliation en cas de litiges (36a, MARKUS, 2008).

3.2.2. La qualité de soins

Les soins doivent être éclairés et conformes aux données acquises de la science. Ces données sont regroupées dans des recommandations validées par la Haute Autorité de Santé. Ceci veut aussi dire que le chirurgien-dentiste doit se former tout au long de son exercice pour être informé des nouvelles techniques.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui l'empêcheraient de dispenser des soins de qualité (36a, MARKUS, 2008).

3.2.3. La formation continue et le développement professionnel continu

Selon l'article R.4127-214 du Code de la Santé Publique, tous les chirurgiens-dentistes en exercice inscrits au Tableau de l'Ordre sont concernés par l'obligation de formation continue

et cela, quel que soit leur mode d'exercice (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Cette obligation s'applique également aux praticiens-conseils et aux enseignants. Ils ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances.

Jusque décembre 2011, chaque praticien devait obtenir 800 crédits de formation continue sur cinq ans, à raison de 150 crédits minimum par an (18, CONSEIL NATIONAL DE LA FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE, 2006).

En application des articles R.4143-1 à R.4143-5 du Code de la Santé Publique, le Conseil National de la Formation Continue Obligatoire a assuré le suivi de cette formation pour une durée de cinq ans (12u, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Les formations étaient effectuées auprès de sites agréés par le Conseil National de la Formation Continue Obligatoire. Après chaque formation, le praticien recevait un justificatif qu'il devait conserver pendant cinq ans.

En 2012, un nouveau système est mis en place : le développement professionnel continu. Il reprend la formation continue obligatoire et rajoute l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le développement professionnel continu a pour objectifs l'analyse des pratiques professionnelles et l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances.

Pour satisfaire à son obligation de développement professionnel continu le praticien devra suivre le programme de formation annuel ou pluriannuel proposé par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu.

Ce programme devra être conforme :

- à une orientation nationale proposée par le ministre de la Santé après avis de la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes,
- à une orientation régionale proposée par les agences régionales de santé, complétant l'orientation nationale.

Lors des formations le praticien recevra une attestation justifiant de sa participation, au cours de l'année civile, à un programme de développement professionnel continu.

Ceux sont les Conseils de l'Ordre qui vérifieront au moins une fois tous les 5 ans, que les chirurgiens-dentistes auront satisfait à leur obligation annuelle de développement professionnel continu.

Les praticiens qui ont participé en 2011 et qui participeront en 2012 à des actions de formation continue obligatoire, se voient réputés avoir satisfait à l'obligation annuelle prévue par le décret n°2011-2115 du 30 décembre 2011, relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes (45g, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2011).

3.2.4. L'information et le consentement aux soins

Autrefois les professionnels de santé représentaient le savoir, le patient avait une confiance aveugle envers ses médecins. La relation praticien-patient a évolué, aujourd'hui le patient veut pouvoir avoir le choix et décider de son traitement. Le praticien et son patient passent désormais un contrat de soin dont l'information et le consentement éclairé en sont la clé.

Le consentement représente la relation juridique entre un patient et le praticien qui a accepté de le prendre en charge. Il ne peut être fondé sans qu'il n'y ait eu communication d'informations du praticien à son patient. L'information en odontologie est accompagnée de la remise d'un devis détaillé, car dans notre profession le contrat de soins présente une spécificité inhérente aux honoraires (6, BERY et DELPRAT, 2010).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est un texte majeur dans la relation soigné-soignant.

3.2.4.1. L'information relative aux soins

Le patient a le droit d'être informé de son état de santé, des risques auxquels il peut être exposé lors des examens, des interventions ou des traitements qui lui sont proposés (4, BERENHOLC et coll., 2008). Le chirurgien-dentiste doit pour chaque proposition de traitement donner à son patient les informations qui lui seront utiles pour faire son choix.

Selon l'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique, l'information peut être donnée oralement ou par écrit (12c, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

« Elle doit répondre aux mêmes critères de qualité :

- être hiérarchisée et reposer sur des données validées ;

- présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale ;
- être compréhensible [...] » (6, BERY et DELPRAT, 2010).

C'est au chirurgien-dentiste de trouver les mots et les images adaptés à chaque patient, qui lui permettront de comprendre et de prendre une décision. L'information doit être actualisée au fil du temps.

A la découverte de nouveaux risques le praticien doit en informer son patient sauf s'il est dans l'impossibilité de le retrouver.

3.2.4.2. L'information relative au montant des honoraires

Selon l'article L.1111-3 du Code de la Santé Publique, toute personne a le droit d'être informée sur les frais auxquels elle pourrait être exposée lors d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins (12c, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Le chirurgien-dentiste doit afficher dans sa salle d'attente ou dans son cabinet les tarifs des honoraires qu'il pratique ainsi que le tarif de base de remboursement de la sécurité sociale.

Un orthodontiste doit afficher le prix de sa consultation et d'au moins cinq de ses traitements d'orthopédie dento-faciale les plus pratiqués (56, SABEK, 2010).

Il est libre de fixer ses honoraires mais il doit toujours les déterminer avec tact et mesure. Il ne peut pas refuser à un patient des explications sur le montant de ses honoraires.

Le chirurgien-dentiste peut dispenser des soins gratuitement à condition de ne pas détourner la clientèle.

Dans un cabinet libéral, le patient verse des honoraires au praticien en contrepartie des soins qu'il a reçus. On parle alors de paiement direct à l'acte. L'assuré avance les frais au praticien, il est ensuite remboursé par les organismes d'Assurance Maladie. Pour cela le praticien remet au patient une feuille de soin ou effectue une télétransmission des données. Aucun mode de règlement particulier ne peut être imposé (6, BERY et DELPRAT, 2010).

Lorsque le montant des honoraires est élevé, le chirurgien-dentiste doit établir un devis écrit qu'il remet à son patient pour obtenir son consentement. Il est réalisé en deux exemplaires qui doivent être signés. Le praticien conserve un exemplaire dans le dossier du patient. L'autre est remis au patient.

« Le devis est soumis à une triple obligation : ordinale, conventionnelle et juridique » (6, BERY et DELPRAT, 2010).

3.2.4.3. Le consentement aux soins

Le patient est en possession des informations concernant sa santé et les soins qui peuvent lui être prodigués. Selon l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique, il prend avec le professionnel de santé les décisions concernant sa santé. Il donne alors son consentement ou son refus à la réalisation des soins (12c, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Il peut être oral ou écrit.

Le praticien s'engage à donner personnellement ses soins à son patient et ce dernier doit respecter les prescriptions de son praticien et le rémunérer.

Il n'est pas nécessaire de recueillir le consentement lors de chaque acte réalisé car il est accordé pour un plan de traitement. Il peut être retiré à tout moment par le patient (5, BERY, 2010).

Dans tous les cas, lorsque le patient peut exprimer sa volonté et qu'il refuse un traitement, le chirurgien-dentiste doit respecter la décision après l'avoir informé des conséquences de son refus.

Le praticien doit recueillir le consentement de son patient avant de commencer les soins sauf en cas d'urgence ou lorsque ce dernier n'est pas en mesure de prendre une décision.

En cas de litige, le praticien doit apporter la preuve qu'il a bien délivré l'information à son patient dans les conditions citées au-dessus. La preuve peut être apportée par tous les moyens (6, BERY et DELPRAT, 2010).

3.2.4.4. L'entente préalable

Les traitements d'orthodontie sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de la caisse d'Assurance Maladie (entente préalable) et qu'ils soient commencés avant le 16^{ème} anniversaire. À titre exceptionnel, les patients de plus de 16 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge par les caisses pour un semestre de traitement

avant une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires. Cependant il n'est pas renouvelable.

