

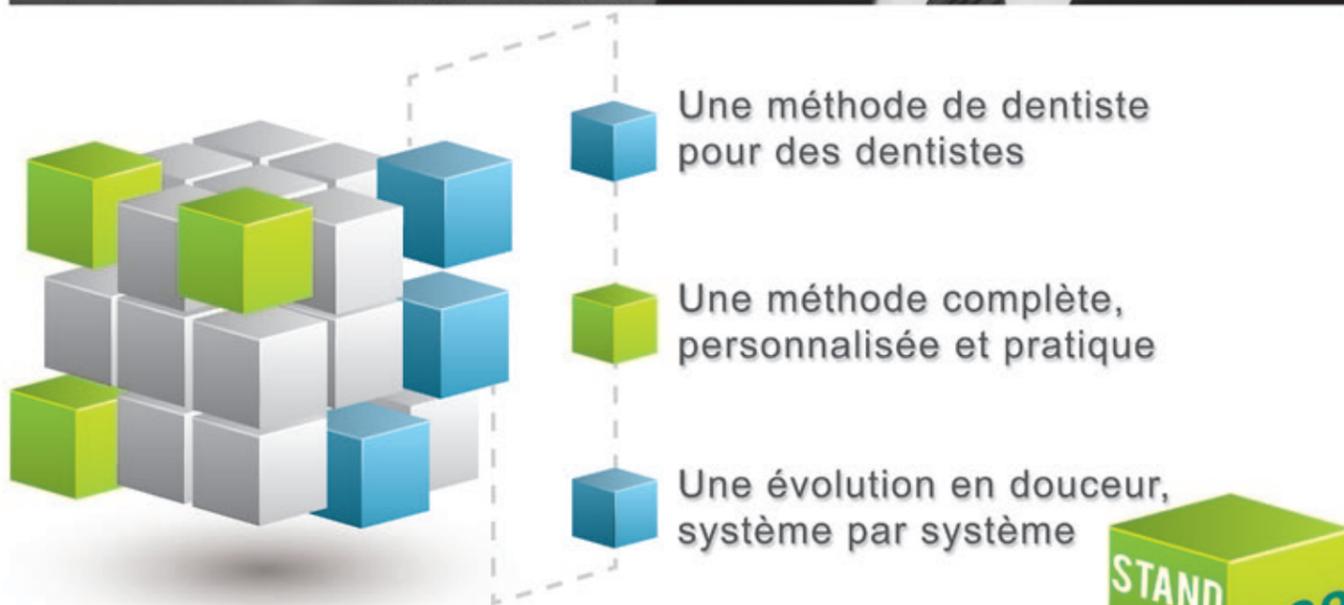


**Loi
de santé
2015**

Dossier

**L'éco-responsabilité
au cabinet dentaire**

80 ans d'avance



NOS PROCHAINS SÉMINAIRES

OMNIPRATIQUE

STRASBOURG 28 & 29 janvier 2016

MARSEILLE 3 & 4 mars 2016

BRUXELLES 10 & 11 mars 2016

ESTHÉTIQUE

LILLE 14 & 15 janvier 2016

RENNES 4 & 5 février 2016



Pour une vie professionnelle plus épanouie, appelez-nous au : +33 (0)4 42 108 108 / contact@binhas.com

www.binhas.com

102015ifcd



80 ans d'avance

2015, année Anniversaire du SFCD, pour célébrer 80 ans au service des femmes chirurgiens-dentistes, de l'ensemble de la profession et de nos patients.



Partage, convivialité et confraternité auraient dû, tout naturellement s'inviter dans notre communication pour présenter à celles et ceux qui ne le connaîtraient pas encore, ... ses fondamentaux, son ADN :

- 1^{er} syndicat dentaire né d'une volonté de rassemblement, de défense et de conseil.
- membre fondateur de nombre d'institutions comme l'ADF ou l'UNAPL.
- syndicat prospectif, imaginatif et pugnace qui mène ses dossiers dans l'intérêt général et le long terme.

Et fêter comme il se doit, avec panache, dignité et humilité, une longévité uniquement dûe à la persévérance des consœurs qui se sont attachées à ce qu'il puisse, au fil des années vivre, évoluer et se distinguer.

Mais l'actualité de cette année 2015 en a décidé tout autrement, et l'heure n'est ni à la fête ni aux réjouissances !

2015 est une période de transition historique pour notre profession.

L'ensemble des bouleversements, amenés par la loi de santé, en témoigne de façon cruelle. Cette véritable mutation de notre système de santé « à la française » risque de nous faire perdre le sens même de notre métier.

Pour tenter d'éviter cela, le SFCD a donc, comme toujours, pris ses responsabilités.

- Il a dévoilé les risques générés par la loi de santé telle qu'elle est écrite aujourd'hui.
- Il a identifié des facteurs que l'on ne peut plus passer sous silence : le lien environnement-santé, la mise en place d'un véritable système de distribution de soin, la perte de l'éthique médicale, ...
- Il a alerté nos consœurs et confrères, les professionnels du soin et le monde politique et il a saisi le Conseil Consultatif National d'Éthique.

Le SFCD montre encore une fois sa force de travail et sa vigilance.

Il se bat pour que la santé ne devienne pas un bien de consommation, pour que nous ne soyons pas transformés en producteurs de soin, que les patients ne soient pas déshumanisés.

Il ne s'arrête pas à une vision pour demain, il va juste après, un peu plus loin.

Quand prendra-t-on conscience des conséquences de l'environnement sur notre santé ?

Que vont devenir, après-demain, nos patients, notre métier, s'il n'y a pas de véritable prise de conscience des conséquences de notre environnement (pollution, mode de vie et d'alimentation) sur notre santé ?

Quand prendra-t-on conscience que soin et loi du marché sont incompatibles, irrémédiablement.

Lequel s'effacera devant l'autre ?

L'ensemble de cette revue est un cri d'alerte.

C'est maintenant que nous devons tous agir au nom de notre éthique.

Pour nos patients. Pour nous.

Nathalie Delphin



APIDENT
Spécialiste en fournitures dentaires

Trans-métal À USAGE UNIQUE APIDRILL FG1158



La trans-métal APIDRILL à usage unique a un pouvoir de coupe exceptionnelle qui n'a rien à envier aux meilleures fraises trans-métal du marché.

Elle permet de découper les couronnes métalliques, de déposer les obturations à l'amalgame, la taille de cavité email-dentine.

Pour le prix de 25 fraises trans-métal vous bénéficiez de 100 fraises trans-métal APIDRILL.

Trans-métal APIDRILL c'est : Un pouvoir de coupe remarquable, un coût d'utilisation très faible, une tige avec un calibrage précis pour préserver la tête des turbines.

149 € TTC
les 100

KIT : ACTIVA Bio-ACTIVE – Restauration

Kit de 1 seringue de 5ml/7gm, le pistolet ACTIVA-SPENSER™ + 10 embouts directionnels automix et 10 embouts intra oraux courts.

ACTIVA est le premier composite bioactif combinant une matrice de résine ionique, une résine amortissant les chocs et une résine bioactive qui imitent les propriétés physiques et chimiques des dents naturelles.

ACTIVA libère et se recharge en ions de calcium, phosphate et fluor, apportant des bénéfices à long terme et une meilleure santé buccale pour vos patients.

ACTIVA ne contient pas de Bisphénol A, ni de Bis-GMA et ni de dérivés de Bisphénol-A.

Produit disponible en teinte: A1, A2 et A3.



3 ÉLÉMENTS CLÉS

Une combinaison inégalée de propriétés chimiques et physiques offre bioactivité, la ténacité, la résistance, la durabilité et l'intégrité marginale:

- > Résine ionique bioactif breveté
- > Résine caoutchoutée breveté
- > Bioactifs verre ionomère

138 € TTC
le kit

96 € TTC
la seringue

www.apident.net

APIDENT - 61 Av Jean Boutton - CS 60020 - 49135 Les Ponts de Cé - Cedex
Tél : **02 41 95 48 51** - Fax : **02 41 42 72 23** - E-mail : apident@wanadoo.fr



3 Edito

6 Evènement

- Anniversaire du SFCD
- Congrès ADF 2015

7

Actualités syndicales

- Le défi de l'égalité hommes-femmes
- Prévention des violences faites aux femmes
- L'éco-responsabilité
- Séminaire de printemps
- Journées des cadres d'automne
- Les matériaux d'obturation coronaire
- Le fauteuil

14

Actualités des régions

- Aquitaine - Grand Est
- Grand Nord
- Poitou-Charentes - PACA - Centre
- Midi-Pyrénées - Paris Ile de France

18

Le SFCD

- Coordonnées régionales
- Des supports, des outils nécessaires à votre activité...
- Adhérer, c'est facile !

21

Dossier :

Loi de santé

- De l'analyse juridique à la prise de position politique
- Statut du patient, un dilemme résolu
- Géo-ingénierie, Trans humanisme et migrants
- Le principe d'indisponibilité du corps humain
- Tours de magie !
- Dépenses de santé, qui paye quoi ?
- La labilité et la multiplicité des modes d'exercice : une vraie tendance !

28

Le coin des ortho

- Le morphotype facial de l'enfant ventilateur buccal

30

Scientifique

- Femmes et perturbateurs endocriniens

32

Employeur

- La complémentaire santé obligatoire pour les salariés dans les cabinets dentaires

35

Informations générales

- L'éco-responsabilité : les laboratoires de prothèse aussi !
- L'eau au cabinet dentaire
- Que ton aliment soit ton premier (et ton seul ?) médicament
- Le bien être oui, mais pour quoi faire ?
- Les chirurgiens-dentistes face aux perturbateurs endocriniens

42

Billet d'humeur

- Fournisseurs d'énergie
- Délire ou anticipation ?

45

Formation

- FFCD souhaite un bon anniversaire au SFCD
- Bulletin d'inscription
- FIF-PI 2015

Directrice de la publication :

Patricia Hueber-Tardot

Rédactrice en Chef :

Marie Brasset

Ont participé :

Laurent Ambroise-Casterot
Claudine Bodin
Marie Brasset
André Cicolella
Sophie Chapelet
Catherine Cottet
Nathalie Delphin
Claire Dupayage
Nathalie Ferrand
Muriel Foueytille
Béatrice Gadrey
Françoise Grégoire
Patricia Hueber-Tardot
Isabelle Morille
Evelyne Peyrouy
Martine Pigeon
Sylvie Ratier
Stéphane Sananès

Publicité :

SFCD

SFCD

7 rue Mariotte
75017 Paris
Tél : **05 34 36 40 44**
Fax : **05 63 57 51 37**
E mail : sfcd@sfcd.fr
Site Internet : sfcd.fr

Conception réalisation :

Marion BIJL

Imprimé en France

Crédits photos : Fotolia.com, Istock.com, Sebra, Egret77, Alice photo, Momius, Kenza, Stockyimages, Dmitry Vereshchagin, Production Perig, Syda Productions, Shock, Milanmarkovic78, Zarya Maxim, Petrarottova, Alliance, Fotoinfot, Tomsza, Vladimir-floyd, Yganko, Amgun, Valenty, Vege, Zffoto, Ralfik D.

Une semaine exceptionnelle pour un évènement exceptionnel : les 80 ans du SFCD !

Le SFCD a été créé en 1935 par un groupe de femmes ayant « une volonté très ferme de se prendre en charge, ce qui n'était pas encore à ce moment-là le lot commun des femmes ».

Leur but était de :

- « créer un centre d'action chargé de veiller aux intérêts généraux de la profession, de proposer et faire adopter toute mesure pouvant être utile à l'Art Dentaire »,
- « d'établir une représentation officielle »,
- « d'entretenir des relations avec les organisations de France et des pays étrangers ».
- « Tout ceci traduisait chez ces femmes une vision globale des problèmes relatifs à l'exercice de notre profession et une ouverture d'esprit vers d'autres ».

Depuis, et chaque fois que nécessaire, il a fait entendre sa voix pour relayer, directement et sans intermédiaire, nos besoins spécifiques auprès des autorités compétentes, et faire avancer nos demandes rapidement. En cela, il se veut complémentaire des autres organisations syndicales professionnelles.

L'implication des cadres du SFCD est fondée sur le bénévolat avec une volonté évidente puisque ce sont des femmes et des chirurgiens-dentistes. Son rôle est de défendre l'exercice féminin ; mais aussi de travailler les dossiers communs à toute la profession en apportant une autre vision et en ayant une approche différente des problèmes courants et quotidiens des chirurgiens-dentistes hommes ou femmes.

Dans les débats engageant la profession, le SFCD est, au sein d'organisations professionnelles, la garantie pour toutes les femmes chirurgiens-dentistes d'être entendues.

Nous vous accueillerons, comme d'habitude sur notre stand dans le pavillon de l'ADF au 1^{er} étage du Palais des congrès, toute la semaine, du 24 au 28 novembre 2015

Nous aurons également le plaisir de vous accueillir pour des cafés-débats :

Le mercredi 25 novembre, dans la salle 361, au niveau 3

- Thème : La maternité
- Thème : La retraite

Le jeudi 26 novembre, en salle 212, au niveau 2

- Thème : Les modes d'exercice
- Thème : La profession

Enfin, le vendredi 27 novembre, dès 12h00, c'est la fête !

Nous vous convions nombreuses à venir célébrer avec nous cet évènement, dans une ambiance chaleureuse et conviviale, avec un seul dress-code : les couleurs du SFCD, au cours d'un apéritif déjeunatoire !

Cette réception sera pour nous l'occasion de vous présenter et de remercier toutes les personnes qui contribuent au secret de la réussite du SFCD, tant en interne qu'en externe.

Ce sera pour nous surtout l'occasion de vous remercier, vous nos fidèles adhérentes, qui faites que le SFCD est toujours là 80 ans après !

Congrès ADF 2015

Le congrès 2015 se tiendra du 24 au 28 novembre, au Palais des Congrès de Paris, sur le thème «La bouche, l'expression de notre santé»

Comme chaque année, le SFCD sera heureux de vous y retrouver :

- **sur notre Stand :** du 24 au 28 novembre, au 1^{er} étage du Palais des Congrès, dans le pavillon ADF
- **sur notre espace café-débat :** le mercredi 25 novembre, dans la salle 361, au niveau 3, le jeudi 26 novembre, dans la salle 212, au niveau 2
- **au cours de notre réception d'anniversaire pour les 80 ans du SFCD :** le vendredi 27 novembre 2014 à partir de 12h00 en salle 212/213 Niveau 2 du Palais des Congrès, coté Neuilly.



Professions libérales

Le défi de l'égalité Hommes-Femmes

Créé début 2010, le Laboratoire de l'égalité rassemble les associations, les entreprises, les chercheur-es, les syndicats, les réseaux de femmes, les médias, les élu-es, les institutions et personnes qui contribuent au développement de l'égalité femmes-hommes à tous les niveaux de la société.



L'objectif est de rassembler les acteurs de l'égalité, d'informer, d'échanger, et de proposer des actions concrètes, notamment pour améliorer l'égalité professionnelle, aux décideurs économiques et politiques, et enfin de sensibiliser le grand public à tous les sujets relatifs à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Dans le cadre de ses travaux pour 2015, il a développé une thématique « parité dans les professions libérales, dans les organisations syndicales et en politique ».

Plusieurs rendez-vous ont été organisés avec des professionnels libéraux et une synthèse de l'existant a été réalisée. Des propositions de recommandations pour lutter contre les inégalités dans les professions libérales ont été formulées. Elles ont été discutées dans le cadre d'un Comité d'orientation, en présence d'acteurs et actrices concernées, en vue de l'élaboration d'un pacte, qui a été présenté le 16 juin 2015.

Notre Présidente, le Dr Patricia Hueber, représentait donc le SFCD à la tribune ce jour-là. Elle a rappelé les fondamentaux du SFCD, pourquoi il existait toujours, bel et bien, après 80 années d'existence, et pourquoi il avait encore de beaux jours devant lui. Après avoir présenté le travail effectué ces derniers mois, elle a également signé le Pacte pour l'égalité.

Claudine Bodin

Un pacte comprenant 12 mesures articulées autour de 3 axes, parmi les mesures phares :

1/ Mener une politique proactive en faveur de l'égalité et la mixité des métiers :

- Sexuer les statistiques pour disposer de données chiffrées largement manquantes actuellement
- Créer un poste de conseiller-e égalité à temps plein dans chaque ordre professionnel pour mesurer et analyser les écarts, impulser et coordonner une politique d'égalité femmes-hommes

2/ Garantir la parité au niveau des organes représentatifs

- Accompagner les femmes pour l'accès à des fonctions électives et de responsabilité
- Adapter les modalités d'élection pour favoriser le renouvellement des instances par des candidatures de femmes et la parité dans les scrutins

3/ Faciliter l'articulation vie privée vie professionnelle

- Étendre le système de « Chance maternité » instauré par le barreau de Paris à toutes les professions libérales réglementées : il offre une couverture complémentaire lors du congé maternité et créer un système d'assurance « Chance paternité »
- Généraliser les pools de confrères et consoeurs remplaçant-es pour venir en soutien des petites structures d'exercice lors des absences maladie, maternité ou paternité



Arborus, 20 ans ...

Christina Longhui est tombée de stupeur en apprenant, lors d'une mission au Parlement à Strasbourg, que la France, ce doux pays, dont la devise est «liberté, égalité, fraternité» était classée avant dernière, juste avant la Grèce pour le respect de l'égalité homme femme. Elle s'est lancé un défi : ramener la France au premier rang !...

Nous n'y sommes pas encore, loin de là, et la vigilance et la créativité de tous et toute est mise à contribution. Christina a réussi à rassembler tous les courants idéologiques pour faire avancer les choses dans le monde du travail. Nous y étions pour fêter les 20 ans et pour apporter notre pierre à l'édifice.

Evelyne Peyrouty



QUESTIONNAIRE

Prévention des violences faites aux femmes

Résultats

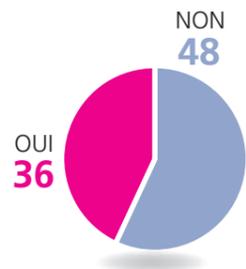


Question 1 :

vous sentez vous concernés par le sujet ?

Commentaires :

Plus d'environ 91% des praticiens, hommes et femmes confondus, se sentent concernés par les violences faites aux femmes. Donc quasiment tous, (les chiffres parlent d'eux même !)

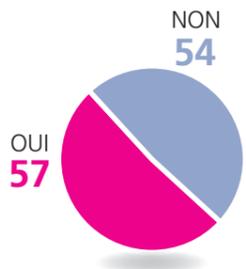


Question 3 :

Avez-vous consigné ces éléments objectifs dans son dossier patient ?

Commentaires :

36 sur 57 pers ont consigné les éléments dans le dossier patient, donc un peu plus des 2/3. Il y a donc un travail de formation à faire auprès d'eux afin de faire évoluer les pratiques. Même si le praticien se sent concerné, il ne le consigne pas pour autant. Dans la phase de diagnostic le traumatisme de la patiente est minimisé et voire banalisé.



Question 2 :

Avez-vous été confronté(e) à une patiente ayant subi des violences ?

Commentaires :

Plus de la moitié des praticiens ont vu au moins une patiente victime. Le constat est là : les violences existent et nous devons nous en occuper, les praticiens ne peuvent pas les ignorer et doivent participer activement à la prise en charge des violences faites aux femmes.

Si oui, quels signes vous ont orienté vers ce diagnostic ?

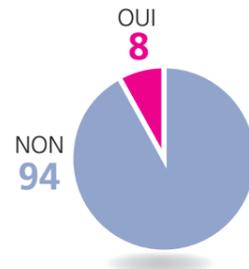
46 signes physiques et 6 qui ne se voient pas.

Signes physiques : tissus mous : hématomes, traces, œdèmes sur lèvres, joues, dents cassées, mâchoires cassées, luxées et prothèses déformées.

Pas de signe : personne qui se raconte, comportement particulier inhabituel, peur des soins, peur du toucher de la bouche, impression de viol au simple toucher, phobies.

Commentaires :

Traumas récents ou anciens, signes objectifs ou non : les signes sont très variés ; faciles à diagnostiquer quand ils sont visibles, par contre les signes non visibles apparaissent petit à petit au fil du colloque singulier. Cela nécessite formation, prise de conscience et temps pour le praticien.

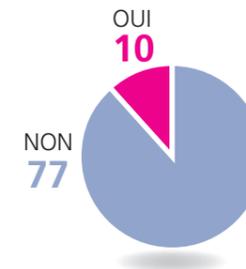


Question 4 :

Avez-vous dans votre questionnaire médical une question sur ce sujet ?

Commentaires :

Il y a une grosse différence entre le nombre de praticiens concernés et ceux qui prennent réellement en compte les violences. Est-ce un manque de formation ? Est-ce un déni ? Est-ce de la négligence ? Le travail de formation et d'information à faire évident pour enclencher la prise de conscience nécessaire. Il s'agit d'un travail de fond pour le changer les mentalités.

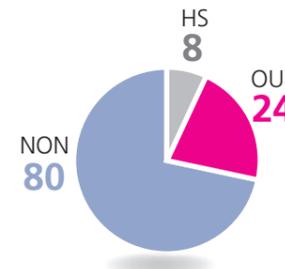


Question 5 :

Vous a-t-elle demandé d'établir un certificat ?

Commentaires :

Sur 57 praticiens ayant diagnostiqué des violences seulement 10 ont rédigé un certificat à la demande de la patiente : soit 17,5%. Ce chiffre corrobore la moyenne nationale de 16% de dépôt de plainte. Il peut également traduire le fait que les praticiens sont peu outillés pour faire face à la demande de la patiente ou à la nécessité de la situation.

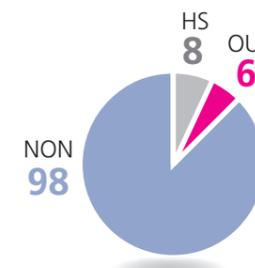


Question 6 :

Connaissez-vous les structures d'accueil pour l'aide aux victimes dans votre région ?

Commentaires :

Travail de formation et de diffusion à faire car 71 % des praticiens ne connaissent pas les structures, sans doute idem pour les procédures.

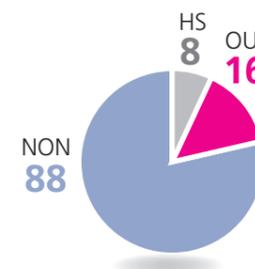


Question 7 :

Pensez-vous être suffisamment formé(e) sur ce thème ?

Commentaires :

formation indispensable pour 87 % des praticiens. A noter : nous n'avons pas pu établir de corrélation entre les personnes non concernées et celles qui n'ont pas besoin de formation.



Question 8 :

Avez-vous des expériences vécues à nous relater sur ce sujet ?

Commentaires :

Rien d'intéressant à exploiter !