L'orthodontiste fixe ses honoraires et établit un devis.

« Ce devis doit être établi par écrit et comporter notamment :

- la description précise et détaillée du traitement proposé et/ou des matériaux utilisés.
- le montant des honoraires correspondant au traitement.
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie.
- les éventuels suppléments. » (31b, L'ASSURANCE MALADIE, 2011)

Le patient accepte les honoraires et le traitement en signant le devis. Le praticien complète alors la demande d'entente préalable. Celle-ci doit être envoyée à la caisse d'Assurance Maladie du patient.

En cas de refus de prise en charge par l'Assurance Maladie la caisse adresse au patient, sous quinze jours, une notification indiquant les motifs du refus médical ou administratif. Au-delà de ce délai de quinze jours, si aucune réponse de la caisse n'est parvenue, l'assuré peut considérer que la demande est acceptée. L'accord est valable six mois et les soins doivent donc commencer dans les six mois suivant l'accord (31b, L'ASSURANCE MALADIE, 2011).

3.2.5. Le secret professionnel

Le secret médical concerne uniquement les données médicales d'un patient et par conséquent les professions de santé.

Le secret professionnel inclut le secret médical et toutes les données recueillies pendant l'exercice de sa profession. Il comprend à la fois les données relatées par le patient mais aussi tout ce que le chirurgien-dentiste a vu, entendu et compris. Il inclut les données médicales, sociales, familiales ou encore financières. Le secret professionnel couvre donc toutes les informations qui n'ont pas à être connues des tiers (36b, MARKUS, 2008).

Le secret est la base de la relation de confiance entre les praticiens et leurs patients.

L'article R.4127-239 du Code de la Santé Publique permet au chirurgien-dentiste de laisser son patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave lorsque cela peut améliorer l'efficacité de son traitement (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Le praticien et son personnel sont soumis au secret professionnel. Le chirurgien-dentiste sera le seul à payer les dommages à un patient si son personnel déroge au secret, c'est ce qu'on appelle « la responsabilité du commettant en raison des fautes de son commis » (36b, MARKUS, 2008).

La loi du 4 mars 2002 prévoit le partage des informations entre professionnels de santé dans le cadre de la coordination des soins, sauf opposition de la part du patient (34, LOI RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET A LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE, 2002).

En orthodontie les spécialistes soignent majoritairement des patients mineurs. Il est important de connaître leurs droits. En général le titulaire de l'autorité parentale a accès à l'ensemble du dossier médical de l'enfant. Les parents peuvent refuser un traitement s'ils estiment les risques trop élevés. Le chirurgien-dentiste doit informer aussi bien les parents que l'enfant sur les dangers des appareils dentaires (36b, MARKUS, 2008).

Le Code de la Santé Publique par ses articles L-1111-5 et 6 renforce le droit des mineurs en matière d'information et de secret (12c, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Les mineurs peuvent s'opposer à ce que leur représentant de l'autorité parentale soit mis au courant de leur état de santé.

Le chirurgien-dentiste doit essayer de convaincre l'enfant du contraire, mais en cas de refus catégorique, il doit respecter le désir du mineur.

Pour les patients sous tutelle, c'est le tuteur, en principe, qui reçoit l'information.

Un patient majeur peut désigner une personne de confiance qui pourra être informée de ses données médicales et être consultée au cas où lui-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir les informations (36b, MARKUS, 2008).

Selon l'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique, lorsqu'un patient décède, les ayants droit peuvent avoir accès aux informations si elles leur sont nécessaires pour connaître la raison du décès, faire leur deuil ou faire valoir leur droit (12b, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Parfois, un chirurgien-dentiste peut être amené à révéler des informations à un expert judiciaire avec l'accord du patient. Si le patient s'y oppose, la justice met en œuvre les moyens pour récupérer ses informations, sans que le chirurgien-dentiste puisse faire opposition lorsqu'il s'agit par exemple d'élucider un crime (36b, MARKUS, 2008).

Le secret professionnel est une notion complexe qu'il faut bien garder à l'esprit tout au long de l'exercice de la profession.

3.3. Le dossier orthodontique

3.3.1. Le cadre légal

L'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique précise l'accès au dossier médical des patients (12c, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Cependant, aucun article n'impose aux chirurgiens-dentistes de tenir un dossier médical et aucun article n'en décrit son contenu.

Le Code de la Santé Publique par son article R.4127-208 mentionne que : « [...] tout chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques, des documents ou supports informatiques [...] » (12s, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011). Ceci suppose donc la tenue d'un dossier médical.

Selon l'article R.1112-7 du Code de la Santé Publique, « [...] le dossier médical [...] est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. Lorsqu'en application des dispositions qui précèdent, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingthuitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date. Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès. [...]

A l'issue du délai de conservation mentionné à l'alinéa précédent [...] le dossier médical peut être éliminé. [...] » (12o, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Les praticiens libéraux devraient donc s'aligner sur le délai minimal de conservation de 20 ans appliqué aux établissements de santé.

Le chirurgien-dentiste doit veiller à assurer la confidentialité des dossiers et donc les conserver dans une pièce inaccessible au public (6, BERY et DELPRAT, 2006).

Or, aujourd'hui beaucoup de cabinets sont équipés de dossiers sur support informatique. Ils doivent donc respecter la loi du 6 août 2004 (34, LOI RELATIVE A LA PROTECTION DES PERSONNES PHYSIQUES A L'EGARD DES TRAITEMENTS DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL MODIFIANT LA LOI DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES, 2004), et déclarer à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés l'utilisation de fichiers contenant des données à caractère personnel.

3.3.2. Le contenu du dossier orthodontique

La Haute Autorité de Santé a émis en mai 2000 des recommandations de bonnes pratiques concernant le dossier en odontologie (29, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2000).

Le dossier du patient est établi dès la première consultation au cabinet. La bonne tenue du dossier permet d'améliorer la prise en charge des patients. Les recommandations sont les suivantes :

- un dossier doit être clair, lisible et actualisé,
- la personne qui remplit le dossier doit être identifiée,
- le dossier papier doit être écrit de façon indélébile,
- les corrections doivent être identifiables quel que soit le support,
- la présentation du dossier doit être évolutive, une fiche de garde doit mettre en évidence les données d'alerte médicale et les informations importantes,
- les commentaires personnels doivent être inscrits sur une fiche à part,
- les données comptables doivent être séparées des données médicales,
- le dossier informatisé doit permettre l'échange d'informations entre les professionnels de santé.

3.3.2.1. Les données administratives

Tout dossier doit comporter des données administratives permettant d'identifier le patient et de connaître son état de santé (29, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2000).

Certains éléments sont indispensables comme :

- le numéro de dossier permettant de classer les dossiers par ordre numérique,
- les nom et prénom du patient,
- la date de naissance,
- le sexe,
- le numéro de sécurité sociale,
- l'adresse complète et numéro de téléphone,
- le nom, prénom, adresse et téléphone du responsable légal pour les enfants.

3.3.2.2. Les données concernant le diagnostic

3.3.2.2.1. L'anamnèse

Il faut aussi noter les motifs de la consultation. En orthodontie, il est important de connaître les motifs de l'enfant et des parents qui peuvent être différents. Ils permettent d'apprécier l'attente du patient, et ils seront pris en compte pour l'établissement du plan de traitement.

L'orthodontiste réalise ensuite l'anamnèse médicale. Elle est indispensable et elle permet de diminuer les risques médicaux lors des traitements et des prescriptions médicamenteuses.

Elle doit reprendre les allergies, les traitements, les risques infectieux et hémorragiques, ainsi que les pathologies existantes ou anciennes.

Il convient de faire remplir au patient un questionnaire médical écrit, détaillé et qui permet de déterminer le risque thérapeutique sans ambiguïté. Il doit être complété par un questionnaire oral qui reprend les données de l'auto questionnaire et les étoffent.

Le questionnaire médical doit être daté et signé par le patient. Il est conseillé au praticien de dater et signer aussi ce questionnaire.

Les facteurs de risques importants doivent être inscrits de manière visible à chaque consultation de dossier. En informatique, une étiquette s'affiche à l'écran lors de son ouverture et de la rédaction d'une ordonnance.

L'anamnèse médicale doit être actualisée régulièrement.

Le praticien réalise ensuite l'anamnèse odontologique. Elle reprend l'ensemble des traitements qui ont été effectués chez le patient, la date du dernier contrôle dentaire, des dernières radiographies et tout ce qui concerne la santé bucco-dentaire. Un bon historique rend compte des habitudes d'hygiène bucco-dentaire et des parafunctions (29, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2000).

3.3.2.2.2. L'examen clinique

L'orthodontiste effectue cet examen lors de la première consultation. Les informations doivent être systématiquement enregistrées sur une fiche clinique papier ou informatique permettant l'étude de la situation clinique du patient en son absence et d'établir un diagnostic. L'examen clinique sera corrélé aux examens complémentaires et à l'étude des moulages. La Haute Autorité de Santé recommande de pratiquer cet examen clinique avant l'âge de six ans pour permettre de détecter les anomalies précoces et réaliser des traitements interceptifs (28, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2002).

3.3.2.2.3. L'examen des moulages

La prise d'empreinte avec la réalisation des modèles d'étude fait partie du dossier orthodontique (47, NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES, 2010). Ils doivent être réalisés de telle sorte que placés en occlusion sur la table d'examen, les dents soient en occlusion d'intercuspidie maximale et que l'intégrité de toutes les dents présentes sur les arcades soit respectée.

Ils doivent être annotés du nom du patient et de leur date de réalisation.

Ils sont ensuite examinés arcades séparées et en occlusion d'intercuspidie maximale, selon les trois plans de l'espace.

Les modèles font partie intégrante du dossier du patient et doivent être conservés pendant 20 ans (2, ALEHYANE et coll., 2009). L'orthodontiste peut les photographier ou utiliser un

logiciel de numérisation en trois dimensions des modèles pour pouvoir les incorporer dans le dossier informatique du patient et faciliter leur stockage.

Les modèles peuvent aussi être rendus au patient à la fin du traitement contre signature.

3.3.2.2.4. Le bilan photographique

Il demeure un examen complémentaire essentiel dans l'aide au diagnostic. Il représente un état des lieux à une période donnée et il permet de suivre l'évolution du traitement. La photographie est un outil idéal et simple pour communiquer avec les patients et les confrères. Des clichés réalisés au début du traitement, au milieu et la fin montrent l'évolution. Ils peuvent intégrer facilement le dossier informatique du patient.

L'ensemble du dossier doit comporter :

- quatre photographies exobuccales,
- cinq photographies intraorales,
- cinq photographies des moulages.

Tous les clichés photographiques sont soumis à la loi de protection des données, et doivent être soumis à autorisation. Chaque cliché doit comporter le nom du patient et la date de sa prise (24, FARMARKIS et coll., 2007).

3.3.2.2.5. Le bilan radiologique

Le bilan radiologique ne doit pas être réalisé sans penser à la radioprotection du patient.

Le Code de la Santé Publique consacre une partie aux rayonnements ionisants dans la protection générale de la santé par ses articles L.1333-1 à 12 (12g, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

De plus, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations sur les procédures d'examens radiologiques en odonto-stomatologie (27b, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2006).

Un praticien ne peut prescrire ou réaliser des radiographies que s'il respecte les principes fondamentaux de justification et d'optimisation.

La justification des actes, premier principe de la radioprotection, correspond à « [...] l'opération établissant le bénéfice net d'un examen par rapport au préjudice potentiel lié à l'exposition aux rayonnement ionisants » (27b, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2006).

L'optimisation des pratiques est le deuxième principe de la radioprotection. Lorsqu'un examen est justifié il doit être optimisé : l'information diagnostique recherchée doit être obtenue au « [...] moyen de la dose d'exposition la plus faible possible » (27b, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2006).

La radiographie panoramique est un examen nécessaire en orthodontie car elle donne des renseignements indispensables pour établir un diagnostic et un plan de traitement (53, PATTI et PERRIER D'ARC, 2003). Elle doit comprendre l'intégralité des arcades dentaires, des structures alvéolaires, des articulations temporo-mandibulaires et l'intégralité de la mandibule.

Les clichés panoramiques de contrôle doivent s'appuyer sur des nécessités thérapeutiques et le cliché terminal doit être réalisé avant la fin du traitement afin de permettre l'optimisation des finitions orthodontiques (28, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2002).

La téléradiographie de profil en occlusion permet l'analyse des structures crâniennes, faciales, dentaires et rachidiennes dans les sens antéropostérieur et vertical. Elle ne donne cependant aucune information sur le sens transversal. Elle est nécessaire pour établir un plan de traitement.

L'orthodontiste réalise une analyse céphalométrique au niveau de la téléradiographie de profil pour caractériser les paramètres indispensables au diagnostic orthodontique. Il existe plusieurs analyses céphalométriques possibles. (27a, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2006)

L'analyse céphalométrique est recommandée avant tout traitement. C'est la seule méthode qui permet de réaliser des mesures. Elle possède une cotation particulière au niveau de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (47, NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS, 2010).

La radiographie du poignet, déterminant l'âge osseux du patient, ne présente plus de bénéfices assez importants pour qu'elle soit encore justifiée (27b, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2006).

L'examen tomodensitométrique en 3 dimensions peut être réalisé si l'orthodontiste constate des dysmorphoses tridimensionnelles marquées ou des dents incluses (canines) et dans le cas où une téléradiographie de profil combinée à un panoramique dentaire n'apporte pas des informations suffisantes.

Après avoir réalisé l'examen clinique, l'examen des moulages et les radiographies nécessaires, le praticien émet un diagnostic. Ce dernier doit être inscrit dans le dossier du patient de manière explicite. L'orthodontiste explique au patient et à ses parents son diagnostic, la durée moyenne de traitement, les différentes alternatives thérapeutiques, et leurs coûts.

Il établit ensuite un plan de traitement précis qui doit être inscrit dans le dossier. Il peut être modifié en fonction de la motivation du patient ou d'éventuels imprévus. Toute modification devra être notifiée dans le dossier. Un devis descriptif des soins peut être alors rédigé. Il est expliqué et remis au patient (28, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2002).

Les radiographies sont la propriété du patient, elles peuvent lui être données ou rendues à la fin du traitement. L'orthodontiste en conserve une copie.

3.3.2.2.6. Conclusion sur le diagnostic orthodontique

La Haute Autorité de Santé recommande de réaliser un traitement orthodontique lorsque les anomalies entraînent un handicap, aussi bien fonctionnel qu'esthétique (28, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2002).

3.3.2.3. Les données du dossier concernant le traitement

Le traitement ne peut être commencé sans le consentement du patient et la signature du contrat de soins. A chaque rendez-vous, les commentaires sur le traitement et le suivi doivent être inscrits dans le dossier.