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX :

Ce questionnaire qualitatif n'a eu d'autre but que de dresser des constats, un état des lieux de notre profession vis-à-vis de la lutte contre les violences faites aux femmes. Restant loin de froides statistiques, nous avons pu faire ressortir des éléments de réflexions qui ont guidé notre travail et nos réflexions.

Ce questionnaire, diffusé massivement au cours du congrès ADF 2014, a été rempli par 112 personnes, 27 H et 78 femmes identifiées, le reste ne s'étant pas sentis concernés par la question du genre.

Chaque année, chacun d'entre nous praticiennes et praticiens voyons dans nos cabinets plusieurs centaines de patientes. Dans bien des cas, nous les « suivons » tout au long de leur vie, en tout cas sur des périodes plus ou moins longues. Notre intervention, dans ce cadre-là trouve toute sa place pour lutter contre les violences.

- Nombre de répondants hommes : 27
- Nombre de répondants femmes : 78
- Nombre d'inconnus : 7
- Nombre total de répondants : 112

Les résultats obtenus en réponse à ce questionnaire nous ont amenés, à la demande de la MIPROF, à nous saisir de ce dossier avec conviction.



Nous avons alors formé un groupe de travail, dont la première réunion a eu lieu le 23 septembre 2015 dans les locaux du Ministère de la Santé.

A l'issue de cette réunion, il a été convenu de travailler à l'élaboration d'une affiche à apposer dans nos cabinets dentaires afin d'informer les femmes victimes, que nous pouvons les aider comme tous les professionnels de santé.

D'autre part, nous avons aussi envisagé la possibilité d'établir une fiche technique afin d'aider nos confrères et confrères dans l'amélioration de la prise en charge des femmes victimes, de travailler sur un modèle de certificat médical adapté aux spécificités des traumatismes bucco-dentaires résultants de violences et enfin la possibilité d'établir sans ambiguïté le caractère de violences volontaires résultant des actes commis par les agresseurs sur les feuilles de prise en charge des soins en découlant.

L'éco-responsabilité, les co-responsabilités, l'échoresponsabilité

Notre groupe de travail a démarré il y a juste un an, et un travail important a déjà été fait.

Pourquoi éco-responsabilité et non développement durable ? Parce que ce dernier est un concept qui nous a fait croire que nous pouvions continuer à vivre au même rythme de consommation des ressources planétaires et de production de déchets/pollution, moyennant des aménagements comme le recyclage.

Or le recyclage, s'il permet d'utiliser plusieurs fois les mêmes matières (5 fois pour le papier), maintient l'utilisation de matières premières de « première main ».

Quant à la solution technologique qui résoudra tous les problèmes, force est de constater que c'est une simple croyance, démentie tous les jours (prenons le seul exemple des déchets nucléaires dont on ne sait toujours pas quoi faire.....).

L'éco-responsabilité, c'est-à-dire la responsabilité devant notre éco-système, pour la durabilité de l'environnement humain, fait appel à des co-responsabilités, notamment celle des industriels : c'est un changement complet d'objectif de production, d'une consommation effrénée de produits qui tombent en panne rapidement vers des produits durables et réparables que nous achetons en fonction de nos besoins.

Co-responsabilité des producteurs, des consommateurs, des acteurs financiers qui engrangent jusqu'au non-sens, et des responsables politiques, qui semblent tétanisés devant le chantage au chômage : là aussi, malgré les sommes dépensées, force est de constater que ça ne fonctionne pas.

Ce qui nous amène à l'écho-responsabilité, notamment sociale et nord-sud.

Sociale car si la croissance de production nous amène droit dans le mur, la croissance de services permettrait de redonner une place à chacun dans nos sociétés où la dignité humaine s'efface devant la folie d'accumulation de quelques-uns.

Nord-sud, car ce sont les pays du sud qui souffriront le plus des changements climatiques liés aux modes de vie des pays du

nord, alors qu'ils sont les plus pauvres et ne pourront donc faire face aux conséquences dramatiques prévisibles (sécheresse, manque d'eau, pollution accrue, catastrophes sanitaires liées).

L'éco-conception, outil construit par le développement durable, ne peut fonctionner seul : nous avons maintenant 30 ans de recul pour l'affirmer. Il n'a fait que reculer des échéances, qui se présentent à nous désormais.

La nécessité de le coupler à une éco-conscience paraît évidente : chacun de nos achats doit nous amener à nous questionner sur sa nécessité (besoin ou envie ?), sa durabilité, sa réparabilité, sa provenance (locale ou l'autre bout de la planète ?), l'énergie à utiliser pour son fonctionnement.

Idem pour nos déplacements, nos temps de douche ou d'ordinateur : besoin ou envie ? Quelle quantité d'énergie est utilisée ? Quelle pollution générons-nous ?

Si notre éco-responsabilité individuelle est engagée, la collective l'est tout autant : combien va coûter une augmentation de 2 à 4° ? Une augmentation des phénomènes météorologiques (tempêtes, pluies diluviennes, ouragans,...) ? Une augmentation

de la sécheresse ? Une augmentation des maladies liées à la pollution de l'environnement ?

Au SFCD, nous faisons notre part : commission, séminaire de printemps, journées de formation des cadres, revue, livre et formations à venir.

N'ayons pas peur de l'avenir et participons activement à sa construction.

Nathalie Ferrand

Plan de l'ouvrage :

- **Chapitre I :** Les contextes du cabinet dentaire du 21^e siècle
- **Chapitre II :** Quelques définitions pour mieux se comprendre !
- **Chapitre III :** La conception éthique
- **Chapitre IV :** Améliorer notre cabinet dentaire avec une autre grille de lecture
- **Chapitre V :** Les pistes de réflexion

Cet ouvrage sera disponible fin novembre 2015 à la vente sur notre stand ADF et via notre site Internet.

Le cabinet dentaire du XXI^e siècle : introduction à l'éco responsabilité par la conception éthique

Séminaire SFCD de printemps 2015 à Marseille

Les cadres actives du SFCD se sont retrouvées dans une atmosphère studieuse et conviviale du 19 au 22 mars.

Le thème de réflexion était cette année **l'éco-responsabilité au cabinet dentaire.**

■ **Vendredi 20 mars :** de la conception ou rénovation des locaux dans le souci d'une économie en eau, énergies, de l'emploi de matériaux non toxiques, de l'amélioration de la fonctionnalité, à la gestion des déchets et à la réflexion sur les perturbateurs endocriniens, alimentation et santé, nouvelles pathologies d'origine environnementale. Promenade en tram puis à pied en bord de mer pour un délicieux déjeuner au dernier étage du Musée MUCEM, suivie d'une visite guidée passionnante. Marche le long du vieux port en admirant les bateaux pour rentrer à l'hôtel reprendre nos travaux et valider l'implication de SFCD dans l'information des consœurs et confrères, instances professionnelles sur ce sujet d'actualité en cette année de COP 21 à Paris en décembre.

■ **Samedi 21 Mars :** intense réflexion sur la **représentativité et la visibilité** de SFCD **De par la structure juridique en tant que syndicat, nous avons toute légitimité pour**

Les journées des cadres SFCD 2015

Du 24 au 26 septembre se sont réunies à Paris une vingtaine de cadres du SFCD, venues d'Ile de France, PACA, Aquitaine, Est, Centre, Pays de Loire et Midi Pyrénées pour 3 journées de travail intense et motivant.

Nous avons été accueillies, fort sympathiquement, dans les superbes locaux de la société Dentalinov, avenue de Wagram dans le 17^{ème}.

Jeudi 24 :

Nathalie Delphin, vice présidente, nous a présenté les **actions et acquis** du SFCD depuis sa création il y a 80 ans (versement de l'indemnité prévoyance CARCD aux orphelins de mère chirurgien- dentiste, dissociation des statuts de conjoint collaborateur et de femme chirurgiens-dentistes, congés maternité pris en charge depuis 1995, conservation de l'acquis pour départ à la retraite sans décote 1 an plus tôt par enfant élevé en 2010).

Nathalie Ferrand a ensuite présenté le dossier **Eco-responsabilité** sur lequel travaille depuis 1 an la commission qu'elle préside (ou comment l'intelligence collective fait la force du groupe). Puis en partant de la synthèse de l'ouvrage de Laurent Ambroise-Casterot « La Conception éthique, de la pensée au produit », le groupe a commencé à voir comment faire pour l'évolution de notre

profession vers une démarche plus vertueuse pour la santé de nos patients, de notre personnel et des praticiens. Le SFCD est un espace de liberté et de réflexion, caractérisé par un travail et une expertise reconnus de tous, dans le dialogue et avec l'ensemble des intervenants dans la profession (ministères, fonctionnaires, laboratoires, assistantes dentaires, fabricants,...). Nous travaillons sur le dossier des perturbateurs endocriniens omniprésents, responsables d'une croissance exponentielle des maladies chroniques et des cancers hormono-dépendants.

Le développement durable est en place depuis plus de 20 ans et ne fonctionne pas, le recyclage n'est que partiel et aboutit souvent à des matériaux de moindre qualité, qui ne peuvent être utilisés comme le matériau initial, la pollution augmente, les déchets ultimes aussi, les écosystèmes se dégradent, les matières premières limitées, diminuent, les changements climatiques se majorent. L'économie circulaire est un leurre : 52 % de l'effet de serre est liée au cycle de vie des produits.

L'éco-inconscience des produits industriels se traduit par : gadgetisation, mécanisation excessive, toxicité (souvent à l'insu des utilisateurs), surtechnologisation qui en multipliant les fonctions d'un objet diminue sa durée de vie, intégration des consommables (capsule de café créant du déchet et d'un cout exorbitant), pseudo obsolescence (nouvelle version qui rend démodée l'ancienne), espérance de mort (durée de vie limitée et non réparabilité des objets).

Pourtant, il existe une voie du milieu : celle de la conscience environnementale, qui, sans retourner au temps des roues à aube, permettra de préserver la planète et la santé de l'humain. La création de richesses doit être déconnectée de la consommation de ressources et d'énergies, qui sont limitées, à l'instar du monde.

L'hyper connectivité et la machinisation à outrance sont dangereuses. La technologie doit répondre à la demande du client et non pas lui proposer des options dont il n'a pas besoin. Il importe de légiférer pour ne pas fabriquer de produits toxiques, ni jetables.

Vendredi 25 :

Eco conception, éco inconscience et conception éthique ont été au cœur des réflexions

et ont guidé le travail de réflexion sur des cahiers des charges, en 2 groupes :

- un sur le fauteuil
 - le second sur les matériaux d'obturation coronaire
- Ces cahiers des charges (cf deux encadrés ci-après) ont été présentés à MM. Didier Cochet, directeur de la société Dentalinov, M Viard représentant le Comident, au Directeur d'Airel et au Dr Taleb représentant la société Ivoclar Vivadent avant de poursuivre sur un débat des plus passionnant. Notre approche, avec le souci environnemental, a clairement surpris nos interlocuteurs, plutôt habitués à recevoir des demandes d'innovation technologiques ou de design. Cette évolution, certes avant-gardiste, qui reflète le souci des jeunes générations (autant praticiens que patients d'ailleurs) largement formées au développement durable, à la prise en compte des facteurs environnementaux sur la santé, va devenir de plus en plus présente.

Samedi 26

Matinée réservée pour une table ronde avec les élues ordinales SFCD : le point sur les élections récentes, sur les 18 postes actuellement pourvus au CNO, 3 sont des femmes soit 16,6 % (nous attendons avec impatience l'application de la loi sur la parité dans les instances professionnelles), 6 sont en exercice soit 33 %. Nous avons détaillé les missions de l'ordre avec leurs difficultés.

Après midi consacrée à la **contribution à apporter à la Grande conférence de la santé** initiée par le gouvernement. Nous avons tenté de répondre aux questions posées dont certaines sont clairement nébuleuses, même pour une intelligence collective puissante... vous trouverez dans l'encadré ci-contre notre contribution.

Enfin nous avons clôturé ces journées des cadres 2015, très riches en connaissances, en échanges dans la bonne humeur, en rires et en convivialité, dans le respect et l'écoute mutuelle, caractéristiques du SFCD, en remerciant Claudine Bodin, notre vice présidente et organisatrice de l'évènement, pour la qualité de l'organisation de ces journées. RDV est donné à Toulouse du 17 au 20 mars 2016 pour le **séminaire de Printemps.**

Isabelle Morille

représenter et défendre la profession, indépendamment du nombre d'adhérentes.

Notre spécificité est la représentation exclusive (les femmes) : mais aussi **transversale en représentant tous les modes d'exercice**, salarié, enseignant, libéral, universitaire. Notre site connaît entre 20 000 à 30 000 visites par mois et les **publications Facebook ou Twitter** sont largement relayées. **Merci à toutes, cadres ou adhérentes de les partager systématiquement** pour participer à la visibilité de SFCD.

Puis nous avons fixé les objectifs de SFCD : candidatures systématiques aux élections dans les instances représentatives de la profession.

Dr Isabelle Morille



Groupe de travail : les matériaux d'obturation coronaire

Le groupe de travail sur les matériaux d'obturation coronaire a défini son « matériau idéal », en classant par ordre d'importance ses critères :

■ la non-toxicité :

aucun élément de la SINlist, liste qui définit au niveau européen les produits toxiques. Si ce n'est pas possible (phase de transition en attendant de nouveaux matériaux), savoir quels produits sont présents (malgré le secret industriel qui nous est opposé) et quel type de toxicité (fiche de données de sécurité avec des informations claires et compréhensibles pour un chirurgien-dentiste qui n'a pas de doctorat de chimie) pour choisir ses achats et informer le patient pour obtenir son consentement éclairé. Pas de toxicité pour la dent, pour le patient, pour l'équipe dentaire, pour l'environnement (eaux usées, poubelle) ;

■ **la régénération** de la dentine par stimulation des odontoblastes et des cellules souches de la pulpe ;

■ **le collage** en milieu humide ;

■ **la pérennité** dans le temps ;

■ **la simplicité** de mise en bouche (ne pas avoir à multiplier le matériel nécessaire, pas de polissage à faire, sculpture à l'occlusion) ;

■ **le bio-mimétisme** (résistance, couleur, dureté, luminosité, esthétique) ;

■ **le moins de déchets** possible (emballage, matériel à usage unique pour la mise en place) ;

■ **l'accessibilité** à toutes les bourses.

Bien entendu, le meilleur matériau d'obturation reste... la dent elle-même ! D'où l'importance de la prévention globale (alimentaire, hygiène bucco-dentaire, hygiène de vie).

Pour le groupe, le matériau éthique se définirait comme : moins de toxicité, moins de déchets, plus de durée de vie, facile à mettre en œuvre, réparable, pas cher.



Le Dr TALEB, de la société IVOCLAR, s'est ensuite joint à nous, avec Monsieur VIARD, du COMIDENT.

Notre confrère a pointé la tendance flagrante d'une volonté de simplification et d'optimisation des protocoles matériaux, de la part des chirurgiens-dentistes.

Depuis 4-5 ans, la thématique de la société est celle de l'éthique, de la santé et de l'écologie : elle guide les projets de recherche et de développement, comme du marketing, pour aboutir à un nouveau produit de restauration indirecte in vitro-céramique.

Elle a aussi amené à supprimer de sa gamme l'acide fluorhydrique, utilisé au cabinet dentaire (mordançage avant réparation de céramique) et au laboratoire de prothèse (mordançage). Ce produit est très corrosif, toxique et polluant pour l'environnement. Le polyfluorure d'ammonium, au pouvoir de mordançage efficace mais avec moins d'effets délétères, lui a été substitué.

Concernant la législation, elle évolue vers plus de protection de la santé de l'humain et de son environnement, et de davantage de contraintes : le marquage CE dans les dispositifs médicaux va être obligatoire, et mis en place au premier trimestre 2016. La certification ISO, elle, est par contre volontaire.

Pour les nanoparticules, elles sont la base de la chimie actuelle. Les conditions d'utilisation de nos matériaux sont importantes à respec-

ter : d'où la nécessité de formation. Car plus les matériaux sont performants, plus ils sont opérateurs-dépendants.

Les axes d'amélioration sont constants, et le travail des industriels se fait aussi en coopération avec les universités (les laboratoires de biomatériaux ont des idées intéressantes), le collège français de biomatériaux (qui éclaire les utilisateurs) et des praticiens qui sont intéressés par la réflexion sur les matériaux, en partageant des informations cliniques.

En conclusion, le SFCD a posé les besoins d'une dentisterie éthique. Est-il partagé par l'ensemble de la profession ? Pour le moment, c'est le souci de la rapidité de mise en œuvre qui prédomine, répondant au besoin de multiplication des actes pour conserver un exercice rentable, au vu du verrouillage de notre nomenclature. Par ailleurs, l'attrait pour le gadget est partagé par beaucoup de confrères et consœurs.

L'industrie n'est-elle pas allée au bout de la logique chimique ? Les moyens qu'elle consacre à la recherche et au développement ne peuvent-ils pas être réorientés ? La demande de sécurité des consommateurs est-elle excessive ?

Le constat commun est que « ça bouge » du côté des questions de biocompatibilité, et de normes environnementales : il y a une véritable prise de conscience des différents acteurs.

Groupe de travail : le fauteuil dentaire

**Travail «table ronde»
(vendredi matin):**

Les participantes présentent, lors d'un tour de table, leur perception des fauteuils dentaires actuellement commercialisés, par le prisme de la conception non respectueuse de l'environnement (les 7 critères de la conception éco-inconsciente présentée la veille). Il en ressort les commentaires suivants;

Critère de gadgétisation
(besoin non exprimé par le dentiste mais proposé par le fabricant):

- Ecran tv couleur (vue des clichés radiologiques par le patient)
- Remplissage automatique des gobelets.
- Présence du crachoir
- Pédale sans fil
- Design luxe du fauteuil

Critère de mécanisation excessive
(automatisation par motorisation des fauteuils):

- Tête automatique

Critère de toxicité (pollutions chimiques, électriques, sonores, lumineuse et atteintes à la santé physique du praticien - TMS):

- Produit nettoyant l'eau de l'unité de fauteuil (pertinence de l'utilisation du calbémium ?)
- Plastiques du fauteuil (qualité des peintures et des colorants ?)
- Bruits (audibles type turbine et inaudibles type ultrasons)
- Eclairages à LED (effets néfastes de certaines couleurs présentes sur le fauteuil et/ou effet miroir aveuglant)

Critère de surtechnologisation
(usage inapproprié de la technologie qui se décompose en 2 sous-critères : la surtechnicité et la surconception)

La surtechnicité (complexification abusive de la technologie embarquée sur le fauteuil):

- Position programmable du fauteuil
 - Pédale sans fil (transmission par ondes)
 - Réglage «au tour prêt» des turbines
- La surconception** (le produit tout-en-un)
- La conception générale du fauteuil avec l'intégration de toutes les fonctions satellites (crachoir, lumière, outils rotatifs...)

Critère d'intégration des consommables
(consommation de matériels jetables après usage unique)

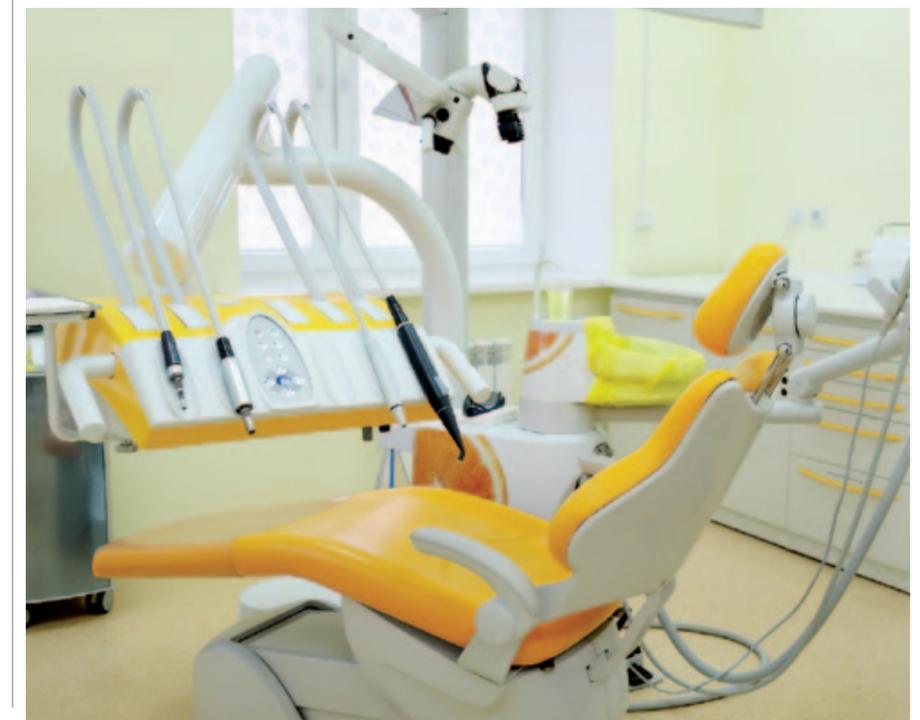
- Serviette du patient
- Gobelet
- Pompe à salive en plastique
- Canule à aspiration

Critère de pseudo-obsolésence
(remplacement non justifié d'une technologie par une autre)
Aucun commentaire.

Critère d'espérance de mort
(vie écourtée des matériels)

- Non réparabilité des différentes parties d'un fauteuil
- Possibilité d'autonomie des praticiens devenue impossible
- Maintenance éliminée (SAV et pièces de rechange non disponibles)
- Micromoteur des outils rotatifs à fiabilité réduite et durée de vie raccourcie.

Après cet inventaire, une analyse de synthèse est proposée afin d'évaluer la pertinence des innovations technologiques proposées par les fabricants de fauteuil depuis 30 ans (1985-2015)



Période 1985-1995

- Rotation continue des outils : perçu comme un réel progrès pour la qualité des soins.
- Mécanisation du fauteuil : perçu comme un progrès pour le confort du praticien.

Période 1995-2005

- Commande électronique présente sur le fauteuil : perçu négativement (surtechnicité)
- Utilisation de l'informatique sur le fauteuil : perçu négativement (gadgétisation)
- Lumière sur les turbines : perçu négativement (car non séparable, critère de surconception)

Période 2005-2015

- Ecran déporté : intéressant si non intégré au fauteuil
- Contrôle précis des vitesses de rotation des turbines : perçu comme un réel progrès pour la qualité des soins.
- Lumière à Leds : avis partagé sur la qualité de l'éclairage (critique sur certains effets indésirables sur les préparations)

Région Grand Est

Le 25 avril 2015, le bureau Grand Est a été renouvelé :

- Présidente : **Brigitte JOLION**,
- Trésorière : **Carol PETIT**,
- Secrétaire : **Odile SCHLEPP**,
- Secrétaire adjointe : **Marie-Françoise LAUBACHER**.