Un traitement orthodontique est divisé en plusieurs périodes : le traitement actif, les périodes de surveillance et la contention. La Haute Autorité de Santé a fourni les critères d'aboutissement du traitement d'orthopédie dento-faciale (30, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2003).

3.3.2.4. Les données du dossier concernant la contention

La contention succède immédiatement au traitement actif et a pour but de stabiliser le résultat obtenu et de s'opposer à la récurrence (11, CHABRE, 2007).

Elle est nécessaire et permet le maintien des dents dans une position fonctionnelle et esthétique idéale (27b, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2003). Le type de contention doit être envisagé dès le plan de traitement et déterminé en fonction de la malocclusion d'origine pour être adapté aux risques de récurrences.

La durée de la contention est directement liée à l'évolution des structures environnant les arcades dentaires et à l'équilibre fonctionnel trouvé (27b, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2003). Il est donc nécessaire de maintenir une contention au moins un an après la fin de la croissance de l'enfant ou indéfiniment si aucun équilibre n'a été trouvé.

Il n'existe pas de durée précise pour une contention, elle doit être individualisée en fonction du patient et de la dysmorphose. On tend de plus en plus vers une contention à vie dépassant largement la durée prévue par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (27b, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2003).

3.3.2.5. Les complications susceptibles d'empêcher l'aboutissement du traitement orthodontique

Un traitement orthodontique peut être interrompu pour de multiples raisons. Elles doivent être expliquées au patient avant le début du traitement.

Un des risques spécifiques à l'orthodontie est la résorption radiculaire. La résorption radiculaire des dents permanentes est pathologique, elle correspond à la diminution de la taille des racines. Elle est multifactorielle (21, DORIGNAC et coll., 2008).

Les résorptions radiculaires peuvent fragiliser les dents et l'arrêt du traitement orthodontique est envisagé avant que les résorptions n'atteignent des proportions trop importantes qui engageraient l'avenir des dents du patient (notion de bénéfices/risques) (27b, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2003). Elles sont visibles radiologiquement ; il est donc important de réaliser des contrôles radiologiques pendant et à la fin du traitement.

3.3.2.6. Conclusion

« Un certain nombre de documents sont à conserver avec le dossier de soins. Ils peuvent être conservés dans la même pochette que le dossier ou être archivés à part (en particulier les moulages). Il s'agit :

- des résultats des examens de biologie ;
- du consentement éclairé aux soins [...] daté et signé par le praticien et le patient ;
- du consentement éclairé aux soins des parents ou du responsable légal, s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne sous tutelle ;
- des devis établis conformément à l'usage et/ou à la réglementation ;
- les radiographies sont partie intégrante du dossier, elles peuvent pour des raisons pratiques être archivées à part. Elles doivent dans ce cas avoir le même numéro d'identification que celui du dossier du patient. Si le patient a réclamé ses radiographies, il convient soit de conserver un double de ces radiographies, soit de faire signer au patient un reçu en décrivant les radiographies restituées et la date de restitution ;
- les doubles des certificats médicaux initiaux établis à la demande des patients ou sur proposition du praticien, dans le cadre des coups et blessures ;
- les moulages et modèles d'étude. Ils doivent être identifiés et numérotés ;
- les photographies, identifiées et numérotées » (29, HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2000).

Selon les articles 38 et 40 de la loi du 6 août 2004, un patient a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données personnelles fassent l'objet d'un traitement par un établissement (34, LOI RELATIVE A LA PROTECTION DES PERSONNES PHYSIQUES A L'EGARD DES TRAITEMENTS DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

MODIFIANT LA LOI DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES, 2004). Si l'effacement de données au niveau informatique est accepté, une copie sur un autre support doit être effectuée pour assurer la pérennité de l'information (15, COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 2011).

3.4. L'accès au dossier médical papier ou informatique.

3.4.1. Introduction

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 s'applique dès lors qu'il existe un fichier papier ou informatique contenant des données relatives à des personnes physiques (33, LOI RELATIVE A LA PROTECTION DES PERSONNES PHYSIQUES A L'EGARD DES TRAITEMENTS DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL MODIFIANT LA LOI DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES, 2004).

Selon le Guide des Professionnels de Santé établi par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, le praticien a des principes à respecter :

- il ne doit recueillir que les informations qui lui sont nécessaires au suivi de son patient,
- il doit assurer la sécurité des données,
- il ne peut conserver les données que pour une durée limitée dans le temps,
- il doit informer ses patients sur leurs droits et les respecter (15, COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 2011).

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés est chargée de veiller à ce que l'informatique soit au service du citoyen et qu'elle ne porte atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques. Elle exerce ses missions conformément à la loi Informatique et Libertés.

Les praticiens munis d'un logiciel de traitement de données informatiques doivent effectuer une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Celle-ci a pour objectif de montrer que le traitement des données de santé satisfait aux exigences de la

loi. La commission délivre un justificatif et seulement après la réception de ce récépissé, le praticien peut utiliser son logiciel de traitement des données (15, COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 2011).

3.4.2. La sécurité des informations

La loi Informatique et Libertés (33, LOI RELATIVE A LA PROTECTION DES PERSONNES PHYSIQUES A L'EGARD DES TRAITEMENTS DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL MODIFIANT LA LOI DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES, 2004), impose au responsable de fichiers de garantir la sécurité des informations. Les données de santé sont considérées par la loi comme des informations sensibles qui nécessitent donc un haut niveau de sécurité.

Le responsable dans un cabinet libéral est le praticien lui-même. Il est donc chargé d'assurer la sécurité des informations, d'éviter qu'elles ne soient endommagées ou déformées et d'empêcher leur accès à des tierces personnes.

L'accès aux informations sur les postes de travail doit être bloqué par des mots de passe. Il est conseillé de ne pas laisser les ordinateurs allumés en l'absence de l'administrateur, de verrouiller les sessions et enfin d'effectuer des sauvegardes journalières sur disque dur externe et de les conserver dans un endroit sécurisé ignifugé.

Il est important aussi de sécuriser les réseaux informatiques et de se référer au guide relatif à la sécurité des données personnelles établi par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. L'orthodontiste doit sensibiliser aussi son personnel à la sécurité.

La transmission des informations par messagerie électronique doit être sécurisée pour conserver leur intégrité et leur confidentialité. Les messageries peuvent effectuer le chiffrement des messages lors de leur transmission. En l'absence de messagerie interne sécurisée, les informations de santé doivent être placées dans des documents joints au message. Ces derniers doivent être chiffrés avant la transmission et ne peuvent être ouverts qu'avec un mot de passe transmis par une autre voie.

La transmission d'informations par télécopie doit aussi être sécurisée par un mot de passe, et l'accès au télécopieur fermé à toute personne non autorisée (15, COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 2011).

3.4.3. Les modalités d'accès et de communication

Le Code de la Santé Publique précise par son article L.1111-7 que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, sauf aux éléments recueillis auprès d'une tierce personne ou concernant un tiers (12c, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Elle peut accéder à l'ensemble de ces informations par l'intermédiaire d'un médecin ou directement. Elles doivent lui être données dans un délai maximum de huit jours pour les informations de moins de 5 ans et dans un délai maximum de deux mois pour les informations médicales qui datent de plus de 5 ans.

Dans le cas d'une personne mineure, elles peuvent être demandées par le responsable légal sauf si le mineur a manifesté son désaccord. Le praticien inscrit dans le dossier cette opposition (15, COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 2011).

La consultation du dossier est gratuite et peut se faire sur place. Les copies demandées par le patient sont à sa charge ainsi que leur envoi.