C'est avec un grand plaisir que nous nous sommes retrouvés, en mars puis en octobre 2015, pour deux journées de formation splendides, efficaces et très utiles, organisées par FFCD, avec Francine Friederich, Docteur en Sciences Humaines et Consultante en Ressources Humaines : « **Comment gérer son stress dans son environnement professionnel** » et « **Le burn out du professionnel libéral** ».

Ces formations, d'une qualité exceptionnelle, nous permettront de détecter les signes de cette maladie et de prévenir les situations et les comportements dangereux. Elle nous a donné toutes les pistes pour rester maître dans les situations stressantes au cabinet.

■ Dès aujourd'hui nous avons réservé **une journée pour l'année 2016** (10 mars) pour poursuivre au même rythme notre formation continue.

Chère consœurs et confrères de l'Est, venez vite nous rejoindre au SFCD, dans cette région pleine d'énergie.

« *Les filles de l'Est* »



actualités des régions



Région Aquitaine



Année 2015 riche en rencontres et réunions :

■ au mois de mars nous avons organisé une journée de formation ayant pour thème « **comment trouver la perle rare** » journée animée par Monsieur Thierry Améziane, afin d'aider nos consœurs au recrutement d'une assistante; accompagner les consœurs qui hésitent ou qui ont eu des échecs dans leur recrutement.

■ au mois de juillet, nous avons eu le plaisir de nous retrouver dans le cadre du Golf de Bordeaux-Lac, lors d'une réunion syndicale pour présenter **le bilan des actions du SFCD, loi Santé, mutuelle pour tous**. Nous avons fêté, autour d'un gâteau, les 80 ans de notre syndicat.

■ Au sein de notre syndicat, nous avons informé nos consœurs **des dangers de la loi sur la Santé** ; nous avons obtenu des rendez-vous avec des sénateurs pour leur exprimer nos inquiétudes.

■ Dans notre région, nous sommes **plusieurs consœurs à être inscrites sur les listes pour les élections URPS**.

■ Nous terminerons l'année 2015, le 17 décembre, par une journée de formation sur le thème de la CCAM : **consolider les acquis et installer de nouveaux réflexes d'application en étant en conformité avec la CCAM**.

■ Au sein de notre groupe Aquitaine, nous avons le plaisir d'accueillir le **Docteur Sabrina RUART, qui sera notre nouvelle secrétaire générale**.

*Dr Nathalie Delphin,
Responsable Régionale SFCD Aquitaine,
Vice-Présidente du SFCD National*

Région Grand-Nord



2015 : encore une année riche en événements !

■ **Pour coller à l'actualité, l'année 2015 voit l'union des régions Nord Pas-de-Calais et Picardie se concrétiser en une grande région « Grand Nord ».**

■ Autre événement cette année, l'organisation de la **journée de formation en Mars**, autour d'un thème de plus importants : « **l'ergonomie au cabinet dentaire** ». Thème attendu, car une trentaine de participants se sont réunis dans un cadre détendu, pour profiter des conseils de la formatrice, kinésithérapeute de profession.

■ **En Juin**, c'est autour d'un sujet d'actualité, que nous nous sommes réunis : **les ANI** ! Sujet contraignant, mais plus que jamais d'actualité !

■ **Enfin, en Novembre**, notre maintenant traditionnelle **journée confratern « ELLE »**, est venue clore cette année en beauté et en gourmandise !

Tous les sujets ont pu être librement abordés lors de cette journée où nous avons assisté à un cours de cuisine, puis dégusté nos œuvres.

■ **Pour terminer**, je voulais aussi parler de l'implication du syndicat dans le dossier de la **future loi Santé**. Tout est mis en place pour que nos syndiqué(e)s soient informées de ce qui les attend, mais pas seulement ! C'est pourquoi, j'ai été amenée à rencontrer les sénateurs VANLERENBERGHE et WATRIN pour leur expliquer la position du SFCD face à la loi Santé.

Mettre en garde, informer et agir, votre syndicat se bouge pour vous !

*Dr Claire Dupayage
Présidente de la région Grand Nord*

Région Poitou-Charentes



Nouveau départ prévu pour 2016

Activité régionale très limitée cette année !

■ **Mais ça va changer car je prends ma retraite en 2016 !!**

J'étais déjà à votre écoute, mais là, je le serai encore plus et pourrai me déplacer dans ma belle région Poitou-Charentes !!! Région qui va prendre de l'ampleur avec notre rattachement à l'Aquitaine et au Limousin !

■ **Je vous dirai tout sur le parcours «du combattant» pour celles qui seront multi-pensionnées» !!!** Non, vous n'allez pas «rouler sur l'or» !! Mais il ne faudra rien négliger de votre carrière de Libérale et de Salariée (même les petits boulots d'été vont compter !!). Dans ma région Poitou-Charentes, je vous proposerai mon expérience, si besoin !

■ **Mais avant cela, je vous propose, enfin, UNE JOURNEE FORMATION sur LE BURN OUT** à Saintes (juste en sortie de l'autoroute A10), le jeudi 14 Janvier 2016. Le burn-out est un véritable problème de notre profession (même les messieurs osent l'avouer!). Aussi nous convierons nos confrères à cette formation. Je vous attends nombreuses et motivées, afin d'être en super forme pour attaquer 2016 !!

A bientôt sur notre stand à l'ADF.

Dr Muriel B. Foueytille
Contact Poitou-Charentes (06 86 59 32 32)

Région Paca



Organisation du Séminaire de printemps

■ **Le 22 janvier 2015**, à Saint-Raphaël, la région PACA a organisé avec FFCD une journée de formation sur le thème :

« **Prévenir les troubles musculo-squelettiques au cabinet dentaire** ». Animée de travaux pratiques, la kinésithérapeute Geneviève Colombé a su présenter aux consœurs (et un confrère) ainsi qu'aux assistantes quelques astuces et exercices simples pour prendre soin de soi pour mieux prendre soin des autres. Une journée agréable appréciée par les participants qui étaient venus avec leur siège de travail.

■ **Du 20 au 22 mars 2015**, c'est à Marseille que le SFCD a organisé son séminaire de printemps autour d'un travail sur « **la représentativité : de l'élection à l'éco-responsabilité** ». Une soirée conviviale a été organisée par Catherine Larra dans le quartier original des anciens docks de Marseille, bien réhabilités récemment (« les Terrasses du port »). Quelques consœurs de la région sont venues se joindre au groupe.

■ Une prochaine réunion de formation est prévue le **25 février 2016** sur le thème du « **burn out** » à Saint-Raphaël.

Dr Béatrice Gadrey
Présidente Région PACA

Région Midi-Pyrénées



Du travail de terrain et de dossier

■ **29 Janvier : FORMATION « Les réunions indispensables au cabinet dentaire »** avec Thierry Améziane.

■ **9 mars : AG** en soirée au restaurant Vietnamien AO DAI, information sur les **conséquences de la**

Loi santé, les actions du SFCD, et la nécessité pour toute la profession d'être syndiquée, sondage sur les formations qui intéressent les consœurs.

■ **19, 20 et 21 mars : séminaire de réflexion des cadres à Marseille sur le thème « éco-responsabilité au cabinet dentaire et représentativité – visibilité du SFCD »** participation de Anne Marie Soum, Brigitte Meillon, Isabelle Morille et Nathalie Ferrand.

■ **30 juin : formation** en soirée chez Samaran « **Mutuelle pour tous : comment se préparer** » avec M Bensoussan.

■ **11 Septembre : Formation les contrôles** au cabinet dentaire autour du patient, avec notre juriste Sylvie Ratier, et le Dr Marie Brasset.

■ **24, 25 et 26 septembre : participation aux journées de formation des cadres** à Paris sur le thème « **la conception éthique au cabinet dentaire** » : élaboration d'un cahier des charges pour un fauteuil dentaire et pour un matériau d'obturation sains non polluants. Participantes : Anne Marie Soum, Brigitte Meillon, Magali Fau Jurado, Isabelle Morille et Nathalie Ferrand (en tant que formatrice sur l'ADN du SFCD : d'une idée à l'action)

■ **5 novembre : Formation les contrôles au cabinet dentaire** autour du cabinet et des salariés.

■ **Vendredi 27 Novembre : AG-Anniversaire : les 80 ans du SFCD** à 12H30 porte Maillot.

■ **Action contre la Loi Santé**

Les membres du bureau Midi Py ont participé activement avec notre juriste Sylvie Ratier à la Commission Loi Santé, avec notre vice-présidente Nathalie Delphin et Marie Brasset, ont rencontré de nombreux sénateurs et sénatrices, députés, tant en midi Pyrénées qu'à Paris, Perpignan, Nantes, été auditionnées 2 fois en juin par les commissions des affaires sociales au sénat et participé à la grande conférence de la santé.

■ **En juillet nous avons ainsi rédigé 4 amendements** qui ont été retenus par les sénateurs et même rédigé une saisine du Conseil Consultatif National d'Ethique afin que l'éthique ne disparaisse pas du monde de la santé. Seul le SFCD a poussé l'analyse des textes du projet de loi à ce point-là !

■ **Action Commission Eco responsabilité**
Constitué en grande partie par des membres de notre Bureau, le travail de cette commission trouvera déjà un premier aboutissement dans la parution d'un ouvrage intitulé « le cabinet dentaire du 21^e siècle. Introduction à l'éco-responsabilité par la conception éthique » en vente dès novembre notamment sur notre stand lors du Congrès ADF. Notre juriste a aussi aidé des consœurs à la réalisation de nombreux dossiers d'accessibilité.

■ **Les FORMATIONS prévues en 2016 :**
- **jeudi 22 janvier : « Assistante dentaire : comment trouver la perle rare ...et la garder »** (avec secrétaire et assistante) intervenant Thierry Ameziane
- **mardi 8 mars : formation à Albi : prévention des violences faites aux femmes et aux enfants**
- **AG : en soirée pour la journée de la Femme**
- **formation « prévention du stress »** pour assistantes, secrétaires et praticiens début juin

Dr Isabelle Morille
Présidente Région Midi-Pyrénées

Région Centre



Un beau parcours !

■ **SFCD en 2015**, a réuni les adhérentes de la région Centre en avril, autour de Madame Friedrich **pour éviter stress et burn out**, puis en juin, pour une **soirée CCAM** avec le Dr Bassit.

■ **L'Assemblée Générale** a clôturé une superbe visite aux jardins de Chaumont sur Loire en juillet

■ Les prochains rendez-vous seront en **novembre « Comment prévenir les maux de l'hiver au naturel »** et « **les réunions indispensables au cabinet** » le 10 décembre avec Monsieur Ameziane.

Cette revue anniversaire est pour nous l'occasion de regarder pour une fois en arrière, et voir le travail accompli. Le bureau fondé en 2004, sous la présidence d'Isabelle Marceau, peut s'enorgueillir de belles réussites : la création du premier site Internet de SFCD et la naissance de FFCD. Les premiers pas de nos formations pionnières en nomenclature, organisation, et anti-stress avant leur envol dans toutes les régions ont su nous souder et faire en sorte que notre équipe soit toujours là, comme au premier jour !

Dr Martine Pigeon
Présidente Région Centre

*Le SFCD
à besoin de vous !*

**Rejoignez-nous afin
que nous soyons fortes
et capables d'autres
victoires.**

**Rejoignez-nous pour
que la voix des femmes
chirurgiens dentistes
soit entendue.**

Région Paris Ile de France



Des contacts fructueux

En tant que « Parisienne » du groupe, à moi les rendez-vous, prises de contact et réunions nationales pour représenter le SFCD, partout où la voix des femmes doit être entendue. Laboratoire de l'Égalité, UNAPL, les occasions sont nombreuses pour nouer des contacts intéressants et faire avancer nos idées.

■ La région Parisienne est également traditionnellement organisatrice de **nos journées des cadres d'automne**. Cette année, consacrées au thème de **l'éco responsabilité au cabinet dentaire**, ces journées ont été accueillies par la société Dentalinov. Ces journées nous ont notamment donné l'occasion de rencontrer des fabricants de fauteuils et de matériaux très à l'écoute et sensibles à nos remontées de terrain de praticiennes aguerries et de femmes rompues aux réalités pratiques (cf pages 14 et 15).

■ **Enfin, en cette fin d'année 2015, le SFCD fêtera ses 80 ans.** C'est pour nous toutes l'occasion de célébrer cet anniversaire comme il se doit avec toute notre semaine au Palais des Congrès consacrée à cet événement, avec, en point d'orgue notre apéritif dînatoire du vendredi 27 novembre. Nous vous y attendons très nombreuses !

Dr Claudine Bodin
Présidente Paris Ile de France

www.sfcd.fr

Parce qu'être une femme chirurgien dentiste aujourd'hui, c'est arriver à concilier de façon sereine vie professionnelle et vie familiale, c'est aller à l'essentiel, le SFCD met à votre disposition son site Internet : www.sfcd.fr



- **Pour savoir qui nous sommes, connaître notre histoire, notre fonctionnement, nos actions, ...**
- **Pour connaître l'actualité professionnelle ou syndicale**
- **Pour trouver nos dossiers : des informations claires, précises, concises.**
- **Pour connaître les rendez vous régionaux et les dates et thèmes des formations régionales**
- **Pour télécharger les documents, grâce à vos codes adhérentes :**
 - pour les plaquettes
 - pour les courriers spécifiques
 - pour le livret traçabilité
- **Pour retrouver les coordonnées de nos partenaires à votre disposition pour vous apporter leur professionnalisme dans leur domaine de compétence**

SFCD - Siège Social
7 rue Mariotte- 75017 Paris
E-mail : sfcd@sfcd.fr

• **Service Juridique :**
Sylvie Ratier
421 ch. Lendrevié Haute
Brens - 81600 Gaillac
E-mail : sylvie.ratier@sfcd.fr

Région Grand Est - Brigitte Jolion
106 rue de Bâle. 67100 Strasbourg
Tél : 03 88 31 92 19
E-mail : brigitte.jolion@sfcd.fr

Aquitaine - Nathalie Delphin
123 av René Cassagne. 3150 CENON
Tél : 05 56 86 11 14
E-mail : nathalie.delphin@sfcd.fr

Bretagne - Stéphanie Boimare-Carrouget
6, place des 4 vents. 56400 Auray
Tel : 02 97 24 06 65 - Fax : 02 97 24 28 86
E-mail : stephanie.boimare@sfcd.fr

Centre - Martine Pigeon
60 rue Saint Denis. 41100 Vendôme
Tel : 02 54 23 45 99- Fax : 02 54 77 28 94
E-mail : martine.pigeon@sfcd.fr

Midi-Pyrénées - Isabelle Morille
8 impasse du petit train. 31620 Fronton
Tél : 05 61 82 94 69
Fax : 05 61 82 17 33
Email : isabelle.morille@sfcd.fr

Région Grand Nord - Claire Dupayage
2 r Gén. Leclerc. 62410 HULLUCH
Tél : 03 21 40 25 35
Email : claire.dupayage@sfcd.fr

Normandie - Marie Graindorge
Adresse : 18 rue Edouard Fortier
76130 Mont Saint Aignan
Portable : 06 62 76 17 36
Email : marie.graindorge@sfcd.fr

Paca - Béa Gadrey
359 rue Roland Garros. 83600 Fréjus
Tél : 04 94 51 17 87 - Fax : 04 94 17 19 37
E-mail : beatrice.gadrey@sfcd.fr

Paris Ile-de-France - Claudine Bodin
2 Rue Maurice Utrillo. 95110 Sannois
Tél : 01 39 80 70 44 - Fax : 01 34 11 94 89
Email : claudine.bodin@sfcd.fr

Pays de Loire - Evelyne Peyrouy
36, rue Jean-Jaurès. 49800 Trélazé
Tel : 02 41 69 08 76
E-mail : evelyne.peyrouy@sfcd.fr

Poitou-Charentes - Muriel Foueytille
5, rue Réaumur. 17600 Saujon
Tel : 06 86 59 32 32
E-mail : muriel.foueytille@sfcd.fr

Engagez-vous à nos côtés



le SFCD vous offre :

- **La participation de nos cadres dans différentes commissions ADF** (information, informatique, prévoyance et formation continue), ainsi qu'à l'UNAPL, au FIF PI, à la CARCD pour faire entendre la voix des femmes dans la profession.
- **Une permanence téléphonique et un service juridique**
- **Des supports et des outils nécessaires à votre activité :** fiches techniques, plaquettes, ...
- **Une brochure** Info Femmes Chirurgiens Dentistes.
- **Des infos flash** une information synthétique, rapide et d'actualité par mail ou par courrier.
- **Des séminaires annuels** pour les responsables syndicales afin d'établir des bases de travail et collaborer avec d'autres organismes et pouvoirs publics.
- **Des réunions** d'informations des assemblées générales nationales et régionales permettant de débattre et d'échanger nos expériences.
- **Des livrets** de synthèse sur la CCAM et la Traçabilité.
- **Des formations régionales** de proximité sur des thèmes liés à l'environnement du cabinet dentaire pour nous praticiennes et tout notre personnel.

BULLETIN D'ADHESION au SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES 2016

adhérer, c'est facile

il vous suffit de nous retourner le bulletin d'adhésion ci-dessous avec votre règlement.

Si vous hésitez et souhaitez mieux nous connaître, contactez-nous au :

05 34 36 40 44

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Tél : _____

Fax : _____

E-mail : _____

Année de diplôme : _____ 1^{er} année d'exercice : _____

Mode d'exercice : _____

A compléter et à retourner avant le 31 mars 2016 avec votre règlement de :

- Membre actif : 250 €
- Première année d'exercice : 100 €
- Etudiante : Gratuit
- Retraitée : 70 €

Libellé à l'ordre du SFCD au :
**SFCD - Service Adhésion - Maison Médicale du Breuil
8 quai Jules Ferry - 88210 Senones**

BULLETIN D'INSCRIPTION Club SUPPORTERS

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Tél : _____

E-mail : _____

Profession : _____

- **A compléter et à retourner avec votre règlement de 200 €**
- Libellé à l'ordre du SFCD au : **SFCD - Service Adhésion
Maison Médicale du Breuil - 8 quai Jules Ferry - 88210 Senones**

Nom et prénom de la marraine adhérente au SFCD :

CONGRÈS
ADF
2015

R-ÉVOLUTION NUMÉRIQUE

DU 24 AU 28 NOVEMBRE
PALAIS DES CONGRÈS / PARIS

CETTE ANNÉE ENCORE, NOUS AVONS VU LES CHOSES EN GRAND!

Nouveaux horaires, 23.000 m² sur 4 niveaux, 419 exposants
et un nouvel espace de démonstration pour leurs produits phares,
l'Exposition fait le plein de nouveautés !

ADF AGIR ENSEMBLE
ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE

com^xdent

WWW.ADF.ASSO.FR
FACEBOOK.COM/ADFASSO
@ADFASSO #ADF2015

Loi de santé 2015

De l'analyse juridique à la prise de position politique

Dossier

Notre analyse juridique n'a de sens que dans le cadre d'une analyse générale de politique de santé.

Selon notre lecture, l'article 1 du projet de loi santé va poser les bases d'un système de soins totalement différent, de ses valeurs à son organisation en passant par son financement.

Il redéfinit le contrat de soin, la responsabilité civile médicale, la protection du patient et va même jusqu'à redéfinir la protection sociale dans sa globalité.

Tout le reste du texte constitue finalement la mise en œuvre de cet article premier : l'ensemble des articles suivants (tiers payant, contractualisation avec les professionnels de santé, transmission et utilisation des données de santé,...) n'en est que la conséquence.

Par cet article 1, la loi de santé publique, définie par une loi votée par des parlementaires, devient une stratégie nationale de santé définie par un gouvernement par décrets : on comprend toute la fragilité et les risques pour notre système de santé induits par cette mutation !

Cette mutation intervient dans un contexte de déficits publics croissants, que Bruxelles nous demande de réduire. C'est pour cette raison que nous pensons que ce n'est pas une étatisation ou une soviétisation, comme on a pu le lire, de notre système de santé : l'Etat n'en a pas les moyens financiers.

Dès les années 80, les premières lois de décentralisation en matière de santé publique sont arrivées. Les textes suivants s'inscrivent dans la même logique, mais les objectifs changent radicalement dès 2009. La décentralisation est devenue un prétexte, un habillage : **l'objectif majeur et unique est désormais de diminuer les dépenses publiques de santé** et de trouver une autre source de financement, ou du moins, des « partenaires » capables de faire de « l'avance de trésorerie ». Car ne nous y trompons pas, les financeurs du système de santé, actuels et futurs, sont et seront toujours ceux qui payent des impôts,



des cotisations sociales et des assurances complémentaires, donc nous !

En réunissant la HPST ^[1], la loi Fourcade ^[2], l'Ani ^[3], la loi Leroux ^[4], puis enfin la loi Hamon ^[5] et le décret Montebourg ^[6] on met en présence les ingrédients d'un cocktail explosif. Le shaker est plein et prêt à être agité pour produire... la Loi de Santé ^[7]. C'est ce que finalise selon notre analyse, l'article 1 du projet de loi de santé.

Pour le SFCD, le résultat de ce cocktail explosif est l'apparition d'un nouveau système de santé qui impactera notre société toute entière, sans distinction, notamment dans ses valeurs.

Le soin, devenu un bien de consommation, entrainera l'application du droit de la concurrence et des contrats. Dans un tel système, comme dans tout système de consommation, il y aura des producteurs de soins (professionnels de soins), des distributeurs de soins (plateformes spécialisées ou grands circuits de distribution commerciale) et des consommateurs de soins (patients). Les professionnels de santé, obligés de contractualiser individuellement avec les ARS

et/ou les assureurs privés seront tenus d'exercer aux conditions fixées dans le contrat.

Les patients, bénéficiant de tarifs attractifs chez les praticiens proposés par leur assurance complémentaire obligatoire pour les salariés, n'auront d'autre alternative que de faire un choix entre tarifs séduisants et liberté.

L'assurance maladie, déjà en passe d'être absorbée par l'ARS, dont l'objectif est la rationalisation des dépenses de santé, voit sa fin programmée.

L'état, qui n'a plus les moyens financiers d'assumer le déficit public en matière de santé, charge les ARS de mettre en œuvre la stratégie de santé au niveau local, sans les doter des moyens financiers nécessaires. Les ARS, à priori, continueront à financer la «santé sociale», tandis que tout le reste sera confié, par la force des choses, aux assureurs privés. Ces assureurs privés, qui disposent des avances de trésorerie nécessaires, récupéreront la gestion du risque qui ne sera plus dévolue à l'état : le principe du «pay how to live» est déjà dans leurs tuyaux.

Les patients à risques, c'est à dire «non rentables», auront-ils des tarifs «préférentiels» ?

Quand on voit comment certaines compagnies d'assurance rivalisent d'ingéniosité à propos de ces pratiques réprouvées par la loi, l'inquiétude est-elle illégitime ?