En cas de décès, les ayants droit peuvent avoir accès au dossier médical conformément au dernier alinéa de l'article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique : « le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès » (12b, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011)

3.5. Les hébergeurs de données de santé

Les professionnels de santé ou établissement de santé peuvent conserver eux-mêmes leurs dossiers, sous leur responsabilité, ou les confier à des hébergeurs de données de santé agréés en application de l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique (12c, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Leur rôle est d'organiser le dépôt et la conservation des données personnelles de santé afin d'assurer leur pérennité et leur confidentialité.

Selon l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique, un contrat est passé entre l'hébergeur et la personne ou l'organisme à l'initiative du dépôt de ces données (12c, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Cet hébergement ne peut être réalisé qu'avec le consentement du patient lorsqu'il s'agit d'un partage de données dans le but de la coordination des soins par exemple dans le cas du dossier médical personnel.

L'hébergeur peut réaliser plusieurs fonctions :

- traiter et archiver les données,
- uniquement archiver,
- mettre à disposition un site de sauvegarde.

Pour assurer une bonne sécurité il doit :

- mettre en place un système d'authentification,
- procéder à une traçabilité des accès,
- chiffrer les informations,
- utiliser des réseaux sécurisés entre leur site et les établissements de santé.

Les conditions d'agrément des hébergeurs des données de santé sur support papier sont données par les articles R.1111-16 et R.1111-16-1 du Code de la Santé Publique (12n, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011), celles sur support informatique par les articles R.1111-9 à R.1111-15-1 du Code de la Santé Publique (12n, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

L'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé gère les demandes d'agrément des différents sites.

3.6. Le dossier médical personnel

Le Code de la Santé Publique par ses articles L.1111-14 à L.1111-22 stipule la création d'un dossier médical personnel (12d, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

L'idée de constituer un dossier médical personnel a été lancée dans les années 1990 avec une augmentation de la volonté des patients d'accéder à leurs données médicales et de les maîtriser.

C'est uniquement depuis janvier 2011 que les professionnels de santé ont accès au dossier médical personnel.

Il est mis en œuvre par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (1b, AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE, 2011).

3.6.1. La définition et le contenu

Le dossier médical personnel est un dossier médical informatisé et sécurisé qui accompagne le patient tout au long de sa vie. Il est accessible sur internet. Il ne remplace en aucun cas le dossier médical du patient.

Il regroupe toutes les informations nécessaires à son suivi médical (1b, AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE, 2011). Chaque professionnel de santé rapporte, lors de chaque consultation ou acte, dans le dossier médical personnel les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la bonne coordination des soins, ceci avec l'autorisation de son patient. Il comporte aussi un volet destiné à la prévention (15, COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 2011).

3.6.2. Les objectifs

Il a pour objectif de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. Il fait évoluer les pratiques médicales et responsabilise le patient. Ce dernier gère son dossier.

Il évite de réaliser des actes redondants et limite les actes inutiles. Il modernise le système de santé et l'organisation des soins (1b, AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE, 2011).

3.6.3. Qui peut posséder un dossier médical personnel ?

Tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie peuvent posséder un dossier médical personnel, en respectant l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique concernant les organismes hébergeurs de données (12c, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

3.6.4. Comment le créer ?

Le patient décide ou non de la création de son dossier médical personnel, il n'est pas obligatoire. Tout professionnel de santé peut le créer après avoir recueilli le consentement éclairé du patient. Il est créé auprès d'un hébergeur de données de santé sur internet (1b, AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE, 2011).

3.6.5. L'accès au dossier médical personnel

Seul le patient peut autoriser les professionnels de santé à accéder ou non à son dossier médical personnel. L'autorisation donnée par le patient est valable un an, renouvelable. Il peut décider de le fermer ou de supprimer une partie du son contenu, à tout moment, en faisant la demande auprès de son médecin traitant par exemple.

Selon l'article L.1111-17 du Code de la Santé Publique un professionnel de santé, le médecin régulateur des appels d'urgence peut accéder en urgence au dossier médical personnel du patient sans son accord, sauf si ce dernier a auparavant manifesté son opposition. L'accès au dossier peut être autorisé dans le cas d'une expertise médicale pour obtenir des preuves (12d, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Dans le cas de patients mineurs, le respect de l'autorité parentale est appliqué.

Lorsqu'un patient est sous tutelle, le tuteur a accès au dossier médical personnel jusqu'à la levée de la tutelle.

Le médecin du travail, les organismes d'assurance, les employeurs et certains membres du personnel soignant (aide-soignant) n'ont pas accès au dossier médical personnel (1b, AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE, 2011).

L'accès au dossier médical personnel se fait sur un unique serveur.

La traçabilité de l'ensemble des accès au dossier médical personnel permet de surveiller son utilisation (15, COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES, 2011).

Le patient peut savoir à tout instant quels sont les professionnels de santé qui ont consulté son dossier. Tout accès non autorisé constituerait une violation du secret professionnel.

3.6.6. La conservation

Le dossier est conservé auprès d'hébergeurs de données de santé agréés.

Il est conservé (25, GARBAZS ET CLAUDOT, 2011) :

- 20 ans à compter de la date du dernier passage de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein,
- 10 ans à compter de la date du décès, si le décès du patient date de moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement,
- 10 ans à compter de sa clôture selon l'article L.1111-18 du Code de la Santé Publique (12d, CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2011).

Il est conservé 20 ans à partir de la majorité des enfants.

Il doit être conservé jusqu'au 28ème anniversaire même si la durée de conservation du dossier médical personnel s'achève avant.

3.6.7. La clôture du dossier médical personnel

Elle se fait à la demande du titulaire. Il se voit remettre son dossier et un certificat de destruction (25, GARBAZS et CLAUDOT, 2011).

Elle se fait aussi selon la loi (44, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006):

- suite à une perte de la qualité de bénéficiaire de l'Assurance Maladie,
- suite au décès du titulaire,
- si aucune consultation n'a eu lieu pendant un délai de 20 ans à compter de la dernière consultation.

3.6.8. Le dossier médical personnel en pratique

L'orthodontiste peut accéder au dossier médical personnel de son patient soit :

- depuis son logiciel de gestion de cabinet s'il est compatible,
- par internet

Il peut aussi créer un dossier médical personnel à la demande de son patient, soit avec son logiciel, soit sur internet. Il doit se munir de sa carte de professionnel de santé et de son lecteur, ainsi que de la carte Vitale de son patient. Il doit recueillir le consentement du patient en lui remettant une brochure d'information avec les droits et obligations concernant son dossier médical personnel. Le consentement n'est pas recueilli par écrit, mais une case est cochée lors de la constitution du dossier. Lorsque le logiciel du cabinet n'est pas compatible pour ajouter, consulter des documents du dossier, la carte Vitale du patient sera nécessaire (1b, AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE, 2011).

Tous les documents ne sont pas accessibles à tous les professionnels.

La consultation des données est encadrée par une matrice d'habilitation qui définit, selon la profession de l'utilisateur, les types de documents auxquels il a accès. La patient peut masquer lui aussi des documents à certains professionnels de santé. Ils ne pourront être consultés que par l'auteur du document et le médecin traitant (1b, AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE, 2011).

L'orthodontiste peut se servir du dossier médical personnel pour recueillir les informations relatives à la santé de son patient et à son suivi.

Conclusion

CONCLUSION

La pratique de l'orthodontie est régie par l'obtention du titre de chirurgien-dentiste, spécialiste ou non, en France ou à l'étranger et par l'inscription du praticien au Tableau de l'Ordre.