Quid du libre choix thérapeutique pour le patient comme pour le praticien ?

Quid de la relation thérapeutique et humaine patient-praticien ?

Quid de la responsabilité médicale, et de l'implication active et responsable du patient dans sa guérison comme dans sa santé, quand tout sera codifié en « activité médicale rentable » par des gestionnaires dans un seul objectif rémunérateur ?

Pour le SFCD, l'article 1 est la clé de la mutation de notre système de santé vers sa privatisation de fait, transformant l'activité de soins en une activité purement économique rentable à court terme.

L'objectif de L'Etat ou de l'Assurance Maladie est de faire des économies. L'objectif des assureurs est de faire des profits. Ces deux objectifs sont tout à fait compatibles et autorisés au sein de ce nouveau système de santé.

Mais que deviendra alors la santé publique ? **Nous sommes dans la crainte de la disparition de l'intérêt général à long terme, face aux intérêts financiers immédiats des partenaires définis par cette loi.**

Le reste du projet de loi est dépendant de cet article 1. Sa modification entraînera, de façon automatique, la modification de TOUS les autres articles.

Les réponses qu'entend apporter le SFCD à cette situation sont multiples

La première, **c'est l'information la plus large possible sur les conséquences de ce projet de loi**, qui additionné aux lois précédentes, est un cocktail explosif pour notre système de santé.

Le savons-nous ? Avons-nous compris l'importance des enjeux ?

La deuxième, **c'est l'interpellation de tous**, car ces questions se posent à chacun d'entre nous, professionnels de santé et patients, organisations syndicales professionnelles mais aussi de salariés, responsables politiques, ordres professionnels comme associations de patients et de consommateurs. Sommes-nous d'accord avec ce changement

radical de notre système de santé ? De toute notre protection sociale ? Des gardes fous sont-ils encore possibles ?

La troisième c'est **le lien à faire avec l'urgence environnementale**, et la COP21 qui se tiendra à Paris à la fin de l'année. Pour le SFCD, il devient impératif de mettre en avant les liens environnement - santé. Construire une politique de santé qui ne tiendrait pas compte de cette question nous semble vouée à l'échec, car elle reporterait sur la responsabilité uniquement individuelle de chaque patient (mode de vie : tabac, alcool, alimentation,...) ce qui relève en bonne partie de pollutions faites à son insu. Si par-dessus des assurances privées imposaient une tarification « pay How to live », ça serait carrément scandaleux !

La quatrième, **c'est la mise en place rapide du plan d'action de l'OCDE [8] concernant l'érosion de la base d'imposition et le transfert de bénéfices** : les solutions de rééquilibrage fiscal vital pour les Etats et leurs politiques publiques y sont parfaitement décrites !



La cinquième, **c'est l'union de TOUS**, afin que les conséquences de cet effet cocktail ne voient jamais le jour.

Le SFCD considère la profession de chirurgien-dentiste comme une profession sentinelle pour les professions de santé, à tous les niveaux. Elle est à un carrefour de problématiques déjà expérimentées (comme le panier de biens en CMU, et les plateformes de réseaux soins de praticiens agréés par des assurances complémentaires), à venir (matériaux, ultra-technologisation), une prévention qui donne des résultats rapides et efficaces, une filière dentaire riche de la variété de ses professions (industriels, prothésistes dentaires, assistantes dentaires, organismes de formation continue, facultés dentaires et étudiants, avenir de la profession). Cette filière dentaire peut être un véritable laboratoire du changement de paradigme environnemental, social et économique qui nous attend.

Le Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes est un lanceur d'alerte : il regroupe toutes les formes d'exercice (libéral, salarié, universitaire, dentiste-conseil, collaboration) ce qui lui permet une analyse et une expertise transversale. Sa vision globale de la profession a permis la reconnaissance de son niveau d'analyse prospective [9]. Le SFCD intervient, de sa place et avec ses moyens, en conformité avec ses objectifs et sa mission.

C'est pourquoi nous participerons au Grenelle de la santé bucco-dentaire, initiative constructive lancée par le CNO, car le SFCD a de nombreuses pistes de réflexions à proposer et à débattre avec l'ensemble de la filière dentaire. La nécessité de faire évoluer notre système de santé est une évidence : le contexte, environnemental et social, a changé de façon majeure. L'Europe, comme la mondialisation, est une réalité incontournable. Le défi du changement climatique s'annonce beaucoup plus rapide que prévu... Mais avant, toute notre énergie sera mobilisée autour du projet de loi de santé, avec tous ceux qui se sentiront concernés.

Une réforme oui, mais une réforme avec un objectif d'intérêt général et à long terme pour l'accès aux soins de tous.

Dr Nathalie Delphin

Vice-Présidente du SFCD, chargée de communication

Sylvie Ratier

Juriste du SFCD, spécialisée en droit de la santé

[1] 2009 : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

[2] 2011 : Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

[3] 2013 : Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

[4] 2014 : Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé

[5] 2014 : Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation

[6] 2014 : Décret n° 2014-479 du 14 mai 2014 relatif aux investissements étrangers soumis à autorisation préalable

[7] 2015 : Projet de loi de modernisation de notre système de santé (AFSX1418355)

[8] OCDE (2013), Plan d'action concernant l'érosion de la base d'imposition et le transfert de bénéfices, Éditions OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264203242-fr>

[9] Lignes directrices pour une réforme dentaire, Michel Yahiel, Inspecteur général des affaires sociales, 2001 page 9 référence bas de page.

Statut du patient, un dilemme résolu

Dossier

Des victimes mal indemnisées

Malgré, ou à cause, du fameux arrêt Mercier¹, le domaine de la responsabilité médicale était resté l'un des derniers où les victimes de dommages corporels étaient tributaires d'une responsabilité pour faute du médecin. La mise en cause de la responsabilité du médecin, tenu d'une obligation de moyens, dépendait de la preuve qu'il avait commis une faute. Avec les progrès spectaculaires effectués dans le domaine médical, la médecine est devenue extrêmement invasive et la notion de risque médical est apparue. Or très souvent, ces victimes n'étaient pas indemnisées car elles ne parvenaient pas à établir l'existence d'une faute du médecin.

L'intervention de la jurisprudence

Dans l'attente de l'intervention du législateur, la jurisprudence administrative et judiciaire s'est emparée du problème, créant, au détour des affaires, des cas de responsabilité sans faute² du médecin ou attribuant au patient le statut de « consommateur » afin de faciliter la mise en œuvre de la responsabilité médicale³.

En effet, et faute de dispositions spécifiques au droit de la santé, le recours aux concepts du droit de la consommation permet alors de sanctionner les professionnels de santé en cas de dérives dans l'exécution du contrat médical.

Dès lors, le patient/client devient un « consommateur de soins » et le professionnel de santé un « prestataire de services », sans aucune considération pour le caractère libéral et médical de son activité. Le soin glisse alors inexorablement vers le simple bien de consommation.

Et pourtant, le contrat de soins ne peut pas être considéré, tant par sa formation que par son exécution, comme un contrat de consommation comme les autres en raison de son caractère intuitu personae et de sa nature : la prestation porte sur la personne

1/ « L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconque mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ». Cour de cassation, 20 mai 1936, arrêt Mercier.

2/ Cour administrative d'appel de Lyon, 20 décembre 1990, arrêt Gomez.
3/ Cass. crim., 15 mai 1984, n° 84-90252 et CE, 27 avril 1998, n°184473



même du patient et non pas sur un bien. Si la protection du patient passe inévitablement par une obligation d'information la plus complète, claire, loyale et éclairée possible, cela ne peut et ne doit pas se faire au moyen d'une extension infinie de la notion de consommateur, mais via les dispositions du Code de la Santé Publique.

Le Code de la Santé Publique⁴ renforce alors l'obligation d'information du professionnel de santé à l'égard de son patient et donne des outils permettant de se dispenser du subterfuge de la notion de « consommateur de soins ».

La jurisprudence a alors pu reprendre le cours normal de ces décisions en affirmant ainsi, « les dispositions de [l'article] L111-1 du code de la consommation [...] n'ont pas vocation à régir les relations entre un patient et un professionnel de santé organisées par des dispositions du code de la santé publique »⁵. En écartant l'application des dispositions du Code de la Consommation au patient d'un chirurgien-dentiste dans cette décision, la jurisprudence refuse de l'assimiler à un consommateur.

Les relations entre un professionnel de santé et son patient relèvent donc du Code de la Santé Publique. Le Code de la Consommation est exclu de cette relation. Le problème du statut du patient semble enfin résolu, ne reste qu'à attendre les déci-

4 / l'article L. 1111-3 du Code de la Santé Publique, dans sa version la plus récente, impose des obligations similaires en termes d'information du patient à l'information exigée pour le consommateur par les dispositions du Code de la consommation
5 / CA Paris, 21 mars 2013, n°12/01892

sions ultérieures. Le CCNE peut se réjouir, la dignité du corps humain est préservée.

L'intervention du législateur

« Et patatra » : 2014, la loi Hamon précise « [qu'] est considérée comme un consommateur toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale. »

L'absence de définition légale du consommateur est palliée. Le patient est dorénavant un consommateur, à contre-courant de la jurisprudence antérieure, ... car il n'est pas écarté du texte. ⁶ Il est singulier, qu'au mépris de la doctrine et de la jurisprudence, une loi intitulée fièrement « Loi Consommation » ait ainsi pu régler, d'un trait de plume, le statut du patient.

Tout est dit ! Le dilemme est résolu.

Sylvie Ratier

6 / Cette loi a pour objectifs de rééquilibrer les pouvoirs entre consommateurs et entreprises mais aussi de rendre du pouvoir d'achat aux Français et de leur donner les moyens d'être bien informés avant de consommer.

Géo-ingénierie, transhumanisme et migrants

Au fur et à mesure que le camp des climato-sceptiques se réduit comme peau de chagrin, des stratégies pour faire face apparaissent : certaines de lutte contre le réchauffement climatique, d'autres d'adaptation de l'homme à ce réchauffement.

Un certain nombre d'entre elles sont concoctées dans la Silicone Valley, où travaillent de brillants cerveaux, férus de numérique, et alimentés par les sommes considérables de sociétés comme Google, Amazon, Microsoft ou Apple.

La géo-ingénierie est une stratégie de lutte : elle consiste à trouver des solutions pour diminuer le rayonnement solaire. Parmi les pistes actuellement étudiées figurent l'envoi dans l'atmosphère de dioxyde de soufre : c'est ce que produisent les volcans en éruption, masquant effectivement les rayons du soleil. Envoyé dans l'atmosphère, cela équivaldrait à un hiver nucléaire, aux conséquences considérables pour la vie sur terre : quid de la photosynthèse, donc de la vie végétale, animale... et humaine ?

Autre idée : des stations interstellaires portant des miroirs réfléchissant les rayons du soleil. Même question que précédemment.....

Pour ce type d'hypothèse, il ne peut y avoir d'essai-évaluation-correction : si une telle solution était choisie par nos responsables politiques planétaires, l'essai serait en fait définitif.

Parmi ces chercheurs et leurs financeurs, certains pensent n'appliquer ces solutions que sur la partie de la planète qui souffrirait le plus du réchauffement climatique, à savoir les pays du sud.

Le transhumanisme est une stratégie d'adaptation. Leurs adeptes, toujours présents dans la Silicon Valley, pensent que l'homme actuel n'est plus fait pour le monde qui se dessine : il est en train d'être dépassé notamment par les ordinateurs, dont les vitesses de calcul croissent vertigineusement ; et il n'est plus adapté à la pollution qui augmente. Ce courant de pensée parle de post-humanité et « d'homme augmenté » : ce qui est utilisé actuellement pour répa-

rer l'homme (comme les implants, les mains électroniques) pourraient être utilisés pour augmenter ses capacités. L'armée se montre très intéressée par les soldats bioniques.... Des milliardaires, par l'espoir de vivre jusqu'à 500 ans, voire de vaincre la mort.

Des sommes colossales, de plusieurs milliards de dollars, sont investies dans ces stratégies qui ne concernent qu'une minorité d'humains, très intelligents et très fortunés, se présentant comme l'élite de l'humanité, donc seule digne, d'être sauvée, et prête à faire une croix sur tous les autres.... Ça ne vous rappelle rien ?

Tous les autres.... Représentés actuellement par la marée humaine des migrants des pays du moyen orient et de l'Afrique, qui fuient des conditions invivables.

La réaction de nos pays européens est-elle anticipatrice de ce qui se passera quand ce seront des marées humaines de migrants climatiques, venant des pays du sud mais pas seulement : le réchauffement climatique entraînant la montée des eaux, ce seront aussi des migrations internes à chaque pays de personnes fuyant leurs maisons submergées et leur région dévastée.

Acceptons-nous, pour ne pas remettre en question nos modes de vie, de nous sacrifier, de sacrifier nos enfants et nos petits-enfants, de sacrifier notre planète ?

Acceptons-nous que les inégalités se creusent ?
Acceptons-nous la sélection d'humains ?

Les questions auxquelles nous allons devoir rapidement répondre dépassent largement notre crise économique : nous sommes à une croisée des chemins pour notre humanité.

Nathalie Ferrand

Le principe d'indisponibilité du corps humain

Le principe d'indisponibilité du corps humain est une règle non écrite dont l'existence est affirmée par la Cour de Cassation. Issu des théories du droit naturel¹, il trouve notamment sa consécration jurisprudentielle avec la prohibition de la maternité de substitution en 1991.

En France, « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie² ».

Ce principe, rattaché à la notion de dignité constitue une spécificité du droit français. Il n'existe pas, par exemple, en droit américain.

Le corps est d'autre part affirmé par le Code Civil comme n'étant pas une chose qui puisse faire l'objet d'un contrat : « Il n'y a que les choses qui sont dans le commerce qui puissent être l'objet des conventions.³ ».

La primauté de la personne et la non patrimonialité du corps humain sont clairement posées.

Enfin, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) avait formulé cette notion d'indisponibilité du corps humain dès le début des années 1980 et l'a clairement affirmé en 1990 : « Nous donnons ainsi l'interprétation la plus extensive possible à la notion de dignité du corps humain. L'utilisation acceptée par atteinte, si faible soit-elle, à l'intégrité corporelle ne

saurait s'accommoder d'autres finalités que celle de la santé.⁴ ».

Sylvie Ratier

^{1/} Le droit naturel est supposé exister partout même s'il n'est pas effectivement appliqué et sanctionné, il n'est donc pas nécessairement un droit opposable ; étant fondé sur la nature humaine et non sur la réalité sociale dans laquelle vit chaque individu, le droit naturel est réputé universellement valable même dans les lieux et aux époques où il n'existe aucun moyen concret de le faire respecter.

^{2/} Code Civil sous l'article 16 depuis les lois de bioéthique de 1994

^{3/} Article 1128 du Code civil (créé par Loi 1804-02-07 promulguée le 17 février 1804)

^{4/} CCNE - Avis sur la non-commercialisation du corps humain. N°21 - 13 décembre 1990

Tours de magie !

L'actuel examen de la Loi de santé nous rappelle de manière abrupte que la question du financement de notre système de santé n'en finit pas de se poser....

Depuis les années 80, avec l'entrée des assurances privées dans le club jusque-là très fermé des complémentaires (restreint aux seules mutuelles non lucratives), s'est insinuée progressivement l'idée que l'Etat, en déficit chronique, ne pouvait que s'appuyer sur des « financeurs extérieurs » apportant de l'argent frais.

Le déficit de l'Etat allant grandissant, la part de ces « financeurs extérieurs » croît et embellit au point de les voir potentiellement majoritaires avec le dernier projet de loi réformant notre système de santé.

Mais au fait, qu'est-ce qu'un « financeur » ?

Je suis seulement chirurgien-dentiste et mes connaissances en matière de finance sont basiques. J'ai donc cherché au plus simple pour moi : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Finance>

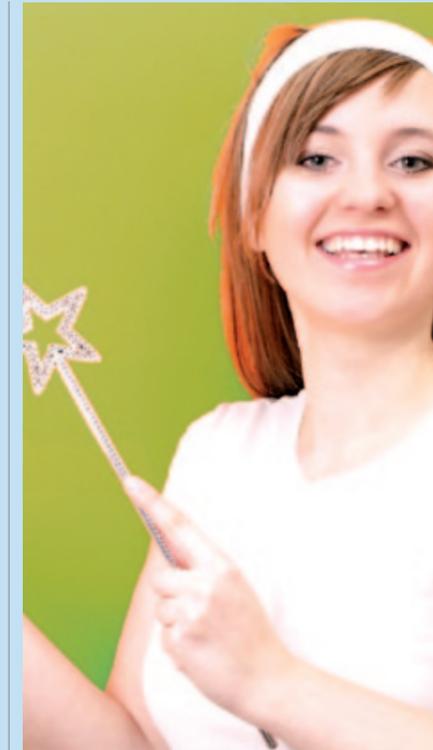
« La **finance** recouvre un domaine d'activité — celui du financement — qui consiste à fournir l'argent nécessaire à la réalisation d'une opération économique. Ce domaine concerne aussi bien les individus, les ménages que les entreprises publiques ou privées, mais aussi les États ».

Donc tous ceux qui fournissent de l'argent pour réaliser une opération économique sont des financeurs : finalement, par nos impôts et nos cotisations sociales, nous sommes chacun d'entre nous des financeurs de l'Etat, de la sécurité sociale ! Qui plus est, des financeurs obligatoires !

« La recherche de financement obéit à deux types d'objectifs suivant le **volume initial de capital** :

- à niveau de **capital restreint**, on cherche à obtenir des capitaux nécessaires et suffisants pour entreprendre, maintenir ou développer une activité ;
- à niveau de **capital avéré**, l'objectif est de trouver les **placements** les plus pertinents en performance et en sécurité en fonction de la **valeur temps de l'argent** ».

Si j'ai bien compris, l'Etat a un capital restreint et cherche des capitaux nécessaires pour sa politique de santé publique. Et les grands groupes d'assurances privées,



eux, ont un capital avéré (cf. leurs résultats financiers), et pour objectif de trouver des placements.

L'un demande, l'autre offre : est-ce là la magie ?

Que nenni : là, c'est de la logique.

Allons plus loin alors dans la recherche : comment ces grands groupes ont-ils fait pour avoir un « capital avéré » ? D'où vient tout cet argent finalement ?

De la mutualisation de toutes nos cotisations (pour assurer le risque qui arrivera potentiellement à certains d'entre nous), et des produits financiers du placement de tout cet argent.

Oui, mais ces cotisations sont volontaires, donc variables en fonction de ce que chacun d'entre nous choisit (ou peut) de consacrer en volume d'argent. Donc cet équilibre est fragile ?

Et c'est là qu'intervient un premier tour de magie avec la loi ANI !

Cette loi, qui entre en application au 1er janvier 2016, oblige tous les salariés à avoir une complémentaire : ces cotisations santé privées deviennent OBLIGATOIRES ! Cette complémentaire obligatoire collective basique nous conduira à une sur-assurance individuelle, rajoutant des contrats.

De fragile, l'équilibre devient très sûr. Ce

n'est même plus un équilibre, c'est un jack pot régulier et assuré par la Loi pour les assurances privées !!!!!

Oui mais, grâce à ces investisseurs privés, ces « financeurs extérieurs », notre système de santé va être financé et solvable ?

Non, d'une part parce que rien dans la Loi de Santé n'oblige les assureurs à réinvestir le capital (constitué par nos cotisations complémentaires obligatoires) dans la politique de santé publique.

D'autre part, parce que nous confondons financeurs et financiers : le financeur est celui qui donne l'argent sans en gagner. Le financier est celui qui gagne de l'argent avec l'argent qu'on lui a donné, et qu'il place.

Et c'est là un tour de magie de la loi de santé aux conséquences que je trouve dramatiques pour le bien public : la Loi nous oblige déjà à être, par nos impôts et nos cotisations sociales, le financeur public. Elle va désormais nous obliger à être, par nos cotisations aux complémentaires, le financeur privé, mais ce n'est pas nous qui en retirerons les bénéfices.

Citoyens-patients-contribuables, sachez que NOUS SOMMES LES VRAIS FINANCEURS de notre système de santé, mais que ce seront les financiers qui investiront dans ce système qui gagneront de l'argent avec notre argent!

Car l'objectif d'un financier est de gagner de l'argent, pas de solvabiliser un système de santé publique.

C'est pour cela que cette loi de santé **n'est pas une étatisation de notre système de santé**, mais sa **financiarisation et privatisation de fait**.

C'est tout simplement une question de trésorerie, comme au cabinet dentaire, mais qui intervient dans un contexte de mondialisation.

Par manque de trésorerie, nous avons besoin de finances, donc des financiers, c'est-à-dire ceux dont le métier est d'acheter ou de vendre de l'argent, ce qui leur fait gagner de l'argent (comme les banques).

Cette rémunération de leurs services a connu une croissance aussi importante qu'incontrôlée avec notamment la mondialisation des échanges (dans les années 80), qui a permis à la finance de devenir internationale et de décupler ses forces : c'est la financiarisation. De façon concomitante, les marchés finan-

ciers sont devenus «un des principaux circuits de financements des économies, aux côtés des banques».

Je continue à chercher et lis : « Selon Gabriel Colletis, certaines formes de financiarisation des stratégies des entreprises doivent être remises en cause car elles inversent le sens de la relation traditionnelle entre investissement et finance : au lieu de sélectionner les financements possibles des investissements qu'elles souhaitent réaliser, elles choisissent les investissements en fonction d'une norme de rentabilité et d'un revenu promis aux actionnaires (surtout lorsque ceux-ci sont des fonds d'investissement). Ainsi des activités peuvent être délocalisées et des investissements abandonnés non parce qu'ils ne sont pas rentables, mais parce qu'ils ne le sont pas assez ».

Un peu plus loin :

Selon l'Observatoire de la Finance « la montée en puissance de pratiques, de techniques mais aussi de représentations et de valeurs inspirées par la finance se traduit par un processus de "financiarisation" ».

Cette mutation a transformé l'économie et la société contemporaines en les organisant autour d'une nouvelle cohérence articulée sur l'efficacité financière et sur une vision du temps linéaire spécifique à la finance (= le temps, c'est de l'argent.NDLR).

Cette cohérence s'approche avec la crise actuelle de son point de rupture, ce qui expliquerait l'atmosphère de "fin de règne" ressentie par certains.

Selon Denis Dupré, spécialiste des risques financiers et écologiques, la démesure de notre système financier reflète une «Économie-Titanic» minée par la puissance exponentielle de l'économie nuisible. Les financiers, contrairement aux économistes parmi lesquels des opinions différentes s'expriment, forment un corps soudé d'«experts» souvent complices par leur silence et inaction sur la lutte contre les pratiques mafieuses, la corruption et les paradis fiscaux. La profession financière s'oppose aux réformes urgentes que sont notamment la mise au service des citoyens de la BCE, la séparation des banques, l'interdiction de la finance casino, la réforme des marchés boursiers. Et là, la tête me tourne.....

Nous donnons notre argent aux financiers pour qu'ils gagnent de l'argent qui ne servira pas au bien public (aux entreprises et aux services publics, c'est-à-dire à... l'emploi) mais aux intérêts particuliers d'actionnaires... ou de la finance elle-même !

C'est un système mortifère, et pas seulement pour notre système de santé.

« Le financeur ne peut être un payeur aveugle » et « qui paie commande » : mais ne sont-ce pas les citoyens-patients-contribuables qui devraient avoir droit de regard et de décisions grâce à leurs parlementaires, et non pas les financiers qui rejoignent le groupe des partenaires qui définiront la Stratégie Nationale de Santé, arrêtée par un gouvernement et des décrets ?

Je reprends mes esprits : nos responsables politiques ont-ils conscience de tout ça quand ils rédigent la loi de santé ? Les français, citoyens-patients-contribuables savent-ils tout ça ? Les politiques ne peuvent-ils légiférer pour une finance éthique, en France, en Europe et dans le monde ?

Et de m'interroger : quelle baguette magique va TOUS nous réveiller pour affirmer nos priorités : l'Humain et la Planète ?

Nathalie Ferrand

Aujourd'hui

Comme nous le savons tous, pour la majorité des patients, il existe une part prise en charge par la Sécurité Sociale et le reste, qui peut être pris en charge partiellement via une assurance complémentaire. Pour les plus démunis d'entre nous, il existe la CMU qui prend en charge la totalité des dépenses, selon le principe de solidarité auquel nous sommes tous attachés. Voilà, c'est simple. Et pour financer tout cela, c'est tout aussi simple. Démonstration :

1/ Structure du financement de la Sécurité Sociale¹

Les cotisations calculées en fonction de «toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail», sont versées directement par l'employeur. La contribution sociale généralisée (CSG) est un prélèvement opéré directement sur l'ensemble des revenus. Les impôts et taxes : sur les salaires, la TVA brute sur le tabac, l'alcool, les médicaments, ... Les cotisations prises en charge par l'Etat, les transferts et les autres produits proviennent de l'Etat, directement prélevé sur l'impôt.



^{1/} Source : Commission des comptes de la Sécurité Sociale - juin 2013

2/ Structure du financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux²

	2011	2012	2013
Sécurité Sociale de base (1)	75.7	75.9	76.0
État et CMU-C (2) org. de base	1.3	1.3	1.4
Organismes complémentaires (3)	13.7	13.8	13.8
Ménages	9.2	9.0	8.8
TOTAL	100.00	100.00	100.00

(1) : Y compris déficit des hôpitaux publics, et y compris prestations complémentaires Alsace-Moselle et CAMIEG.

(2) : CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

(3) : Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes

3/ Si nous comprenons bien :

- > Qui paye les contributions sociales ? **C'est Nous !**
- > Qui paye les impôts ? **+ C'est Nous !**
- > Qui paye les assurances complémentaires ? **+ C'est Nous !**
- > Qui paye le reste à charge des ménages ? **+ C'est Nous !**
- > Qui paye la facture à 100 % ? **= C'est Nous !!!**

^{1/} Source : Commission des comptes de la Sécurité Sociale - juin 2013

^{2/} Source : Drees, comptes de la santé (base 2010).

Dossier

Dépenses de santé : qui paie quoi, comment, en chiffres ?

Ce Nous, ce sont : les citoyens, les contribuables, les travailleurs en activité ou non, les employeurs, les retraités, certaines entreprises dans certains cas. Nous finançons à 100% la Sécurité Sociale, que Nous consommons ou non des soins.

Nous finançons à 100% les dépenses de santé, dès lors qu'en plus Nous sommes patients.

Nous sommes donc les financeurs du système de santé, à 100%.

L'Etat est un planificateur, un gestionnaire et un distributeur, dans l'intérêt général.

Les assureurs (mutualistes et/ou privés) sont des gestionnaires, des distributeurs, dans l'intérêt de leurs actionnaires.

ET demain ?

1/ Les prévisions

Voici une typologie des scénarios d'évolution possibles¹ décrite en 2010 :

« • **Scénario 1** : évolution vers une prise en charge plus généreuse, en contrepartie d'un système de contraintes plus important, tant sur les producteurs (de soins NDLR), que sur les patients. En clair, organisation des offres et rationalisation des filières avec moindre liberté de choix, mais financement pour tous de tous les soins considérés comme nécessaires (modèle danois par exemple).

• **Scénario 2** : maintien de l'assureur public unique (assurance maladie obligatoire, contribution fonction du revenu), mais dans ce cadre, mise en concurrence des offreurs de soins, avec incitation financière, se substituant en grande partie à la planification (dont le rôle se réduirait à organiser la desserte de zones non couvertes).

• **Scénario 3** : segmentation de la protection sociale entre la couverture privée pour les plus aisés, et un service public minimum pour les plus démunis (conception américaine).

^{1/} Selon Régine Monti, Groupe Ressources Prospective, 2010.

• **Scénario 4** : mise en concurrence des opérateurs financiers (assureurs), qui à leur tour, mettent en concurrence les offreurs (les professionnels de santé NDLR). La planification (par l'Etat NDLR) dans ce contexte disparaît. »

2/ La réalité

En 2015, la loi de santé concocte un terrifiant mélange entre ces différents scénarii, en s'appuyant sur les notes du CAE² qui oublie toutes les deux « quelque chose »³. Cette fâcheuse lacune tiendra en échec toute politique de santé mettant en œuvre uniquement des stratégies économiques. Ce « quelque chose », c'est d'une part, le lien évident entre santé et environnement (cf pages x et x). Ce « quelque chose », c'est d'autre part, la prise de conscience que la crise que nous traversons n'est pas une crise économique et/ou financière mais bien une crise FISCALE. Or c'est bien ce contexte de crise fiscale que le monde connaît actuellement (cf page x), qui fait que l'Etat n'a plus les moyens de réguler la redistribution du financement des dépenses de santé parce qu'il n'a plus la possibilité légale de s'assurer des ressources suffisantes.

ET surtout, soyons tous bien conscients que si la solidarité avec les plus démunis est un principe de justice sociale, honorable et louable, souvent décrié et mis à mal, l'optimisation fiscale est légale et à l'abri de toute attaque comme le montre la décision du Sénat de mars 2015.

Sylvie Ratier

^{2/} Notes du Conseil d'Analyse Economique "Pour un système de santé plus efficace", n° 8, juillet 2013, Philippe Askenazy, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoff et Valérie Paris ET « Refonder l'Assurance Maladie », n° 12, avril 2014, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoff et Jean Tirole.

^{3/} En mars 2015, le président du Sénat Gérard Larcher a repoussé une demande de création d'une délégation sénatoriale permanente, dotée de moyens, chargée d'enquêter sur l'évasion fiscale.

La labilité et la multiplicité des modes d'exercice : une vraie tendance !

En 2015, 89% des chirurgiens-dentistes exercent en libéral, sous des formes différentes.

La répartition des praticiens est inégale sur le territoire : 50% exercent dans des agglomérations de plus de 200 000 habitants, 18,8 % exercent en zone rurale ou dans des communes de moins de 10 000 habitants.

Mais, à côté de cette cartographie du mode d'exercice, d'autres chiffres analysent leur évolution et celle de la démographie : 35,8% des CD sont des femmes ; 8,2% des CD ont moins de 30 ans, 57,5% étant des femmes.

L'exercice salarié attire 91% des jeunes diplômés, qui après une période s'engagent vers l'exercice libéral. Cela va donc à l'encontre de l'idée que seule les femmes privilégient l'exercice salarié : il s'agit bien d'un phénomène sociétal et non sexué.

De même, au cours de sa carrière, le chirurgien-dentiste peut avoir un exercice libéral puis salarié, ceci pour des raisons personnelles (santé, divorce, déménagement du conjoint,...) ou de choix personnel. Un chirurgien-dentiste peut aussi avoir un exercice mixte : salarié et libéral.

On pourrait continuer d'analyser le pourquoi, de défendre un mode d'exercice plutôt qu'un autre, de vanter les avantages de l'un par rapport à l'autre...

Ne serait-il pas plus utile, plus judicieux d'adapter les propositions de travail et les contrats d'exercice, à cette évolution des carrières qui n'est plus linéaire ? Ce qui permettrait de favoriser les passerelles, de prendre aussi en compte l'évolution vers la multiplicité des exercices, et ainsi de répondre à l'attente de tous les consœurs et confrères, comme aux besoins de soins des patients.

L'évolution des carrières suit l'évolution de la société et de ses modes de vie.

Tenir compte de cette multiplicité d'exercice, c'est aussi dénoncer le fait que les URPS, qui participent à la définition et l'application d'une politique de santé par les ARS, ne concernent que les praticiens libéraux. Pourtant, les praticiens salariés participent tout autant à la politique de santé publique dans les territoires !

La question se pose de la même façon pour la CARCD-SF, qui est la caisse de retraite des seuls Chirurgiens-Dentistes libéraux. Pourquoi les chirurgiens-dentistes salariés n'auraient-ils pas la possibilité de choisir de cotiser à cette caisse ? Ce qui permettrait en plus d'avoir des données pertinentes sur l'ensemble de la profession.

Il est important de pouvoir croiser les différentes visions et problématiques de notre métier, quel que soit notre statut juridique d'exercice.

Le SFCD est le seul syndicat dentaire à regrouper tous ces modes d'exercice.

Marie Brassat

Le morphotype facial de l'enfant ventilateur buccal

Notre propos est de détailler l'impact anatomique de la ventilation buccale sur le morphotype facial d'un enfant en croissance.

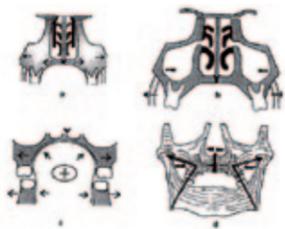
Nous, chirurgiens dentistes ODF, avons un rôle à jouer dans le dépistage et dans la prise en charge du SAOS de l'enfant et de l'adulte. Une bonne connaissance des signes d'appel morphologiques faciaux facilite la mise en évidence de ces affections qui touchent l'état général. C'est ensuite dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire que nous intervenons. En collaboration avec les ORL, allergologues et pneumologues, les orthophonistes, les chirurgiens maxillo-faciaux Les fonctions oro-faciales sont réalisées par l'ensemble des muscles de la face ou « enveloppe fonctionnelle ». La ventilation est la première fonction vitale, elle est normalement nasale, la ventilation buccale n'étant qu'une ventilation de secours.

I / Chez un enfant en croissance, quelles vont être les répercussions d'une ventilation buccale ?

L'enveloppe fonctionnelle et notamment la posture linguale est perturbée lors d'une ventilation buccale ce qui a des répercussions sur les 3 sens de l'espace du développement maxillo-mandibulaire.

Schématiquement, nous pouvons résumer les conséquences de l'obstruction des voies aériennes supérieures ainsi :

- Ventilation Buccale
- Modifications de l'équilibre neuro musculaire
- Hypodéveloppement de l'Etage moyen. Rotation post mandibulaire. Rétro ou prognathie mandibulaire.



D'après l'EMC.



Photo des Drs Cottet et Chapelet. Exemple d'une endognathie maxillaire.

A/ Les conséquences transversales :

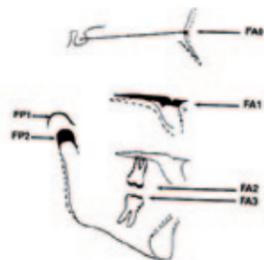
Nous pouvons citer Linder Aronson (1991): « une langue basse élimine les forces d'expansion latérale sur le maxillaire » .

Et Talmant: « la croissance transversale du prémaxillaire résulte de l'action conjuguée du contenu dentaire (développement des incisives supérieures) et de l'enveloppe fonctionnelle du secteur labio-narinaire. »

B/ Les conséquences verticales :

« Chez l'enfant respirateur buccal, la mandibule s'ouvre vers une position plus basse, les dents sont disjointes, la langue doit prendre une position basse pour permettre le passage d'un flux aérien suffisant. L'absence prolongée de contact dentaire entraîne une égression molaire » Principato.

Schudy associe la rotation mandibulaire à un déséquilibre entre l'accroissement de la Hauteur faciale postérieure et celui de la Hauteur faciale antérieure.



L'accroissement de la HFP =

- 1- allongement du condyle
- 2- abaissement de la cavité glénoïde

L'accroissement de la HFA =

- 1- croissance verticale suturale du massif facial supérieur.
- 2- croissance verticale des zones alvéolaires.

Plus tard, Björk et Skieller (1983) introduisent les notions de rotation totale, matricielle, intramatricielle ouvrant la voie à l'objectivation du rôle de l'environnement musculaire dans l'équilibre facial vertical.

Photo d'après Drs Cottet et Chapelet.

Ainsi la croissance mandibulaire de l'enfant ventilateur buccal se fait préférentiellement en rotation postérieure, du fait d'un excès d'accroissement de la HFA, consécutive à une hypotonie des muscles élévateurs, une posture linguale basse et une absence de contact dentaire, afin de laisser passer l'air.

C/ Les conséquences antéro-postérieures :

- D'après Nanda et Broussard, 74% de classes II chez les respirateurs buccaux par bascule postérieure mandibulaire.

- Dans le cas d'apparition de prognathie mandibulaire le schéma étiologique est, d'après Fellus, le suivant :

« Une posture linguale habituelle basse (volume lingual excessif, frein lingual court, ventilation orale) crée une avancée mandibulaire par mise en jeu abusive du Ptérygoïdien latéral. »



Photo des Drs Cottet et Chapelet. Exemple d'une prognathie mandibulaire.

D/ La langue et ses conséquences :

La posture de langue est directement influencée par la « contrainte respiratoire ». Elle va orienter la croissance du massif facial et de la mandibule mais également la forme des arcades dentaires et les rapports occlusaux.

Par ailleurs, un important volume amygdalien va impacter la posture linguale.

Enfin, la posture linguale est en relation avec la posture céphalique :

Une hyperextension est retrouvée chez l'enfant respirateur buccal. Il s'agit d'une extension cervico-céphalique de compensation pour éviter le collapsus pharyngé (ptose linguale + hypotonie vélopharyngée).



Photo des Drs Cottet et Chapelet.

Enfant de 9ans présentant une hypomaxillie, une prognathie mandibulaire, une béance incisive dans le cadre d'une ventilation buccale.

Inversement, dans le cadre d'une rééducation orthophonique, si une béance incisive ou arcade étroite (hypomaxillie, endoalvéolie) persistent, la posture linguale haute ne peut être acquise.

II / Le diagnostic d'une ventilation buccale

Le diagnostic d'une ventilation buccale chez l'enfant va donc être établi par le chirurgien dentiste ODF en corrélant les dysmorphies squelettiques et occlusales décrites ici, avec l'interrogatoire ainsi qu'avec l'examen de l'oropharynx. C'est ensuite au confrère ORL, allergologue ou pneumologue d'établir si cette ventilation buccale s'inscrit dans un SAOS.

Les points à relever à l'interrogatoire dans le cadre d'un diagnostic de ventilation buccale :

NOCTURNES :

- Ronflement
- Sommeil agité
- Tête en hyperextension
- Gêne respiratoire, tirage
- Pauses respiratoires
- Réveils
- Hypersudation
- Enurésie, Nycturie,

- Parasomnies, cauchemars
- Bruxisme
- Soif au réveil

DIURNES :

- Irritabilité, hyperactivité
- Asthénie
- Somnolence
- Respiration buccale
- Troubles attention, mémoire, difficultés scolaires (+OSM)
- Difficultés alimentaires
- Retard staturo-pondéral

Quant à l'examen de l'oropharynx, l'aspect des amygdales et du voile du palais sont accessibles au chirurgien dentiste.



Photos du Dr Franck Braun.

En conclusion :

Le spécialiste en orthopédie dento-faciale et le chirurgien dentiste ont une place centrale dans le dépistage et le traitement des troubles ventilatoires.

C'est un travail d'équipe où le « tout ORL tout orthopédie, tout orthophonie » est banal.

Les troubles ventilatoires se manifestent très tôt, ce qui doit nous conforter dans l'idée d'un dépistage orthodontique encore plus précoce que ce nous faisons.

L'indispensable collaboration ODF-ORL va à l'encontre de la volonté actuelle de démedicaliser notre profession.

Drs Catherine Cottet et Sophie Chapelet

Ne trichez pas avec votre dos

EXIGEZ





15 JOURS

OFFRE D'ESSAI

Le vrai!

Notre site internet: bambach.fr ADF niveau 2 stand 2L04

Femmes et perturbateurs endocriniens

1/ La déclaration de Wingspread

L'expression « perturbateur endocrinien (PE) » a été créée en 1991, lors d'une réunion de 21 scientifiques de disciplines différentes à Wingspread (USA). La déclaration finale affirmait qu'« un certain nombre de substances chimiques émises dans l'environnement ont le potentiel de perturber le système endocrinien des espèces animales, y compris donc celui de l'espèce humaine, et peuvent être à l'origine d'impacts sanitaires, notamment sur la reproduction ».

Cela a été largement confirmé au cours des deux décennies suivantes. L'Endocrine Society des Etats-Unis conclut ainsi en 2009 une revue de la littérature : « les preuves de résultats préoccupants en matière de reproduction (infertilité, cancer, malformations) venant de l'exposition aux perturbateurs endocriniens sont fortes, auxquelles il faut ajouter un nombre croissant d'effets, comme des effets thyroïdiens, neuroendocriniens, sur l'obésité et le métabolisme, sur l'insuline et l'homéostasie du glucose ».

2/ Le changement de paradigme pour les PE

Les PE remettent en cause le fondement de la toxicologie classique établi par Paracelse au 16^{ème} siècle et résumé dans la formule « C'est la dose qui fait le poison ».

Avec les PE, on est dans un mode d'action radicalement différent résumé en cinq points principaux :

■ **La période d'exposition in utero est déterminante** : « la période fait le poison ». Par exemple, pour le Bisphénol A (BPA), l'exposition chez l'animal pendant la gestation induit dans la descendance : cancer du sein, cancer de la prostate, diabète de type 2 et obésité, troubles de la reproduction et du comportement

■ **Les effets surviennent alors que les traces directes de l'exposition ont disparu** : on a observé, chez les enfants des femmes ayant utilisé le médicament distilbène (DES) dans les années 50-60, des troubles du comportement, des atteintes de la reproduction (malformations génitales, stérilité) et, spéci-



quement chez les filles, des cancers du vagin et des cancers du sein. Une étude a montré chez des jeunes danoises un lien entre taux d'obésité et imprégnation maternelle aux perfluorés à la naissance.

■ **Une exposition à plusieurs PE peut induire un effet très supérieur à celui observé pour chaque PE individuellement. C'est ce que l'on appelle l'effet cocktail.** Par exemple, une exposition du fœtus pendant la grossesse à un plastifiant [DEHP]), deux fongicides (vinclozoline et prochloraz) et un médicament (finastéride) induit une féminisation des mâles à des doses qui, individuellement, n'induisent pas d'effet. Récemment, cet effet cocktail a été confirmé pour un mélange chlordane (un pesticide organochloré) et éthinylestradiol (composant de la pilule) ou alimentation grasse et BPA.

■ **Les effets peuvent être plus forts à faible dose qu'à forte dose** : la relation dose-effet suit une courbe en cloche, ce qui est en opposition avec la courbe dose-réponse linéaire habituelle

■ **Les effets des perturbateurs endocriniens peuvent être transmis aux générations futures à travers les modifications épigénétiques, c'est-à-dire en perturbant l'expression des gènes.** L'exposition au BPA de rates gestantes, à des doses correspondant aux doses auxquelles la population humaine est exposée, induit une baisse de la fertilité et de la qualité du sperme chez les fils, les petits-

fils et les arrière petits-fils, bien que ceux-ci n'aient pas été eux-mêmes exposés après leur naissance.

Ces caractéristiques bouleversent la toxicologie. Elles doivent conduire en conséquence à changer le modèle de la santé publique en mettant l'accent en priorité sur la protection de la période de la gestation.

Après l'interdiction du BPA dans les biberons et les contenants alimentaires, la France a été le premier pays au monde à se doter en avril 2014 d'une stratégie nationale perturbateurs endocriniens, dont l'objectif est la réduction de l'exposition de la population. Cela suppose d'éliminer au maximum les PE, là où on les trouve : cosmétiques, produits domestiques, pesticides, eau, air intérieur et extérieur, alimentation, médicaments et dispositifs médicaux.

Les femmes ont donc un rôle majeur à jouer dans cette mobilisation pour un environnement sans PE.

André Cicoella

Chimiste Toxicologue, Président du Réseau Environnement Santé MDA
206 quai de Valmy 75010 Paris
a.cicoella@reseau-environnement-sante.net



Pilotage
Professions Libérales CIC
Vous accompagner
avec des solutions pensées
pour exercer en libéral.



Fiche Technique - Chirurgien-Dentiste Employeur

La complémentaire santé obligatoire pour les salariés dans les cabinets dentaires

Au 1^{er} janvier 2016, toute entreprise devra proposer une complémentaire santé collective à ses salariés. La loi relative à la sécurisation de l'emploi, qui transpose l'ANI¹, l'impose.

La branche des cabinets dentaires² a conclu un accord le 13 mars 2015, définissant les garanties minimales du régime de branche, diffusé le 2 octobre 2015. Elle a lancé un appel d'offres en mai dernier afin de recommander un maximum de trois organismes assureurs. C'est finalement AG2R qui remporte cet appel d'offres en solo. Le régime de base est tarifé à 29,90 € par mois par salarié (17,94 € pour le régime d'Alsace-Moselle). De manière facultative (donc à la charge exclusive du salarié) les conjoints et les enfants à charge peuvent être inclus dans la couverture à titre d'ayants-droit, respectivement pour 31,30 € et 18,20 € par mois.

A noter, comme le précise l'accord de branche, l'employeur est en charge (à minima) de 60% de la cotisation, soit dix points au-dessus du minimum réglementaire de 50%.

Mode d'emploi

Base légale de l'obligation

C'est l'employeur qui met en place cette complémentaire santé d'entreprise :

- soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, notamment par accord d'entreprise;
- soit par décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis par lui à chaque bénéficiaire des garanties.

C'est également l'employeur qui négocie le contrat et assure son suivi auprès de l'organisme assureur.

C'est l'employeur qui communique, lors de l'embauche, au salarié l'accord applicable dans le cabinet (en pratique, il remet au salarié 2 exemplaires de l'accord et en

1/ Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 sur la compétitivité et la sécurisation de l'emploi
2/ IDCC 1619

archive un signé de la main du salarié). S'il s'agit d'un CDD, le contrat de travail devra mentionner le nom et l'adresse de l'organisme assureur.