Les conditions d'installation de l'orthodontiste sont soumises à des inscriptions au sein d'organismes publics, à un choix du type d'exercice et aux obligations liées au lieu d'exercice.

Les cabinets dentaires sont des établissements recevant du public. Le praticien doit donc respecter la législation à leur égard sous peine de sanction.

Au cours de son exercice, l'orthodontiste assure une relation de confiance avec son patient notamment par le respect du Code de la Santé Publique, ainsi que le suivi personnel et administratif, et l'information de son patient.

Enfin, il convient à l'orthodontiste d'assumer ses responsabilités qu'elles soient civile, pénale ou disciplinaire.

La mentalité des patients a évolué vers une mentalité de consommateur. Dès lors, le patient mécontent n'hésite plus à contester le traitement. L'ensemble des thèmes abordés dans ce travail permet de faire face à un conflit. De même, leur non respect peut laisser entrevoir l'apparition de contentieux.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

- 1a. AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE
La carte CPS3. Présentation générale.
Disponible sur <http://integrateurs-cps.asipsante.fr/documents/guide-de-pr%C3%A9sentation-g%C3%A9n%C3%A9rale-de-la-carte-cps3> [consulté le 11 novembre 2011]
- 1b. AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE
Professionnels de santé le DMP à votre service.
Disponible sur <http://www.dmp.gouv.fr/web/dmp/accueil-espace-professionnel-de-sante> [consulté le 20 novembre 2011]
2. ALEHYANE N., REGRAGUI S.
Les moulages en orthopédie dento-faciale : apport de l'informatique. Le courrier du dentiste, dossier du mois, octobre 2009.
Disponible sur <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/les-moulages-en-orthopedie-dento-faciale-apport-de-linformatique.html> [consulté le 16 Novembre 2011]
3. ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE
Guide d'installation des cabinets dentaires.
Novembre 2006, 77p.
4. BERENHOLC C., BERENHOLC S., JACOTOT D.
Droit en odontologie.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Odontologie, 23-842-A-02, 2008, Médecine buccale, 28-995-R-10, 2008.
5. BERY A.
Information et consentement en orthodontie.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Médecine Buccale, 28-960-M-10, 2010.
6. BERY A., DELPRAT L.
Droit et obligations du chirurgien-dentiste.
Héricy : Du puits fleuri, 2006, 478p. ISBN : 2-86 739-327-2
7. BINHAS E., HAREL Y., RAHAL D., et al.
S'installer, déménager, réaménager son cabinet dentaire.
Editions CdP, 2007, 212p. ISBN : 978-2-84361-120-9
8. BONNIN F.
Peut-on continuer à recycler ses attaches orthodontiques en 2008 ?
Rev Orthop Dento Faciale 2008, 42 : 495-506
9. CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES CHIRURGIENS-DENTISTES
Principales démarches et formalité en début d'activité.
Disponible sur <http://www.carcdfs.fr/index.php/chirurgiens-dentistes/demarches-formalites/affiliation> [consulté le 11 novembre 2011]

10. CENTRE NATIONAL DE GESTION DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES PERSONNELS DE DIRECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE
Concours d'accès au 3ème cycle des études d'odontologie.
Disponible sur <http://cng.sante.fr/Concours-d-acces-au-3eme-cycle-des.html> [consulté le 25 octobre 2011]
11. CHABRE C.
Récidive et contention.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris) Odontologie/Orthopédie dentofaciale, 23-480-A-01,2007.
- 12a. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Version en vigueur le 30 décembre 2011.
Disponible sur
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=E5D020B30A0DBE48167990E29EC70DF9.tpdjo08v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111230 [consulté le 30 décembre 2011]
- 12b. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Première partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er} Chapitre préliminaire, 2011
- 12c. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Première partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Section 1, 2011
- 12d. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Première partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Section 3, 2011
- 12e. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Première partie, Livre 1^{er}, Titre 4^{ème}, Chapitre 2^{ème}, Section 1, 2011
- 12f. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Première partie, Livre 1^{er}, Titre 4^{ème}, Chapitre 2^{ème}, Section 6, 2011
- 12g. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Première partie, Livre 3^{ème}, Titre 3^{ème}, Chapitre 3^{ème}, Section 1, 2011
- 12h. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Troisième partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, 2011
- 12i. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Troisième partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er}, Chapitre 2^{ème}, 2011
- 12j. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Quatrième partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, 2011
- 12k. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Quatrième partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er}, Chapitre 2^{ème}, section 1, 2011
- 12l. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Quatrième partie, Livre 1^{er}, Titre 4^{ème}, Chapitre 1^{er}, 2011
- 12m. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie législative, Cinquième partie, Livre 2^{ème}, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, 2011

- 12n. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Première partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Section 1, 2011
- 12o. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Première partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er}, Chapitre 2^{ème}, Section 1, 2011
- 12p. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Première partie, Livre 3^{ème}, Titre 3^{ème}, Chapitre 3^{ème}, Section 3, 2011
- 12q. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Première partie, Livre 3^{ème}, Titre 3^{ème}, Chapitre 5^{ème}, Section 1, 2011
- 12r. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre 1^{er}, Titre 1^{er}, Chapitre 2^{ème}, Section 1, 2011
- 12s. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre 1^{er}, Titre 2^{ème}, Chapitre 7^{ème}, Section 2, 2011
- 12t. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre 1^{er}, Titre 4^{ème}, Chapitre 1^{er}, Section 1, 2011
- 12u. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre 1^{er}, Titre 4^{ème}, Chapitre 3^{ème}, Section 1, 2011
- 12v. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Cinquième partie, Livre 2^{ème}, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Section 2, 2011
- 12w. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Cinquième partie, Livre 2^{ème}, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Section 6, 2011
- 12x. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Cinquième partie, Livre 2^{ème}, Titre 1^{er}, Chapitre 2^{ème}, Section 1, 2011
- 12y. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Partie réglementaire, Cinquième partie, Livre 2^{ème}, Titre 1^{er}, Chapitre 2^{ème}, Section 5, 2011
- 13a. CODE DE LA SECURITE SOCIALE
Version en vigueur au 13 décembre 2011.
Disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20111213> [consulté le 5 décembre 2011]
- 13b. CODE DE LA SECURITE SOCIALE
Partie législative, Livre 6^{ème}, Titre 2^{ème}, Chapitre 1^{er}, 2011
- 13c. CODE DE LA SECURITE SOCIALE
Partie réglementaire, Livre 1^{er}, Titre 6^{ème}, Chapitre 2^{ème}, Section 7, 2011
- 14a. CODE DU TRAVAIL
Version en vigueur au 4 janvier 2012.
Disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20120104> [consulté le 4 janvier 2012]