Il remet au salarié une notice détaillée indiquant notamment les garanties prévues. Le salarié doit être informé par écrit avant toute réduction des garanties.

Déclinaison dans les cabinets dentaires Champs d'application de l'accord.

L'accord collectif de branche s'applique sur le territoire national métropolitain et les départements d'outre-mer à tous les salariés relevant de la convention collective nationale des cabinets dentaires, quelles que soient leur ancienneté et la nature de leur contrat de travail, bénéficiant d'une couverture complémentaire collective à adhésion obligatoire en matière de frais de santé.

A noter que cet accord peut s'appliquer aux chirurgiens-dentistes salariés d'un chirurgien-dentiste libéral, alors même que ces derniers sont exclus de cette convention collective.

Dispenses d'affiliation.

L'accord permet au salarié de demander par écrit une dispense d'affiliation dans les cas suivants :

- 1/ le salarié déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé à la date de mise en place des garanties collectives obligatoires définies dans le présent accord ou à la date d'embauche si elle est postérieure à cette mise en place. La dispense vaut jusqu'à échéance du contrat individuel s'il le justifie par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;
- 2/ le salarié qui bénéficie par ailleurs, en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective «frais de santé » et qui le justifie annuellement auprès de l'employeur.
- 3/ le salarié bénéficiaire d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale (ACS), s'il le justifie par écrit et au



moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;

- 4/ les salariés en CDD :

- le salarié en contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois qui justifie auprès de l'employeur, par écrit et au moyen des documents nécessaires, d'une couverture individuelle complémentaire « frais de santé » ;

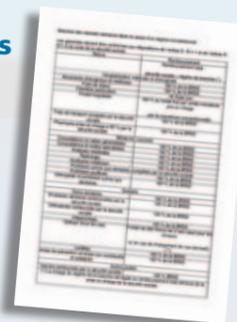
- le salarié en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois qui bénéficie ou non d'une garantie individuelle « frais de santé » ;

- le salarié en contrat de professionnalisation à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, s'il justifie auprès de l'employeur, par écrit et au moyen des documents nécessaires, d'une couverture individuelle complémentaire « frais de santé » ;

- 5/ le salarié à temps partiel dont la cotisation au dispositif collectif de garanties définies dans le présent accord représente au moins 10 % de sa rémunération mensuelle brute : ex salarié multi employeurs ; Attention : le salarié dispensé d'affiliation ne bénéficie ni de la portabilité des droits en santé ni des avantages sociaux liés au contrat obligatoire et collectif.

Les garanties issues de l'accord de branche

Retrouvez ce document sur le site www.sfcd.fr



Et la loi Evin dans tout cela ?

1/ Le salarié est présent dans l'effectif du cabinet au moment de la mise en place (Art.11 loi Evin)

Il peut choisir de ne pas adhérer si la complémentaire santé est mise en place par décision unilatérale de l'employeur (DUE) et qu'une cotisation est demandée au salarié et vient modifier son revenu (loi Evin). Si en lieu et place de la DUE, le contrat groupe est issu d'un accord collectif ou d'un référendum, le salarié ne pourra plus faire jouer ce droit de dispense. En clair cela veut dire que :

- si le contrat est mis en place avant le 31 décembre 2015 par DUE de l'employeur, le salarié peut utiliser la loi Evin ;
- si le contrat est mis en place après le 1^{er} janvier 2016, l'accord de branche issu de la loi supplante l'article 11 la loi Evin qui ne peut plus être invoqué par le salarié.

2/ Le salarié quitte le cabinet (Art.4 loi Evin)

L'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 dispose que le contrat collectif à adhésion obligatoire doit fixer les modalités selon lesquelles l'organisme s'engage à maintenir la couverture santé au profit des anciens salariés de l'entreprise.

L'ensemble des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin sont d'ordre public et il est impossible d'y déroger par une clause contraire.

Il s'applique :

- aux salariés qui ont perdu leur emploi pour une raison indépendante de leur volonté (départ en retraite, licenciement, invalidité, fin de CDD, etc.) ;
- aux salariés qui ont démissionné pour une raison légitime, et qui perçoivent un revenu de remplacement (allocation chômage, de formation, etc.) ;
- à la famille d'un salarié décédé.

Pour prétendre à l'application des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin et du maintien de la couverture santé, via une adhésion individuelle ou un contrat collectif facultatif, le salarié doit avoir été assuré précédemment à titre collectif et obligatoire. En effet, ces dispositions sont applicables seulement aux salariés qui ont souscrit antérieurement à un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Je n'ai pas mis en place d'assurance complémentaire santé dans mon cabinet au 1^{er} janvier 2016, qu'est-ce que je risque ?

- un litige devant les Prud'hommes ;
- en cas de contrôle fiscal, un redressement à hauteur de la prise en charge définie dans l'accord de branche sur 3 ans.

Que se passe-t-il en cas de suspension du contrat de travail ?

- **pour arrêt de travail** : le contrat de travail du salarié est suspendu ; le salarié continue à bénéficier de la couverture complémentaire santé à laquelle il est affilié, avec maintien de la participation employeur dès lors qu'il bénéficie d'indemnités journalières de la sécurité sociale et/ou du régime de prévoyance ou d'un maintien de sa rémunération par son employeur. La cotisation due par le salarié est précomptée sur sa rémunération maintenue.
- **pour arrêt maternité** : il bénéficie de couverture complémentaire santé à laquelle il est affilié. Le salarié acquittera sa quote-part de cotisation auprès de l'employeur mensuellement au plus tard le 20 de chaque mois, afin que ce dernier puisse s'acquitter de la cotisation.
- **pour arrêt congé parental** : qui n'ouvre pas ou plus droit au maintien de salaire ou aux indemnités journalières de la sécurité sociale, les garanties prévues dans l'accord sont suspendues ainsi que l'obligation de cotisation. De même, la participation employeur est suspendue jusqu'au retour du salarié dans l'entreprise. Toutefois, le salarié peut demander le maintien du bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

La portabilité, qu'est-ce que c'est ?

La rupture du contrat de travail, quels qu'en soient la cause ou le motif, met fin aux garanties et au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif. Mais le dispositif de « maintien des droits », appelé aussi « portabilité des droits », permet à un ancien salarié pris en charge par l'assurance chômage, en cas de rupture de son contrat de travail, de conserver sa couverture santé sous certaines conditions.

Hors retraite, le salarié bénéficie de la portabilité si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- le contrat de travail a été rompu pour un motif autre que la faute lourde ;
- la cessation du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation par l'assurance chômage ;
- le salarié a travaillé au moins 1 mois entier chez l'employeur ;
- le salarié a adhéré à la couverture complémentaire santé collective mise en place dans l'entreprise.

L'employeur informe l'organisme assureur de la date de cessation du contrat de travail. Il mentionne dans le certificat de travail remis au salarié son droit, ou non, à la portabilité, le maintien des garanties ainsi que la durée de ces dernières.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, ne peut excéder 12 mois.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de son indemnisation par l'assurance chômage ainsi que toute modification de sa situation entraînant la cessation du maintien des garanties. Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

Le financement : le maintien des droits au régime frais de santé est assuré sans contrepartie de cotisation. Le niveau de garanties : pendant la période de portabilité, les garanties sont identiques à celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle le salarié appartenait. En cas de modification du contrat des actifs, les modifications de garanties sont appliquées au salarié.

Une équipe à votre écoute
sur Paris-Île de France !
CONSEIL EXPERTISE FORMATION SERVICE



PROFITEZ DU MEILLEUR DE L'INNOVATION
Votre équipement se doit d'être irréprochable et porteur de nouvelles solutions de travail.

TRAVAILLEZ SEREINEMENT
Votre environnement de travail s'adapte à vous et répond aux exigences du quotidien.

REPOSEZ-VOUS SUR NOTRE ÉQUIPE
Vous orienter vers le choix le plus pertinent. Votre confiance est le plus beau résultat.

RETROUVEZ-NOUS
AU CONGRÈS ADF
STAND
sirona
The Dental Company
2N03



www.dentalinov.com
01 42 21 21 51
contact@dentalinov.com

L'éco-responsabilité : les laboratoires de prothèse aussi !

L'éco-responsabilité est un défi relevé par un laboratoire de prothèse dentaire de Midi-Pyrénées. Un de ses responsables a bien voulu répondre à nos questions.

La voie d'entrée de cette démarche a été la santé des salariés par rapport au bâtiment. Une coopération avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie a permis à celle-ci d'étudier la conception du bâtiment, du sol au plafond : sol anti-vibrations de piétinement et antidérapant, éclairages, isolation phonique, système d'aspiration et de recyclage de l'air en plus des bouches d'aspiration aux postes de travail, récupération du plâtre usagé dans des bacs de décantation extérieurs.

Ce système est particulièrement intéressant (photo) car habituellement, le plâtre repart directement dans le réseau des eaux usagées. Là, une société passe tous les 3 mois pour récupérer les déchets de plâtre et les transporte dans une usine de retraitement spécialisée.

Cette coopération s'assortissait d'une subvention de 40 000 euro, qui a permis de recouvrir la moitié du coût des travaux supplémentaires exigés par la CRAM : c'est donc un vrai choix de démarche qui a été fait.

Si certains points de cette coopération ont été très positifs (gestion des déchets de plâtre, traitement de l'air vicié), d'autres ont révélé le manque de connaissances des ingénieurs de la CRAM, quant aux spécificités d'un laboratoire de prothèse dentaire :

- **sous-estimation de l'isolation phonique du compresseur** : le bruit et les vibrations étaient transmis à tout le bâtiment par la dalle commune. Le compresseur, positionné en mitoyen d'un autre professionnel de soin, au lieu de l'être à l'extrémité du bâtiment comme suggéré par le prothésiste, a occasionné un procès avec la voisine et un surcoût de réaménagement à la charge du laboratoire ;

- **la multiplication des éclairages génère une hausse telle de la température** (le bâtiment étant parfaitement isolé) que la climatisation doit fonctionner jusqu'en décembre

- **le moteur d'aspiration était surdimensionné** (3 moteurs préconisés). Il a fallu mettre un système asservi, permettant désormais un

démarrage progressif des moteurs en fonction des besoins d'usage.

Pour les métaux utilisés pour les prothèses, seul le métal initial est travaillé : il n'y a pas de réutilisation des chutes de métal coulé. Les métaux viennent de marques connues et reconnues pour leur fiabilité.

Pour le chrome cobalt, le laboratoire a fait le choix de la coopérative de production de laboratoires de prothèses dentaires : 14 laboratoires de la région se sont regroupés. Chaque laboratoire gère le suivi de la fabrication de chacune de ses prothèses.

Ce sont des machines de micro-fusion laser : un rouleau dépose à chaque passage une fine couche de grains de Cr-Co qu'un rayon laser vient agglomérer et sculpter en fonction du dessin numérique de la prothèse.

Pour l'utilisation du numérique, le bilan est plutôt mitigé :

- **positif pour le scannage des chapes de bridge au laboratoire** : plus de coulée (donc plus de vapeurs de coulée), plus de mise en revêtement et de sablage (donc plus d'utilisation de matériaux et plus de production de déchets), beaucoup moins de poussières de grattage des armatures puisqu'elles sont très précises : autant de gagné en terme de temps et de pollution (pour les personnes comme pour l'environnement). Par contre, le temps de scannage et la fatigue visuelle du travail sur ordinateur de scannage, comme l'immobilisation du scanner en cas de panne, ne sont pas négligeables ;

- **très mitigé pour les empreintes optiques au cabinet dentaire** : lorsque le dentiste a acheté un système fermé, il n'y a pas de compatibilité possible avec le logiciel du laboratoire. Quand c'est un système ouvert, le laboratoire doit acheter l'interface caméra optique/logiciel labo, autant de fois qu'il y a de logiciels différents chez les dentistes prescripteurs !

A cela se rajoute le problème des sociétés de logiciels et de machines numériques qui n'existent plus au bout de 3 ans : plus de SAV possible.

Le retour des praticiens est aussi très mitigé : concernant les systèmes de restauration en une séance, les praticiens se sont dit souvent déçus par le temps qu'il faut y passer : c'est



une vraie charge de travail supplémentaire (temps, pannes,...).

Idem pour la prise d'empreinte optique : un couple de chirurgien-dentiste interrogé a donné des réponses très différentes. Le mari appréciait le côté gadget et l'utilisait avec plaisir alors que sa femme trouvait que c'était une perte de temps (allumer la caméra, rentrer les coordonnées, pannes,...) et est revenue à la prise d'empreinte classique.

Ces retours de praticiens se sont faits lors de la journée portes ouvertes du laboratoire qui présentait sa démarche d'éco-responsabilité et de coopérative de production : les chirurgiens-dentistes ont manifesté peu d'intérêt pour le premier thème, se montrant plus attentifs au prix des prothèses et pour cer-

tains à la qualité du travail, dont les critères étaient visiblement opérateur-dépendants.

Et l'avenir des laboratoires de prothèse ?
Le responsable du laboratoire s'interroge beaucoup : la légalité du prescripteur qui s'installe fabricant, la disparition des petits laboratoires rachetés par des gros concentrant l'activité : les praticiens ne pourront maîtriser ni les coûts (les petits laboratoires refont le travail gratuitement, pas les gros), ni les services (proximité, relation de visu). Est-ce une évolution inexorable ?

Idem pour l'envahissement du numérique :
pourra-t-on travailler, voire vivre, autrement que connectés ? Par exemple pour certains produits, il est obligatoire d'être sur Facebook. Même questionnement d'ailleurs pour les déclarations d'impôts qui ne pourront se faire que via internet : comment feront les personnes qui n'ont pas d'ordinateur ? Seront-elles inexistantes socialement ?

Autre question : la multiplication des sources d'ondes électromagnétiques dans les laboratoires de prothèse (éclairages, micromoteurs, matériel numérique) qui est difficilement maîtrisable car non connu et non repérable hormis par des spécialistes (géobiologues). Enfin, l'apparition des fonds de pension américains l'inquiète beaucoup : il a entendu parler d'un projet dans le nord-est de la France d'un grand laboratoire de prothèse de 100 à 150 salariés, financé par ces fonds de pension. Les caméras optiques et les tablettes seraient offertes aux praticiens qui travailleraient avec ce laboratoire.

L'omniprésence dans les facultés de sociétés qui vendent des caméras l'interpelle aussi : n'est-ce pas du formatage des futurs chirurgiens-dentistes à un certain mode d'exercice ?

Cet entretien fort instructif m'a permis de constater que bon nombre de nos questionnements se font écho, et que nous aurions tout à gagner à mener une réflexion commune et globale (technologique, environnementale, sociale, économique) à toute la filière dentaire.

Nathalie Ferrand

L'eau au cabinet dentaire

Les risques liés à l'eau au cabinet dentaire

Le cabinet dentaire est alimenté essentiellement par de l'eau du réseau public, très souvent de bonne qualité, et doit répondre aux normes de potabilité (1).

Malgré cela, le réseau de distribution intérieur au bâtiment ou à l'unité de soins dentaires constitue un facteur de risque. D'une part, la consommation d'eau est souvent faible avec de longues périodes de stagnation et d'autre part cette eau contient des micro-organismes qui peuvent coloniser, en association avec les germes pathogènes réaspirés au niveau de l'instrumentation dynamique, les parois internes des circuits de l'unité dentaire et être responsable de la formation d'un biofilm (2).

En outre, pendant ces périodes de stagnation la température de l'eau augmente créant un milieu favorable au risque de prolifération de Legionella et à la formation de biofilm.

Des fragments de ce biofilm peuvent se détacher sous l'effet hydrodynamique et contaminer le personnel soignant et le patient.

Des études menées dans différents pays ont démontré que les unités de soins dentaires peuvent présenter un taux de contamination microbienne élevé. Ainsi, l'entretien régulier et permanent du cabinet dentaire doit faire l'objet de toutes les attentions afin d'éviter tout risque sanitaire.

Il peut y avoir trois sources de contamination associées aux soins :

Eau au point d'entrée (réseau de distribution)

Escherichia coli	0/100 ml
Germes aérobies revivifiables	≤100 UFC/ml à 22°C

Eau aux points d'usages (évier, fontaines unit, P.I.D.)

Pseudomonas aeruginosa	<1UFC/100 ML
Germes aérobies revivifiables	≤100 UFC/ml à 22°C ≤10 UFC/ml à 36°C

Critères de potabilité fixé par le code de la santé publique articles R;1321-1 à R;1321-5

par voie digestive, respiratoire et parentérale.

■ **Infections digestives :** Les Salmonelles, les Listeria ou les parasites responsables de diarrhées. Les virus B,A et E que l'on peut retrouver sur des dispositifs médicaux véhiculés par l'eau des points d'usage du cabinet dentaire. Le Pseudomonas aeruginosa ou Bacille Pyocyanique que l'on peut retrouver dans les locaux de soins.

■ **Infections respiratoires :** La Legionella pneumophila, le Pseudomonas aeruginosa et certaines mycobactéries peuvent être présentes dans des aérosols (ou circuits d'eau chaude et climatiseurs) et provoquer la contamination de l'équipe soignante par inhalation. Néanmoins, les patients immunodéprimés ou âgés sont plus exposés.

■ **Infections parentérales :** L'eau contaminée au contact de l'os et des tissus conjonctifs peuvent conduire à des infections associées aux soins et provoquer des destructions osseuses avec des séquelles fonctionnelles. Il est préférable d'utiliser de l'eau stérile pour l'irrigation des plaies chirurgicales au cours des interventions de chirurgie, de parodontologie et en implantologie. Cela nécessite l'utilisation d'un dispositif de poches et de tubulures stériles à usage unique totalement indépendant des circuits d'eau de l'unité dentaire.

Si le risque infectieux est relativement faible pour les patients immunocompétents traités dans un cabinet dentaire, la dose infectieuse

requis pour provoquer l'infection chez un patient immunodéprimé, chez la personne âgée et chez le malade chronique est plus faible que celle requise chez l'enfant et l'adulte en bonne santé.

Une prévention du risque infectieux doit être mise en œuvre pour réduire le niveau de contamination aux points d'usage du cabinet dentaire. Elle doit être basée sur des règles de bonnes pratiques et sur des moyens physiques et chimiques.

La purge des équipements, une mesure nécessaire et préventive.

La non-utilisation de l'unité dentaire favorise la prolifération des micro-organismes. La purge des équipements permet de réduire efficacement la concentration microbienne.

■ **En début de séance :** Afin d'éviter la survenue d'infections chez le patient, il est indispensable d'effectuer une purge des équipements en début de séance pendant au moins 5 minutes avant l'utilisation de l'unité (Conformément au guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie -2ème édition - Juillet 2006). La purge permet d'évacuer les fluides potentiellement infectés et doit être réalisée avant de connecter les porte-instruments dynamiques (PID). Des unités dentaires récents disposent de systèmes qui permettent de simplifier la procédure.

■ **Entre chaque patient :** Au cours des soins, des fluides buccaux peuvent pénétrer par rétrocontamination à l'intérieur des PID et contaminer les circuits d'eau des unités dentaires. **Cette purge de 20 à 30 secondes entre chaque patient** (Conformément au guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie -2ème édition - Juillet 2006) permet de les éliminer et doit impérativement être réalisée même pour les unités dentaires dotés de dispositifs anti-reflux. En pratique, la purge est effectuée en laissant les PID utilisés pour le patient précédent raccordés aux cordons

d'alimentation. Ce processus a pour fonction d'évacuer les micro-organismes et les débris organiques présents en suspension dans les conduits internes.

A la fin de la journée, l'assistante dentaire effectue les mêmes opérations que celles réalisées entre chaque patient (évacuation des déchets, nettoyage, désinfection de l'espace des soins) et complète ces mesures d'hygiène par la désinfection du crachoir et des tuyaux du système d'aspiration

L'utilisation de l'aspiration chirurgicale permet de diminuer considérablement les effets des aérosols provenant de l'instrumentation dynamique.

Le traitement physique et chimique de l'eau

Les robinets des points d'usage doivent être équipés de filtres mécaniques (pores de 0,2 µm) afin de diminuer la charge microbienne d'une façon importante.

Néanmoins, ces filtres ne sont d'aucune utilité sur les endotoxines bactériennes (3).

D'un point de vue microbiologique, l'utilisation de désinfectants comme l'hypochlorite de sodium (eau de javel) ou le peroxyde d'hydrogène (eau oxygénée) permet de diminuer la charge microbienne à des niveaux proches d'une eau destinée à la consommation humaine. Toutefois, les fines tubulures de l'unité dentaire peuvent être dégradées par certains désinfectants corrosifs.

En règle générale, les désinfectants demeurent dans les tubulures pendant la nuit et sont purgés au matin.

Stéphane Sananès

(1) Critères de potabilité fixé par le code de la santé publique articles R;1321-1 à R;1321-5 (2) Selon l'Association pour la prévention et l'étude de la contamination (ASPEC), un biofilm est un « ensemble de micro-organismes et de leurs sécrétions macromoléculaires (...) présents sur la surface d'un matériau. » (3) Lors de la lyse des biofilms et de la mort des bactéries pathogènes, il y a libération dans l'eau qu'elles contiennent d'un très grand nombre d'endotoxines incluses dans les parois de ces organismes.



A noter

Avec le décret Montebourg¹, un 12^{ème} amendement a été rajouté à l'article l'art R153-2 du code monétaire et financier. Ce rajout intègre dans la souveraineté nationale économique :

- **l'approvisionnement en eau** dans le respect des normes édictées dans l'intérêt de la santé publique
- **ET la protection de la santé publique.**

Ou comment, une mesure de protection contre les « investissements étrangers » fait doucement glisser dans le champ économique, des domaines, qui, a priori, n'ont rien à y faire !

Sylvie Ratier

^{1/} Décret Montebourg, décret n°2014-479 du 14 mai 2014 relatif aux investissements étrangers soumis à autorisation préalable, qui modifie l'art R153-2 du code monétaire et financier

Que ton aliment soit ton premier (et ton seul ?) médicament

Ce précepte tout simple d'Hippocrate est en train de revenir en force : les aliments trop gras, trop sucrés et trop salés, sont clairement responsables de pathologies cardio-vasculaires, d'obésité, de diabète... de caries et d'érosions dentaires !



Le chirurgien-dentiste a donc une place de choix dans cette dynamique de santé qui replace l'alimentation au début de tout : qu'elle soit pathogène, guérisseuse, ou mainteneuse en bonne santé. Les articles sur le sujet sont nombreux dans la presse spécialisée comme généraliste.

Ce dont on parle moins (pour le moment), c'est l'importance des modes de cuisson dans la qualité nutritive de l'aliment.