- 14b. CODE DU TRAVAIL
Partie législative, Première partie, Livre 2^{ème}, Titre 2^{ème}, Chapitre 1^{er}, Section 4, 2012
- 14c. CODE DU TRAVAIL
Partie législative, Troisième partie, Livre 1^{er}, Titre 2^{ème}, Chapitre 1^{er}, Section 2, 2012
- 14d. CODE DU TRAVAIL
Partie législative, Troisième partie, Livre 1^{er}, Titre 2^{ème}, Chapitre 2^{ème}, Section 1, 2012
15. COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES
Guide professionnels de santé, édition 2011, 76p.
16. CONSEIL DES COMMUNAUTES EUROPEENNES
Directive du Conseil du 25 juillet 1978 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du praticien de l'art dentaire.
JO des Communautés européennes du 24 août 1978, 5p.
17. CONSEIL DES COMMUNAUTES EUROPEENNES
Directive du Conseil 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.
JO des Communautés européennes numéro L 169 du 12 juillet 1993, 62p.
Disponible sur
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1993L0042:20071011:fr:PDF> [consulté le 1 décembre 2011]
18. CONSEIL NATIONAL DE LA FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE
La formation continue est désormais effective.
Lettre Ord Nat. Septembre 2006, n° 50, p. 5-11.
19. DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE
Caractéristiques du contrat de travail à durée indéterminée. Dossier mis à jour le 26 mars 2010.
Disponible sur <http://vosdroits.service-public.fr/F1906.xhtml> [consulté le 2 janvier 2012]
20. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES
Infections liées aux soins en dehors des établissements de santé, guide prévention.
Janvier 2006, 128p.
21. DORIGNAC D., BARDINET E., BAZERT C., et al.
Biomécanique orthodontique et notion de force légère.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris) Odontologie/ Orthopédie dentofaciale, 23-490-B-10, 2008.
22. EDITIONS LEGISLATIVES
Responsabilité médicale.
Disponible sur www.editions-legislatives.fr [consulté le 5 décembre 2011]
23. FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE NANCY
Diplômes d'université. Dossier mis à jour le 29 juin 2011.
Disponible sur http://www.odonto.uhp-nancy.fr/index.php/formation_continue/Diplomes-d-Universite [consulté le 2 novembre 2011]

24. FARMAKIS I., MARCON J-L.
Bilan photographique en orthodontie.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris) Odontologie/ orthopédie dentofaciale, 23-460-D-15, 2007.
25. GARBACZ L., CLAUDOT F.
Le dossier médical personnel : Que dit le droit ?, 2011
26. GIBERT, S.
Guide de responsabilité médicale et hospitalière. Quelle indemnisation du risque médical aujourd'hui ?
Paris : Berger- Levrault, 2011, 611 p. ISNB : 978-2-7013-1728-1
- 27a. HAUTE AUTORITE DE SANTE
Bilan de dysmorphose dento-maxilo-faciale.
Mars 2006, 10p.
- 27b. HAUTE AUTORITE DE SANTE
Guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie.
Mai 2006, 109 p.
28. HAUTE AUTORITE DE SANTE
Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxilo-faciale chez l'enfant et l'adolescent.
Juin 2002, 87p.
29. HAUTE AUTORITE DE SANTE
Le dossier du patient en odontologie.
Mai 2000, 66 p.
30. HAUTE AUTORITE DE SANTE
Les critères d'aboutissement du traitement d'orthopédie dento-faciale.
Décembre 2003, 42p.
- 31a. L'ASSURANCE MALADIE
La CMU Complémentaire. Dossier mis à jour le 2 décembre 2011.
Disponible sur http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/la-cmu-complementaire/cmu-complementaire-et-soins-bucco-dentaires_meurthe-et-moselle.php [consulté le 11 décembre 2011]
- 31b. L'ASSURANCE MALADIE
Soins et prothèses dentaires. Dossier mis à jour le 11 octobre 2011.
Disponible sur <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/soins-et-protheses-dentaires/traitements-d-orthodontie.php> [consulté le 11 novembre 2011]
- 31c. L'ASSURANCE MALADIE
Votre exercice en libéral. Dossier mis à jour le 12 septembre 2011.
Disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/gerer-votre-activite/votre-exercice-en-liberal/premiere-activite-liberale.php> [consulté le 27 octobre 2011]
32. LAUTROU, A.
L'internat qualifiant en odontologie.
Le cercle dentaire, la revue des praticiens hospitaliers universitaires, septembre 2011, n°44.

33. LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO du 5 mars 2002.
Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> [consulté le 13 novembre 2011]
34. LOI n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. JO du 7 août 2004 numéro 182.
Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000441676&dateTexte=> [consulté le 24 octobre 2011]
- 35a. MACSF
La société civile de moyens (SCM) : chirurgien-dentiste. Dossier mis à jour le 4 décembre 2011.
Disponible sur <http://www.vieliberale.fr/exercice-en-liberal-professionnels-sante/la-societe-civile-de-moyens-scm-dentiste.html#paragraphe3395> [consulté le 11 décembre 2011]
- 35b. MACSF
La société civile professionnelle (SCP) : chirurgien-dentiste. Dossier mis à jour le 4 décembre 2011.
Disponible sur <http://www.vieliberale.fr/exercice-en-liberal-professionnels-sante/la-societe-civile-professionnelle-scp-dentiste.html> [consulté le 11 décembre 2011]
- 35c. MACSF
La société d'exercice libéral (SEL) : chirurgien-dentiste. Dossier mis à jour le 4 décembre 2011.
Disponible sur <http://www.vieliberale.fr/exercice-en-liberal-professionnels-sante/societe-exercice-liberal-chirurgien-dentiste.html> [consulté le 11 décembre 2011]
- 36a. MARKUS J-P.
Déontologie professionnelle du chirurgien-dentiste.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Odontologie, 23-842-A-10,2007, Médecine buccales, 28-960-B-10, 2008.
- 36b. MARKUS J-P.
Secret professionnel du chirurgien-dentiste.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris) Odontologie, 23-842-A-05,2007, Médecine buccale, 28-960-R-10, 2008.
37. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
Annexe de l'arrêté du 31 mars 2011, Bulletin Officiel n°19 du 12 mai 2011 [en ligne].
Disponible sur http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/19/63/6/bulletin_officiel_esr_19-12-05-11_176636.pdf [consulté le 3 octobre 2011]

38. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
Arrêté du 4 août 1987 relatif au certificat d'études cliniques spéciales, mention « orthodontie », modifié par arrêtés du 28 août 1995, du 26 février 1998 et du 22 mai 2001.
Disponible sur [http://www.adressrlr.cndp.fr/index.php?id=54&tx_pitsearch_pi3\[current_id\]=2¶meters=&tx_pitsearch_pi3\[simple\]=1&sort=pertinence&tx_pitsearch_pi3\[mots\]=certificat+d%27%C3%A9tudes+cliniques+&tx_pitsearch_pi3\[sur\]=TEXTES&tx_pitsearch_pi3\[rubrique\]=TOUTE S&tx_pitsearch_pi3\[documents\]\[\]=4&submit-recherche-simple=Lancer+la+recherche&no=PCLI-6-3-4&ref=/inmedius/content/main/Textes_en_vigueur/I/6/3/4/I-6-3-4-004.xml&tx_pitsearch_pi3\[type\]=article](http://www.adressrlr.cndp.fr/index.php?id=54&tx_pitsearch_pi3[current_id]=2¶meters=&tx_pitsearch_pi3[simple]=1&sort=pertinence&tx_pitsearch_pi3[mots]=certificat+d%27%C3%A9tudes+cliniques+&tx_pitsearch_pi3[sur]=TEXTES&tx_pitsearch_pi3[rubrique]=TOUTE S&tx_pitsearch_pi3[documents][]=4&submit-recherche-simple=Lancer+la+recherche&no=PCLI-6-3-4&ref=/inmedius/content/main/Textes_en_vigueur/I/6/3/4/I-6-3-4-004.xml&tx_pitsearch_pi3[type]=article) [consulté le 25 octobre 2011]
39. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences odontologiques.
JO du 13 avril 2011, 3p.
- 39a. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
Arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie.
JO du 19 avril 2011, 2 p.
40. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
Certificats d'études supérieures de chirurgie dentaire. Réglementation et liste.
Bulletin officiel n° 31 du 2 septembre 2010.
Disponible sur http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=52969 [consulté le 25 octobre 2011]
41. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
Décret n° 2011-22 du 5 janvier 2011 relatif à l'organisation du troisième cycle long des études odontologiques.
JO du 7 janvier 2011, 4 p.
- 42a. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
Arrêté du 13 juillet 2009 fixant la liste et les conditions de reconnaissance des titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par les Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 3° article L.4141-3 du code de la santé publique.
JO du 31 juillet 2009, 5 p.
- 42b. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
Arrêté du 13 juillet 2009 fixant la liste et les conditions de reconnaissance des titres de formation de praticien de l'art dentaire spécialiste délivrés par les Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 3° article L.4141-3 du code de la santé publique.
JO du 31 juillet 2009, 3 p.
43. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES
Arrêté du 14 juin 2006 portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes destinée à régir les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie.
JO du 18 juin 2006, 34 p.

44. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE
L'avant-projet de décret relatif au dossier médical personnel et au dossier pharmaceutique modifiant le code de la sécurité sociale. Mis en ligne le 31 octobre 2006, 15 p.
Disponible sur http://www2.fulmedico.org/a/article.php?id_article=437 [consulté le 4 janvier 2012]
- 45a. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
Arrêté du 13 avril 2011 portant détermination des interrégions d'internat d'odontologie.
JO du 21 avril 2011, 1 p.
- 45b. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
Arrêté du 13 avril 2011 portant répartition des postes offerts au titre de l'année 2011-2012 au concours national d'internat donnant accès au troisième cycle long des études odontologiques.
JO du 21 avril 2011, 1p.
- 45c. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
Arrêté du 12 août 2011 fixant pour l'internat en odontologie l'organisation des choix des postes, la répartition des postes, l'affectation des internes et le déroulement des stages particuliers.
JO du 17 août 2011, 3 p.
- 45d. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
Arrêté du 22 août 2011 portant modification de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.
JO du 26 août 2011, 2p.
- 45e. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
Arrêté du 17 novembre 2011 relatif à l'organisation et au programme du concours de l'internat en odontologie.
JO du 27 novembre 2011, 5p.
- 45f. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
Décret n° 2011-957 du 10 août 2011 relatif à la commission d'interrégion du troisième cycle long des études odontologiques et aux modalités d'agrément des stages.
JO du 12 août 2011, 5 p.
- 45g. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
Décret n°2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes.
JO du 1 janvier 2012, 4p.
46. MISSIKA P., RAHAL B.
Droit et chirurgie dentaire : Prévention, expertises et litiges.
Reuil-Malmaison : Editions CdP, 2006, 91p. ISBN : 2-84361-100-8
47. NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS
Deuxième partie, Titre 3, Chapitre 6, Article 5, Orthopédie Dento Faciale, 2010

48. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES
Exercer la profession de chirurgien-dentiste en France, guide pratique à destination des praticiens à diplômes européens. Dossier mis à jour novembre 2011.
Disponible sur http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/EXERCER_LA_PROFESSION_DENTAIRE_EN_FRANCE-V4.pdf
49. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES
Guide d'exercice professionnel volume 1.
Juin 2007, 493 p.
- 50a. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES
On peut exercer l'ODF sans CECSMO.
Lettre Ord Nat. Juin 2010, n°88, p. 16-17.
- 50b. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES
Plaques professionnelles : les ODF seuls habilités à faire état du terme « orthodontie ».
Lettre Ord Nat. Juin 2010, n°88, p. 20-21.
51. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES
Supplément guide des contrats.
Lettre Ord Nat. Novembre 2011, n°102, 125p.
52. ORDRE REGIONAL DES CHIURGIENS-DENTISTES DE LORRAINE
Communication personnelle du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes de lorraine.
Octobre 2011.
53. PATTI A., PERRIER D'ARC G.
Les traitements orthodontiques précoces.
Paris : Quintessence international, 2003, 121 p. ISNB : 2-912550-24-6
- 54a. RUDOLOGIA
Fiche R-3 : les déchets d'activité de soins. Mai 2010.
Disponible sur http://www.rudologia.fr/medias/dasri/Panorama_general/Fiche%20R3%20-%20DAS.pdf [consulté le 25 novembre 2011]
- 54b. RUDOLOGIA
Fiche R-4 : les déchets d'activités de soins à risque infectieux. Mai 2010.
Disponible sur http://www.rudologia.fr/medias/dasri/Panorama_general/Fiche%20R4%20-%20DASRI.pdf [consulté le 25 novembre 2011]
55. SABEK M.
Les responsabilités du chirurgien-dentiste.
Bordeaux : Les études hospitalières, 2003, 294 p. ISNB : 2-912359-38-4
56. SABEK M.
Nomenclature générale des actes professionnels et Convention nationale.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine Buccale, 28-965-M-10, 2010.
57. SABEK M.
Odontostomatologie et caisses d'assurance maladie.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), odontologie, 23-850-A-12, 2007

BRIERE Caroline - LES OBLIGATIONS LEGALES FRANCAISES EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Nancy, 2012 : 90 P.

Th : Chir-Dent : Nancy 2012

Mots Clés :

Orthodontie

Jurisprudence

Dossiers médicaux

Autorisation d'exercer en odontologie

Equipement dentaires

BRIERE Caroline LES OBLIGATIONS LEGALES FRANCAISES EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Th : Chir-Dent : Nancy 2012

Résumé

Dans notre monde où la science évolue chaque jour, où la médecine progresse et où les médias informent de plus en plus les patients sur ces avancées, l'erreur médicale ou l'absence de résultat thérapeutique ne sont plus acceptées.

Actuellement, les orthodontistes ne sont pas épargnés par des procès de plus en plus fréquents. Cette augmentation du nombre de contentieux souligne la modification totale de la façon de penser et de réagir de nos patients.

Cette thèse fait le point sur les nombreuses obligations des orthodontistes lors de leur installation, de leur exercice et de leur relation avec les patients. Ces obligations évoluent à la lumière des nombreuses jurisprudences, qui le plus souvent se contredisent.

Le mode de formation des orthodontistes a aussi évolué.

En 2011 l'internat qualifiant en odontologie dont l'une des spécialités est l'orthopédie dento-faciale a vu le jour. Il existe actuellement deux formations universitaires pour devenir spécialiste en orthodontie qui sont décrites dans ce travail.

JURY :

Madame M.P. FILLEUL	Professeur des Universités	Présidente
Monsieur J.M. MARTRETTE	Maître de Conférences des Universités	Juge
Madame F. CLAUDOT	Maître de Conférences des Universités	Juge
<u>Mademoiselle C. PY</u>	<u>Assistant Hospitalier Universitaire</u>	<u>Juge</u>
Monsieur O. GEORGE	Attaché Hospitalier Universitaire	Juge

Adresse de l'auteur :

Caroline BRIERE
15 rue de VIC
54000 NANCY

Jury : Président : M.P.FILLEUL – Professeur des Universités
 Juges : J.M. MARTRETTE - Maître de Conférence des Universités
 C.PY – Assistante Hospitalier Universitaire
 F.CLAUDOT – Maître de Conférence des Universités
 O.GEORGE – Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle BRIERE Caroline, Louise, Pierrette**

né(e) à: **NANCY (Meurthe-et-Moselle)**

le **3 septembre 1986**

et ayant pour titre : « **Les obligations légales françaises en orthopédie dento-faciale** ».

Le Président du jury,



M.P. FILLEUL

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



P. BRAVETTI

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 3881.

NANCY, le 27.01.2012

L'Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine


J.-P. FINANCE