Fritures (700°C), grillades (300°), four (de 180 à 240°C), poêle (de 200 à 220°C) ; cocotte-minute (140°C), eau bouillante (100°C), micro-onde (de 75 à 100°C) : les températures de cuisson sont très diverses.

Sur un plan chimique, la cuisson des aliments génère des réactions complexes, faisant apparaître de nouveaux composés qui n'existaient pas dans l'aliment cru.

Certains de ces composés peuvent être résistants aux enzymes digestives, devenant ainsi des antigènes qui ne seront pas reconnus par l'organisme. D'autres composés peuvent être cancérigènes.

Pour d'autres aliments, la cuisson est un plus, en permettant de les rendre plus digestes (pommes de terre).

Parmi ces composés créés par la cuisson, les plus connus sont les composés de Maillard, responsables des arômes et caractérisés par leur couleur brune (café torréfié, pain grillé, oignons revenus, ...).

Recherchée en cuisine pour les goûts développés, la réaction de Maillard entraîne aussi malheureusement la dégradation de nombreux nutriments (vitamines, acides aminés, sucres, acides gras essentiels, ...).

Ces produits dégradés interagissent et génèrent des AGE (Advanced Glycated End Products), considérés aussi comme des composés de Maillard, qui se comportent comme des antigènes dont certains ont un potentiel inflammatoire, pro-oxydant voire cancérigène.

Pour limiter ces composés de Maillard, la solution est simple : limiter les cuissons vives (fritures, grillades, four au-dessus de 140°C, poêle feu vif) et préférer les cuissons douces : car c'est la fréquence de la consommation d'aliments chargés en composés de Maillard issus des cuissons vives qui pose problème.

- **Concernant les cuissons douces**, la cocotte-minute (ustensile préféré des mamans qui bousculées !) a l'immense avantage d'une cuisson rapide. Par contre elle « lessive » les aliments de leurs sels minéraux : ces derniers tombent dans l'eau au fond de la cocotte. La vitamine C disparaît, et seules les vitamines B résistent assez bien.

- **Même inconvénient pour la cuisson à l'eau :** les sels minéraux allant du plus au moins concentré, les aliments sont là aussi « lessivés ». Les légumes qui perdent le plus leurs sels minéraux et vitamines sont dans l'ordre : les légumes verts feuillus (épinards), les légumes racines (carottes, panais) et les bulbes (oignon, poireaux).

- **Par contre, ces inconvénients n'existent pas dans les cuissons douces « à vapeur retenue », c'est-à-dire sans pression... et sans eau rajoutée !** Les aliments cuisent dans leur eau de constitution : c'est une cuisson « à l'étouffée ». Pas la peine non plus de saler : ce sont les sels minéraux des aliments qui s'en chargent, laissant intact le goût de l'aliment.

Un des inconvénients est un temps de cuisson plus long, qui nécessite de s'organiser différemment : soit cuisiner la veille pour lendemain, soit s'y mettre plus tôt ! Le coût de ces ustensiles de cuisson est aussi plus élevé à l'achat, mais ils sont infatigables : inox à fond épais et verre pour la cuisson aux infrarouges. Enfin, c'est un mode de cuisson économe en énergie : même si le temps de cuisson est plus long, le feu bien plus doux ne le rend pas énergivore. **Dans les cuissons douces figure aussi la cuisson au wok** (là le temps de cuisson est très court, mais les aliments sont sautés à l'huile. Avec le couvercle, c'est une cuisson comparable de celle à l'étouffée) et la cuisson en papillote (cuisson à l'étouffée aussi).

- **Enfin, le cas particulier de la cuisson au four micro-onde :** l'élévation de température est due à une extrême agitation des molécules des aliments, qui modifie les formes lextrogynes en dextrogynes pour les acides aminés (et vice versa pour les sucres), et les formes cis en trans pour les acides gras polyinsaturés (graisses animales). Ces transformations moléculaires des aliments créent de nouvelles molécules qui ne peuvent pas être scindées

par nos enzymes, les transformant ainsi en antigènes responsables de certaines réactions inflammatoires de l'intestin grêle.

Ces inflammations intestinales sont à l'origine de désorganisation des cellules tapissant la muqueuse intestinale qui laissent passer des molécules trop grosses, qui ne sont pas reconnues par notre système immunitaire et sont considérées comme des antigènes : phénomène retrouvé dans la recto-colite hémorragique, la maladie de Crohn, et certaines pathologies dermatologiques comme l'eczéma.

Finalement, curieuse société où nous achetons (très cher !) des vitamines et des sels minéraux que nous avons fait partir dans notre eau de cuisson, et où nous consacrons des sommes de plus en plus considérables à soigner des cancers provoqués par des modes de cuisson pathogènes.

Le cru serait aussi à revaloriser, tant pour ses valeurs nutritives (à condition de choisir des aliments qui ne soient pas noyés sous les pesticides, les antibiotiques et les perturbateurs endocriniens !) que pour ses atouts dans la mastication : nos capteurs ligamentaires adorent être sollicités par le croquant d'une pomme ou d'un radis.

Une idée intéressante : mixer puis saupoudrer du chou-fleur cru sur du cuit (faisable aussi avec des haricots verts, des salades cuites, des épinards, des poireaux, des betteraves).

Enfin, un principe tout simple et souvent oublié : plus le fruit ou le légume est ramassé mûr, plus il a de valeurs nutritives ; plus il est consommé rapidement après avoir été cueilli, plus il conserve ses valeurs nutritives. Donc, pour les chanceuses qui le peuvent, vive le potager et les fruitiers à la maison !



Sinon, favoriser les marchés de producteurs locaux (et bio), ou les paniers de producteurs (AMAP, la ruche, les jardins de cocagne...).

Bon appétit !

Nathalie Ferrand

L'OMNICUISEUR Vitalité®

FACILE, SAIN ET SAVOUREUX AU QUOTIDIEN !

Donnez-leur le meilleur !

Grâce à l'Omnicuisseur Vitalité®
la cuisine va (re)devenir un plaisir !

L'OMNICUISEUR VITALITÉ
ZAC de la Bérangerais
10, rue de la Florie - Bât. C
44240 LA CHAPELLE SUR ERORE
Tél : 02.51.89.18.40 - info@omnicuisseur.com
www.omnicuisseur.com
www.magazine-omnicuisseur.fr

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____
Tél : _____ Email : _____

ENVAIEZ NOTRE DVD GRATUIT (5€ valeur) + documentation

Une cuisson basse température à moins de 100° aux infrarouges qui préserve l'essentiel des vitamines, sels minéraux, fibres et le goût naturel des aliments.

Au placard graisses et sel rajoutés !

Un seul appareil pour tout cuisiner

Voir notre vidéo en ligne de 25 minutes www.omnicuisseur.com



Le bien être oui, mais pour quoi faire ?

Un nouveau patient se présente à l'accueil du cabinet dentaire :
« Avez-vous un détartrage de libre cet après midi ? »

Un autre jour au téléphone :

« - Mais pourquoi voulez-vous un rendez-vous précisément avec le Dr Bestaux ?
- Parce que j'ai horreur des dentistes et que sur Internet, elle n'a pas d'avis défavorable »

ça fait froid dans le dos !

Trente-cinq ans de pratique réelle et pas une opinion virtuelle défavorable ? On dit vraiment n'importe quoi sur Internet ! J'espère avoir déçu voire déçu nombre de patients parce que MOI, le docteur, la docteure, mâle ou femelle peu importe, je ne suis PAS numérique.

Je **soigne** sans m'occuper de l'agitation (ni de l'argent d'ailleurs) que créent les « données numériques » engendrées par ma modeste existence. Et même dans beaucoup de cas je voudrais bien qu'elles n'aient jamais été créées.

Je **soigne** l'urgence avant le détartrage de confort ou d'esthétique.

Je **soigne** mes patients, c'est ballot je le reconnais, pour qu'ils mangent et mastiquent bien avant de m'occuper, grâce à un logiciel de *simulation* et une *tablette*, de leur faire voir « ce que vont devenir leurs dents et leur visage ».

Désolée, cher confrère Président de ce Congrès 2015, je ne *simule* jamais.

Mais j'adore le numérique ! Grâce à la numérisation des données de mon cabinet, on peut espérer sauver quelques arbres brésiliens par la disparition des annuaires papier (ce que je regrette d'un autre point de vue, les annuaires étant indispensables pour rehausser ma petite fille devant le piano). J'adore le numérique ! D'ailleurs je vais me mettre à l'empreinte numérique puisque hier ma dernière assistante arrivée en 2010 a enfin été « baptisée », une patiente lui renvoyant son petit déjeuner à cause de mon désormais périmé alginate. Une patiente en cinq ans c'est le moment d'investir 40 000 euros pour entrer dans le numérique.

J'adore le numérique ! Avec lui je ne connaîtrai plus les longues minutes stupides passées debout avec mes milliers de patients devant le négatoscope à regarder, expliquer, rire,

envisager les soins. Non fini, ils resteront engoncés dans le fauteuil « à mémoire de forme » (rien que le nom m'amuse) à regarder le kinopanorama dentaire, 3D et couleurs artificielles. Ils en auront plein les mirettes avec un peu de Gulli dans un coin pour distraire les enfants, dans un autre la caméra de surveillance, peut-être même la courbe de croissance de mon entreprise dentaire, avec au milieu (quand même) leur radiographie et en surimpression le résultat final du plan de traitement : une tête de communicant « vu à la télé » aux dents toutes blanches et bien alignées. Moi je resterai sur mon siège derrière eux, parole lénifiante et commerciale. Je n'aurai plus à les REGARDER ! Ouf ! La norme : eux allongés et moi assise.

J'adore le numérique mais il me fait un peu peur vous aviez remarqué.

Communiquer avec l'autre n'est pas regarder ensemble la même image, c'est SE regarder en face à face : 20% les yeux, 20% le verbe et 60% le comportement.

Alors Roland, Eric, Joël, Jean-Patrick et Paul, chers confrères et organisateurs du Congrès de l'ADF 2015, pages 8 et 9 du Programme, dans vos bulles bleues je vous adore ! Vous êtes la parfaite illustration de ce que j'écris dans mon livre *Le Sourire et le Sexe*.

Pour nous SEDUIRE, vous vous présentez BOUCHE FERMÉE et vous avez bien raison. Vous ne montrez pas vos dents. Vous n'artificialisez pas votre communication. Vous, cinq hommes regardant une majorité de femmes congressistes. Nous femmes absentes des directions et des décisions depuis 4000 ans, regardons vos cinq gentils sourires sans dents apparentes, des vrais sourires. Je vous remercie de ne pas avoir participé au grand cirque du sourire obligé, du placard blanchâtre aligné. Il ne vous reste plus qu'à trouver des

femmes, un peu absentes de la photo... mais il fallait bien préparer les repas.

Derrière vos avenants visages, il y a vos mots et ce que vous présentez comme des évidences.

Non mon cher Roland, je n'ai pas envie de cet avenir menaçant (mais oui je me sens menacée et même une pauvre femme menacée !) lorsque je lis « qu'il n'y aura pas de retour en arrière dans cette relation » et que cette relation se fonde sur les réseaux sociaux et le Web, les objets connectés, les logiciels de simulation et les données numériques. Je dois « prendre conscience », « accepter ». Mais j'ai déjà pris conscience que le consumérisme des soins est une catastrophe. Je refuse de connecter la brosse 2.0 aux dents de ma petite fille. J'affirme que je me moque des conseils du Groupe Docteur Machin qui veut me vendre des décorations de salle d'attente normalisée avec un sourire de marchand de voiture.

Non mon cher Eric, si je ne mets pas en doute qu'une machine peut travailler plus *précisément* (ce qui ne veut pas dire mieux) je crains que sa mécanisée « production de métal, céramique ou résine » ne me procure la même étrange sensation que j'ai eu récemment en essayant un nouveau matériau cosmétique... une sensation désagréable de mettre un « truc en plastique » dans la bouche de mes patients sous prétexte qu'ils veulent du « couleur dent »... sans parler de l'impression confuse de les prendre pour des cobayes. Non vraiment, à mon âge, je n'en ai pas envie.

Non, chers Joël et Jean-Patrick, la « technicité augmentée » n'est pas gage de « qualité augmentée ». Ce n'est pas parce que les fabricants vont pouvoir mettre des petits voyeurs numériques à distance que nous, praticiens réels, devront méconnaître la situation matérielle réelle de notre environnement et du monde médical. La chaîne de stérilisation commence par la vibration *mécanique* de nos instruments, puis un bon vieux bain d'eau de javel. Dites-moi docteur ça existe l'eau de javel numérique ? Alors quand le gentil technicien de l'autoclave (pas désa-



gréable à regarder ne boudons pas notre plaisir, parole de femme) m'a annoncé qu'il ne viendrait plus *physiquement* mais qu'il allait faire la télé maintenance de l'appareil, je me suis dit qu'une nouvelle fois « l'humain reculait ».

Les pieds sur terre je suis ! Cramponnée aux normes d'accessibilité, le nez au vent devant les problématiques concrètes des VMC de l'immeuble (beaucoup de cabinets dentaires évacuent l'air des aspirations... dans le cabinet) ou la gestion des déchets...

Comme ma grand-mère je suis : j'arrache les orties AVANT de mettre du désherbant. Ne m'imposez pas la technique numérique. Je ne suis pas dans un jeu vidéo.

Et je pose à mon cher Paul (que je sais le plus humaniste de nos informaticiens/dentistes) la question sur le *confort* dont il parle : « Le bien-être, le confort, oui, mais pour quoi faire ? » Vous êtes tous gentils de vouloir faire bien et faire du bien. Mais si, la tête dans les étoiles numériques, nous perdons le SENS de ce que nous faisons, l'avenir de la profession ne sera qu'industriel, normé et affairiste.

Jamais je ne verrai en un patient un *consommateur* de soins ! Même et surtout si c'est lui qui le demande ou le veut.

Alors transformer les cabinets dentaires en entreprises ? Imposer une norme industrielle qualité iso 9001 ? Appliquer la loi de l'offre et la demande de soins ?

« Non, ce ne sera jamais ma tasse de thé », parole de femme souriante sur petit cercle rose !

Manon Bestaux

Chirurgien-Dentiste et Sexologue.

Les chirurgiens-dentistes face aux perturbateurs endocriniens

Voici le titre de l'article remarquable des Dr Sylvie BABAJKO et Katia JEDEON, paru dans « ADF infos » de juillet 2015 (consultable sur notre site SFCD.fr).

Remarquable par la clarté des informations synthétiques et le courage d'appeler un chat, un chat !

Oui, les chirurgiens-dentistes sont face aux perturbateurs endocriniens (PE) en première ligne et « doublement concernés : ils traitent des pathologies résultant de l'exposition aux PE et manipulent aussi des matériaux qui en contiennent ».

Un exemple de ces pathologies, c'est le MIH (hypominéralisation des molaires et des incisives) que nous observons de plus en plus fréquemment chez les enfants au cabinet : elle concernerait de 15 à 18% des enfants de 6 à 9 ans ! (voir article SFCD paru en 2010 et présent sur notre site)

Quelles sont les autres pathologies dentaires reconnues en lien avec les PE ? Les conférences des prochains congrès de l'ADF, entre autres, nous donnerons des réponses, n'en doutons pas.

Quant aux matériaux qui en contiennent, ce sont les amalgames (le mercure est reconnu perturbateur endocrinien) et les composites (soit en produits princeps, soit en produits de dégradation, comme le bisphénol A). Mais pas que... les PE sont aussi présents dans nos dispositifs médicaux, dans nos claviers d'ordinateur.... Ou nos tickets de carte bancaire !

En fait, les PE sont présents partout, y compris dans le monde non-dentaire : des cosmétiques au film alimentaire, en passant par les contenants alimentaires (plastique et boîte de conserve), et de façon générale les plastiques souples.

La difficulté est de savoir où exactement, pour pouvoir les éradiquer, tant leurs conséquences sont catas-

trophiques sur la santé (cf. article d'A. Ciccollella).

Prenons donc le problème à bras le corps, et faisons notre part en tant que chirurgien-dentiste et avec l'ensemble de la filière dentaire : car la question se pose à tous.

En effet, notre profession est à la fois un carrefour de métiers (prothésistes, assistantes dentaires, industriels, revendeurs...) et un carrefour de technicité : nous sommes tous interdépendants les uns des autres, et ne pourrions pas avancer les uns sans les autres.

Les conséquences des PE sur la santé ne sont plus une problématique émergente (contrairement aux nanoparticules, Cf. article de Marie Brassat) : c'est une problématique actée. Nous en sommes à la deuxième phase : celle de la mise en œuvre des solutions.

Quelles réponses la filière dentaire va apporter ? Dans quels délais ? Comment identifier la présence de PE dans nos matériaux et matériels ? Quelle information éclairée apporter à nos patients ? Quelles solutions de substitution ?

Pour le SFCD en tant que femme ET chirurgien-dentiste, il est clair que l'avenir est à une dentisterie sans PE.

Pour ce faire, retrouvons-nous au colloque organisé au printemps au Sénat !

Nathalie Ferrand

Fournisseurs d'énergies

En cette année de COP 21 et de loi sur la transition énergétique, une réflexion sur les fournisseurs d'énergie me semble s'imposer !

Deux énergies intéressent mon propos : l'énergie électrique, sans laquelle il nous est impossible de travailler. Et l'énergie financière, sans laquelle il nous est impossible de travailler !

La France a bâti son autonomie électrique sur l'énergie nucléaire dès le début des années 80 (l'industrie nucléaire ayant été mise en place dans les années 50-60). En 2014, elle représentait 77% de notre énergie électrique, le reste étant fourni par les centrales à énergie fossile (5%) et les énergies renouvelables (air, eau, soleil). La part de ces dernières tend à augmenter, mais de façon bien plus faible que dans les autres pays (en 2013, 17% de l'électricité vient d'énergies renouvelables en France, contre 68% en Autriche, ou 62% en Suède).

Il faut dire que la France s'est spécialisée dans le nucléaire, en faisant une filière d'excellence qu'elle exporte, des systèmes d'exploitation de l'uranium aux centrales nucléaires. Notre pays est le second producteur mondial des producteurs d'énergie nucléaire, après les États-Unis, et le premier producteur mondial d'électricité issue du nucléaire. En 2013, la France était premier exportateur mondial d'électricité.

La pertinence de cette énergie très nucléaire se trouve de plus en plus remise en question, pour nombre de ses désavantages :

- L'uranium est considéré comme une ressource fossile car il ne se renouvelle pas
- Les déchets nucléaires, hautement toxiques et de dégradation très lente, continuent à être enfouis car nous ne savons toujours pas les retraiter (seuls 4% sont retraités)
- Tchernobyl comme Fukushima sont là pour nous rappeler que le risque zéro n'existe pas, qu'il soit d'origine humaine ou naturelle
- Les conséquences de la radioactivité sur la santé sont considérables, et ce sur plusieurs générations : dès Hiroshima en 1943, nous en avons fait « l'expérience en vrai ».

Pourtant, la France a du mal à s'en défaire, malgré les sommes colossales encore englou-



ties dans l'EPR pour... visiblement pas grand-chose. Et malgré les rapports qui lui sont défavorables donc étouffés, comme celui de l'ADEME (avril 2015) montrant que passer à 100% d'énergie renouvelable est non seulement possible, mais coûterait moins cher que le nucléaire !

La voie la plus efficace et rapide semble être un déplacement des parts de marché, autrement dit un choix par le consommateur d'un fournisseur d'électricité qui ne provient pas du nucléaire. Si, si, ça existe !

Depuis l'ouverture partielle à la concurrence en 2000 (jusqu'à l'Electricité de France avait le monopole), puis totale en 2007, des fournisseurs d'énergie privés vendent de l'électricité provenant d'énergies renouvelables pour partie ou en totalité. Le coût en est raisonnablement plus important, et tend à diminuer en fonction du nombre d'acheteurs.

Le départ de nombreux consommateurs de fournisseurs d'électricité provenant en majeure partie de l'énergie nucléaire pour des fournisseurs d'énergie verte devrait, selon les lois du marché, amener EDF à reconsidérer sa politique énergétique.

Pour l'énergie financière... C'est un peu la même chose.

Le choix de la banque appartient au consommateur, et les critères de choix, jusque-là limités à ce que coûte (frais bancaires) et rapporte (taux d'intérêt) la banque vont logiquement se diversifier : car comment désormais faire la différence entre deux banques,

et donc attirer de nouveaux clients, quand tous les critères financiers ont été lissés, au bout du bout du jeu de la concurrence sur les prix ?

Depuis Juillet 2014 en France, il est possible maintenant de savoir à quoi sa banque consacre ses placements et où : ce qui permet de choisir en fonction de critères éthiques, sociaux, et environnementaux (évasion fiscale ? financement d'exploitation de sables bitumineux et de centrales nucléaires ? de sociétés travaillant dans des pays ne respectant pas les droits du travail, le droit des enfants ? investissement dans l'économie sociale et solidaire ?).

Les tarifs bancaires de ces banques éthiques sont tout à fait compétitifs. Et si de nombreux clients se déplaçaient vers elles, la perte de ces parts de marché obligerait là aussi les autres banques à faire d'autres choix.

Souvent nous nous sentons dépassés, comme écrasés par ces grandes forces de l'argent, quand il est non plus un simple outil, mais un but à amasser.

Pourtant, notre pouvoir individuel est énorme : c'est notre pouvoir de décider ce que l'on achète, ou pas, et à quoi va servir notre argent.

C'est un acte citoyen à la portée de chacun, bien plus simple qu'on ne l'imagine.

Changer de fournisseurs d'énergie, qu'elle soit électrique ou bancaire, a été rendu très facile par le jeu de la concurrence : alors, à nous de jouer !

Nathalie Ferrand

Délire ou anticipation ?

Demain, j'invite Jean-Luc et Marcel à la maison. Je le note sur mon agenda électronique qui est connecté avec tout le mobilier de la maison. Sans mon intervention, le jour de l'invitation, le mobilier piloté par la domotique connectée permet l'ouverture des portes et le placement instantané des chaises autour de la table.

Au cabinet dentaire, je règle la position du fauteuil pour Mme Dupin. Son prochain rendez-vous étant intégré dans mon agenda électronique lui-même connecté au fauteuil, lors de son prochain RV, le fauteuil se réglera automatiquement sans mon intervention.

Quand je fais la cuisine, j'en ai assez de salir mes poignées de tiroir : désormais, quand j'approche la main du tiroir, celui-ci s'ouvre seul.

Mon agenda me propose de changer les draps de mon lit toutes les semaines. Le lit équipé d'une technologie adaptée, permet à un rouleau de draps d'en installer automatiquement des propres : je n'ai plus désormais que mon rouleau à laver (ou à changer par un neuf) tous les deux mois.

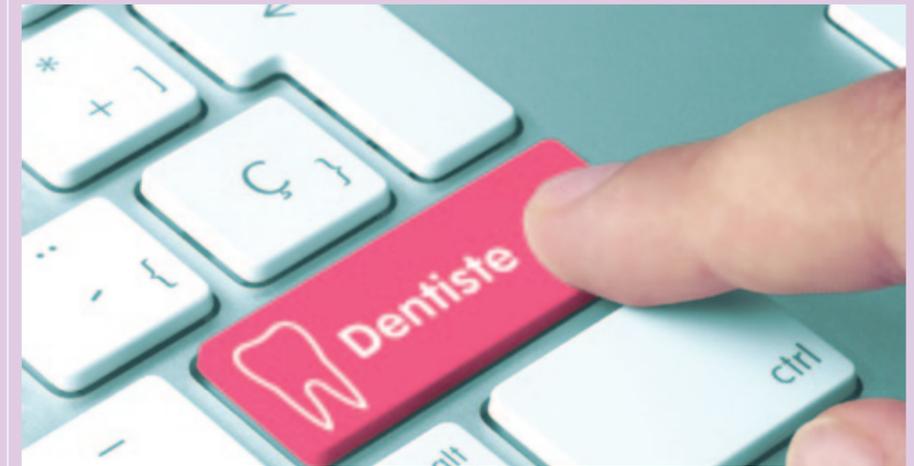
La corvée du lave-vaisselle à remplir et à vider est terminée ! Maintenant, c'est un panier de vaisselle sale puis propre qui circule seul de la table à la machine puis aux espaces de rangement.

Les limites techniques de l'objet connecté n'existent pas : qui pourrait s'opposer à ces propositions technologiques séduisantes, facilitant notre vie domestique et professionnelle ?

D'autant plus que l'objet devient « intelligent ».

Je prends un chemin mais le GPS intégré désormais me l'interdit et me ramène en permanence sur son choix (parce qu'il y a des bouchons, parce qu'il y a un sens interdit,...) : ce n'est plus moi qui décide, mais mon GPS « intelligent » !

Je souhaite poser un implant : le guide chirurgical va décider duquel, où et comment, car il a intégré les informations de la 3D radiologique. Puis le robot chirurgical va le mettre en place avec grande précision. Et enfin, la couronne sera réalisée grâce à une empreinte optique couplée à une imprimante 3D. Tout devient intelligent suivant la sémantique des communicateurs : la maison intelligente, la voiture intelligente, la chaudière intelligente,....



Et l'homme dans tout ça ?

Accepter l'hypothèse de l'objet devenant sujet puisque intelligent et décideur, exige que l'homme s'adapte et devienne « augmenté » de technologies le rendant plus rapide, plus intelligent : c'est un véritable Darwinisme technologisé. Nous étions sur les épaules de Darwin et maintenant, nous mettons la clef USB dans le cerveau de Darwin !

C'est une déshumanisation qui commence par la confiscation de la mémoire humaine : nous externalisons notre mémoire dans des disques durs, dans le cloud, dans un ailleurs qui n'est pas soi, qui n'est pas chez soi, qui est où exactement puisque dématérialisé ?

Mais cette mémoire perdue pour chacun d'entre nous, est collectée et centralisée, concentrée entre les mains de quelques-uns dans des bases de données.

Ces bases de données sont utilisées pour nous analyser et orienter nos choix, nos décisions, nos achats : ce sont les livres « conseillés » en fonction de ceux que nous avons déjà achetés sur un site internet.

Le pouvoir se concentre, et la liberté disparaît.

Plus grave encore : la mémoire numérique s'efface, grâce à la pseudo-obsolésence des supports technologiques. Si un livre dure plusieurs siècles, un format informatique dure 30 ans : les cassettes VHS, les disquettes, les ZIP, les cassettes magnétiques, n'ont plus de supports de lecture. Ils ont été déclarés obsolètes car détrônés par un nouveau support, et lorsqu'on les a conservés, personne

ne peut les réparer par manque de pièces de rechange ou de connaissance technique.

Or confisquer la mémoire d'un individu, c'est confisquer son avenir. Plus de photos des grands-parents, plus de poèmes de la fête des mères... ou plus de dossiers patients. Cet effacement, cette perte de mémoire, c'est l'écran noir, le blackout, véritable burn out technologique par hyper sollicitation, qui affole tout le monde.

Plus on s'en remet à un système technologisé, plus on prend de risque de black out. Mais malgré cette inquiétude, phobie pour les technologues, on continue à se technologiser.

Car les grands financeurs actuels sont désormais les numériques. Ils ont supplantés les pétroliers qui étaient ceux du 20^e siècle. Les grands financeurs n'ont qu'une idée : un modèle sociétal qui se construit sur ce qu'ils vendent. La pétrochimie du 20^e siècle s'est déclinée sous toutes ses formes, du carburant aux matières plastiques qui ont envahi tout notre quotidien.

Au 21^e siècle, les grands lobbys s'appellent Google, Amazon, Microsoft ou Apple. Le modèle sociétal d'aujourd'hui se construit sur le numérique. Tout la vie (et même l'homme) devient numérique. L'homme n'a plus de place dans sa vie ! L'humanité peut-elle encore exister si l'homme n'existe plus ?

Autre constat : un des effets croisés de l'objet devenant sujet et du sujet devenant objet est la concomitance de la sexualisation des objets (tous les objets deviennent sexués : rasoirs pour homme et rasoirs pour femme par

exemple) et de la déséxuation des humains (l'homme est une femme comme une autre). L'Humain déséxualisé devient un objet: c'est une véritable évolution anthropologique.

La résistance est dans la compréhension de ce qui se passe, par des adultes instruits et non inféodés à cette société numérique, sans avoir peur d'être minoritaires, de poser ses idées. La majorité est une dictature légale, mais elle a le droit de se tromper. Le modèle majoritaire ne veut pas d'exception à la pensée : on a une case dans le cloud et il faut y rester.

Les solutions sont dans la reprise en main de notre devenir : continuer de croire en l'humain et arrêter de croire à la technologie. Il faut que les hommes aient confiance en eux et arrêtent de croire que la technologie peut être notre père, notre mère, notre enfant, notre mari (sites de rencontre), notre médecin.

La technologie est devenue une religion : la 4^e grande religion monothéiste de l'Occident. On justifie des choix technologiques aujourd'hui au prétexte et sous réserve qu'il y aura un miracle technologique dans 30

ans : c'est l'exemple du nucléaire et de ses déchets.

La technologie a montré qu'à 13 années lumière de la terre existe une autre planète jumelle : c'est nous donner l'espoir qu'il y a un possible que la technologie nous permettra d'atteindre. Nous faire croire que tout est possible avec la technologie.

Or nous avons maintenant le recul nécessaire pour constater que nous nous sommes trompés : la prière technologique ne marche pas. Le sale ne sera pas propre, le contaminé ne sera pas décontaminé.

Il faut accepter définitivement que la technologie apporte plus de problèmes que de solutions. La technologie s'est développée pour trouver une solution à un problème. Mais elle crée du coup d'autres problèmes (utilisation de matières premières, d'énergie, pollution, déchets, panne, coût,...).

Comme en médecine, où l'on croit qu'un jour il n'y aura plus de maladie. C'est un mythe de notre modernité : penser qu'on peut tout soigner. La progression de l'espérance de vie sert à justifier ce qu'apporte le progrès.

Mais qu'en est-elle exactement ? Qui sont nos morts ? Moins de bébés et d'enfants, grâce à la technologie (instruments de diagnostic et de traitement, médicaments). Mais pour les adultes, la courbe ne s'est-elle pas inversée sous l'assaut des maladies chroniques, des cancers, des pathologies métaboliques ? C'est comme si la technologie sauvait les plus jeunes et tuait les autres. Les solutions techniques du début de vie provoquent des morts endémiques par l'environnement devenu toxique. C'est la mort ici et maintenant dans ce monde qui nous tue.

Car il n'y a aucune considération pour la finitude des ressources, la pollution de l'environnement, et la consommation exponentielle des énergies, qui font notre réalité terrestre. C'est de cette réalité-là que les objets connectés et intelligents pourraient nous déconnecter.

A nous de nous reconnecter avec ce qui fait notre humanité : l'être pensant et aimant.

Laurent Ambroise-Casterot

IL Y A 4 FAÇONS D'AIDER L'AOI...

- JE FAIS UN DON
- JE DEVIENS CABINET PARTENAIRE
- J'ACHÈTE SUR LA BOUTIQUE
- J'ADHÈRE

AOI
Retrouvez-nous à l'ADF stand 1P27
www.aoi-fr.org

AOI © Marc Bouzard - Emmanuel Gubert - René Chaumond - BD - Iod - Bayard
Conception / réalisation : obba***

Bon anniversaire SFCD

80 ans de réunions, de luttes, de belles rencontres, 80 ans d'amitié, des victoires et des déceptions parfois et recommencer et toujours et aller de l'avant... du soutien, des encouragements, pendant 80 ans transmettre aux générations dentaires suivantes les mêmes idéaux... des rencontres partout en France, des jaillissements d'idées... des discussions... des rires aussi...

MERCI MERCI MERCI



Depuis sa création en 2007, FFCD est fière de proposer des formations qui relaient les batailles de notre syndicat.



Nos journées de formations sont ouvertes à tous les membres de l'équipe dentaire : consœurs, confrères et assistantes, ...

Venez nombreux.

■ La toute première est la défense des femmes.

En cette année 2015, nous sommes encore obligées de dénoncer « les violences faites aux femmes » : cette formation qui est obligatoire tout praticien lui permettra de détecter, d'accompagner et d'aider les femmes qui en sont victimes à être reconnues et en obtenir réparation.

■ Notre exercice est de plus en plus règlementé, nous nous perdons dans toutes ces normes, ces lois qui nous sont imposées :

une formation « CCAM » et une formation « Contrôles » qui regroupent toutes ces

obligations nous permettront de nous y retrouver et d'exercer dans les clous notre métier.

■ Etre bien entouré, d'assistantes et de personnel compétents,

créer un lieu de sécurité, d'écoute et de calme, être à la pointe des techniques et faire de notre mieux pour soigner nos patients, voilà beaucoup de pression sur nos épaules ...

Pour nous y aider nous avons une formation « L'assistante ou trouver sa perle rare et la garder » et une formation « La communication interne au cabinet dentaire »

■ Pour apprendre à relativiser nous vous proposons les formations :

« Comment gérer son stress dans son environnement professionnel » et « Burn out » et « le mal de dos » pour la prévention des TMS.

■ Le SFCD va de l'avant, dans notre société où chacun remet facilement tout en question, où on nous demande des comptes sur ce qu'on met en bouche :

nous avons décidé d'approfondir cela avec l'aide des fournisseurs de médicaments et de matériel dentaires.

■ Nous proposerons en 2016 une formation «Eco responsabilité» qui traitera de notre environnement, des matériaux utilisés dans nos cabinets, de nos déchets et de la pérennité et de l'innocuité de nos soins.

Françoise Grégoire Leplège
Présidente FFCD

Retrouvez tous les lieux et dates de nos formations 2016 sur le site Internet : www.sfcd.fr

FIF PL 2015 pour les Chirurgiens-Dentistes

I. Thèmes et plafonds de prise en charge sur fonds à gérer de la profession

Prise en charge annuelle par professionnel plafonnée à 1000 € dans la limite du budget de la profession

Thèmes prioritaires Plafonds de prise en charge

Toute formation prioritaire liée à la pratique professionnelle
Prise en charge au coût réel plafonnée à 250 € par jour, limitée à 1000 € par an et par professionnel.

- **Chirurgie buccale**
- **Règlementaire** : environnement du cabinet dentaire
- **Endodontie** : les pratiques actuelles
- **Hygiène, asepsie et maladies virales transmissibles**
- **Implantologie - Parodontologie**
- **L'urgence au cabinet dentaire**
- **Soins et gestion de l'urgence dentaire**
- **Occlusodontie**
- **Odontologie conservatrice**
- **Education de la santé et soins de prévention**
- **Orthodontie**
- **Pathologie Buccale**
- **Prescription au cabinet dentaire : Dénominations Communes**
- **Prothèse**
- **Radiologie**
- **Compétence en radioprotection**
- **Formation informatique** à l'usage exclusif dans l'exercice professionnel
- **Exercice libéral dentaire**
- **Traitement des SAS** (apnées du sommeil)
- **Amélioration des pratiques professionnelles**
- **Soins aux personnes handicapées et soins aux personnes âgées**
- **Prévention des TMS** (troubles musculo-squelettiques)
- **La psychologie du patient**
- **Thèmes relevant du DPC**

Manifestations Régionales incluant majoritairement les thèmes prioritaires

Prise en charge au coût réel plafonnée à 250 € par jour, limitée à 2 jours et à 500 € par an et par professionnel.

Manifestations Nationales incluant majoritairement les thèmes prioritaires

Prise en charge au coût réel à hauteur d'un forfait de 300 € pour 2 jours de formation suivis et à hauteur d'un forfait de 250 euros pour 1 journée de formation suivie

II. Thèmes et plafonds de prise en charge sur fonds spécifiques

La prise en charge des thèmes listés ci-dessous ne vient pas en déduction de votre budget annuel 2015

Thèmes Plafonds de prise en charge

- **Formation de longue durée** :
 - 130 heures de formation minimum
 - Thème de formation entrant dans les critères de prise en charge 2015 de la profession
 - Une prise en charge tous les 5 ans
 - Prise en charge plafonnée à 70 % du coût réel de la formation, limitée à 2 000 € par professionnel
- **VAE (validation des acquis d'expérience)**
 - Prise en charge au coût réel plafonnée à 1 000 € par an et par professionnel
- **Bilan de compétences**
 - Prise en charge au coût réel plafonnée à 1 500 € par an et par professionnel
- **Formation de conversion**
 - Prise en charge au coût réel plafonnée à 2 000 € par an et par professionnel
- **Participation à un jury d'examen ou de VAE**
 - Prise en charge plafonnée à 200 € par jour, limitée à 2 jours par an et par professionnel

Attention :

- sont éligibles les formations d'une durée minimale de 6 h 00 sur une journée ou cycle de 6 h 00 par module successif de 2 h 00 minimum
- sont également éligibles les formations d'une durée minimale de 4 h 00 correspondant à une prise en charge d'une demi-journée



- Prise en charge des manifestations nationales et régionales incluant majoritairement les thèmes prioritaires.
- Les multi-visio-conférences ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge.
- Les formations diplômantes ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge.
- Les formations à la pratique de l'Internet seule ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge.
- Les formations pluridisciplinaires devront intégrer les thèmes prioritaires.

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITE D'UNE ACTION DE FORMATION :

- Formations dispensées par toute personne physique ou morale, toute structure juridique (association ou société) dans la mesure où l'un des dirigeants est un professionnel de la Santé et à condition que l'organisme possède un numéro de déclaration d'activité formateur.
- Dans l'organisation des actions de formation, le principe du pluralisme et de l'indépendance devra être respecté.
- Pour un même thème de formation, dispensé par un même organisme, la prise en charge sera plafonnée à 2 jours.
- Les demandes individuelles pourront être examinées dans la mesure où l'organisme de formation aura déposé un dossier de présentation auprès du FIF PL avant la formation.

Dynamisons et organisons notre pratique professionnelle !

■ L'Assistante dentaire

Comment trouver la perle rare... et la garder ?
Le juste équilibre ? Un rêve ?

Procédure de recrutement, définition de la fiche de poste. Comment rédiger la vision à court, moyen, long terme du cabinet, ce que l'on veut déléguer, ce que l'on veut partager, ce que l'on veut garder, comment connaître les points forts de notre assistante et ceux à développer. La communication entre tous les membres d'un cabinet dentaire primordiale pour un exercice serein...

■ Les réunions indispensables au cabinet dentaire

La communication dans le cabinet dentaire

Mise en place consensuelle de l'organisation, permettant de désamorcer les conflits, de répartir les tâches (les fiches téléphoniques, les renseignements médicaux, la présentation des plans de traitements, le retour mutuel, la consultation, le bilan, la gestion des urgences, la stérilisation,) la présence en salle ou non de l'assistante, qui s'occupe de quoi ? Comment en discuter ensemble sans stress. Mises au point régulières. Se connaître pour se faire confiance, s'apprécier et vivre ensemble.

Technique, n'en ayons pas peur !

■ Posez la digue, c'est facile

Conférence et travaux pratiques des protocoles de pose de la digue.

La pose de la digue est recommandée par la Haute Autorité de Santé, Elle permet de travailler en toute sérénité et confort pour le praticien et le patient ; elle permet une meilleure sécurité des soins.

■ Photo numérique au cabinet dentaire

Théorie, choix des appareils et atelier pratique : vous saurez tout et serez prêts à photographier vos cas.

Soyons dans les clous !

■ CCAM ■ Contrôles ■ Traçabilité

■ Le patient ■ Radioprotection

Apprenons, pour aller plus loin !

- **Prise en charge des enfants**
- **Prise en charge des personnes âgées**
- **Prise en charge des femmes victimes de violences**
- **L'éco responsabilité au cabinet dentaire**

N'hésitez pas à demander ces formations auprès de votre responsable régionale SFCD.

Toutes ces formations largement éprouvées vous apporteront les éléments que vous attendez. **N'hésitez pas à nous solliciter !** Certaines de nos formations sont susceptibles d'être prises en charge par le FIF-PL pour vous et par Actalians pour nos salariées.

Restons ZEN!

■ Comment gérer son stress dans son environnement professionnel

L'implication professionnelle et ses multiples exigences est au centre de nos préoccupations. Elle peut générer une réelle souffrance, dont les conséquences peuvent être lourdes, tant pour le praticien lui-même, que pour son environnement professionnel et pour l'atteinte de ses objectifs.

Les causes de stress sont nombreuses : le stress lié à la charge de travail, aux situations d'urgence, aux difficultés économiques, aux pressions administratives et financières, le risque de responsabilité engagée ; stress aussi lié aux multiples changements, à la difficulté à équilibrer sa vie personnelle et ses exigences professionnelles... Tout cela peut confiner à une forme d'épuisement, dont il s'agit de repérer les signes et les causes, afin de mettre en œuvre des stratégies d'adaptation et de prévention.

■ Le burn-out

Apprenez à contrôler votre stress avant que le stress ne vous contrôle !

On dit souvent que le stress est le « mal du siècle », il fait fréquemment la « une » des journaux, et l'on doit constater que l'impression d'être stressé augmente régulièrement. Nous vivons souvent des situations qui nous demandent de réagir vite et bien, et beaucoup d'individus sont, à des degrés divers, victimes d'un stress mal géré. La « souffrance » peut alors s'installer, elle sera émotionnelle, psychologique et souvent physique. Les « bourreaux de travail » sont parfois aussi leur propre victime, et dans l'épuisement professionnel (burn-out), c'est le corps qui parle, là où l'esprit s'acharne à trouver des justifications rationnelles ! Pour un maximum d'efficacité et de bien-être, il faut savoir « prendre de la hauteur », préserver son discernement ce qui exige d'abord une vigilance de tous les jours pour résister à la pensée unique qui confond urgence et efficacité. Reprendre son « souffle », identifier les lieux d'« usure », réussir à surmonter « les chocs » (résilience) et repenser son équilibre vie professionnelle/vie privée, sans pour autant faire une croix sur sa carrière ; autrement dit « rester zen », sans perdre de vue l'essentiel !

■ Préventions des troubles musculo-squelettiques au cabinet dentaire

Le secret du « mieux vivre son activité professionnelle » résulte à la fois d'une prise en charge plus respectueuse de son corps, premier outil de travail, et d'un positionnement au fauteuil réussi. La formation « Prévention des troubles musculo-squelettiques en cabinet dentaire », permet l'apprentissage des gestes qui préservent, soulagent le dos et les bras et permet d'apprendre à distiller tout au long de la journée ces micros pauses de « détente, bien-être ». Par ailleurs la compréhension des contraintes de la position assise, amène chaque participant à revoir, corriger et trouver la position de travail la plus favorable à sa morphologie. La pratique prédomine lors de cette journée de formation afin que chaque praticien ou assistante puisse dès le lendemain réutiliser ces nouvelles connaissances au sein de son cabinet dentaire.

«**Vous** êtes de plus en plus nombreuses à choisir cette passionnante profession de chirurgien dentiste mais la représentativité des femmes dans les instances professionnelles n'évolue guère! Adhérer aujourd'hui au Syndicat des Femmes Chirurgiens Dentistes c'est participer à l'avenir de votre profession. C'est vous permettre d'être entendues, reconnues et soutenues en tant que femmes chirurgiens dentistes dans un système de santé en pleine mutation. La mission du SFCD est de vous représenter et de vous défendre auprès des autorités compétentes. C'est aussi réfléchir ensemble, proposer de nouvelles perspectives afin d'accompagner les évolutions imposées à notre profession, imaginer des solutions pour optimiser votre exercice, mais aussi vous permettre de gérer au mieux vie professionnelle et vie familiale. Depuis sa création en 1935, le SFCD a permis de nombreux acquis dans les domaines de la formation, de la couverture maternité, de la retraite, il reste beaucoup à faire, **ensemble**»

le SFCD vous représente et vous offre des supports, des outils nécessaires à votre activité...

■ La participation

de nos cadres dans différentes commissions ADF (information, informatique, prévoyance et formation continue), ainsi qu'à l'UNAPL, au FIF PL, à la CARCD pour faire entendre la voix des femmes dans la profession.

■ Une permanence téléphonique et un service juridique

■ Des supports et des outils nécessaires à votre activité : fiches techniques, plaquettes, ...

■ Une brochure Info Femmes Chirurgiens Dentistes.

■ Des infos flash une information synthétique, rapide et d'actualité par mail ou par courrier.

■ Des séminaires annuels pour les responsables syndicales afin d'établir des bases de travail et collaborer avec d'autres organismes et pouvoirs publics.

■ Des réunions d'informations des assemblées générales nationales et régionales permettant de débattre et d'échanger nos expériences.

■ Des livrets de synthèse sur la CCAM et la Traçabilité.

■ Des formations régionales de proximité sur des thèmes liés à l'environnement du cabinet dentaire pour nous praticiennes et tout notre personnel.

ADF

Association Dentaire Française
Information, informatique,
prévoyance, qualité,
des statuts
et formation
continue.

UNAPL

Union Nationale
des Professions
Libérales

CARCDSF

Caisse Autonome
de Retraite
des Chirurgiens Dentistes
et Sages-Femmes

FFCD

Formation
Femmes
Chirurgiens Dentistes

FDI

Fédération Dentaire
Internationale

ORDRE

Départementaux
et/ou
régionaux

URPS

Unions Régionales
Professionnels
de Santé

FIF PL

Fonds financeur
de notre formation
continue

sfcd
SYNDICAT
DES FEMMES
CHIRURGIENS
DENTISTES
Unies pour l'avenir

sfcd.fr