

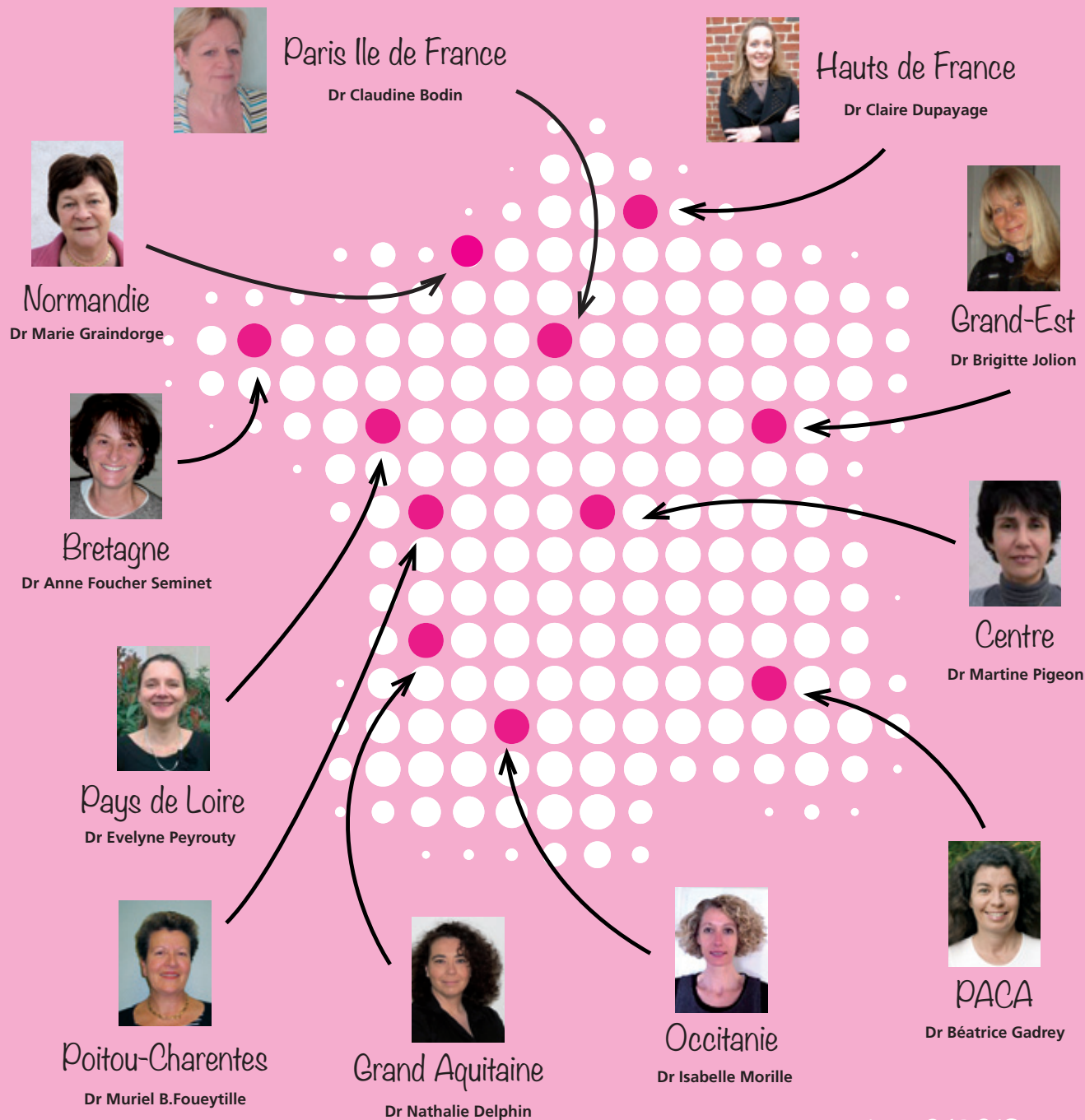


Dossier
spécial

La formation

vecteur
d'adaptation
des pratiques

Le SFCD en régions



Le SFCD
à besoin de vous !



Résister

A quoi ça sert de se battre ?

Si les soins deviennent du commerce
 Si le numérique et l'automatisation sont inéluctables
 Si la protection de nos données personnelles n'est pas possible
 Si, en tant que patient on ne peut choisir ni sa complémentaire, ni son médecin,
 ni son traitement
 Si, en tant que chirurgien-dentiste on ne peut plus négocier notre convention
 Si l'Etat français abandonne la prise en charge des soins, publique, universelle et solidaire
 Si les collectifs de patients se revendiquent comme des consommateurs, des patients-experts

Se battre, ça sert

A maintenir vivants les repères des valeurs humanistes auxquelles nous croyons.
 A transmettre aux jeunes générations l'Histoire d'où a jailli, à tant de moments, cette énergie créatrice et bienveillante pour les femmes et les hommes les plus vulnérables.
 A bâtir le « monde d'après », en l'imaginant à l'aune des défis du XXI^e siècle : changement climatique, insupportable augmentation des inégalités de par le monde, conscience de la finitude des ressources de la terre, effondrement de la biodiversité, explosion des maladies environnementales.

Les défis sont nombreux

Changer de chemin est possible, parce que nous sommes capables de développer des solutions alternatives.

Se battre, c'est résister pour continuer à défendre nos idées centrées sur le soin hippocratique pour nos patients.

Se battre, c'est se former dans l'affirmation des valeurs humanistes et respectueuses de notre environnement personnel, professionnel et global.

Nathalie Delphin



APIDENT

Spécialiste en fournitures dentaires

Trans-métal À USAGE UNIQUE APIDRILL FG1158

149 € TTC
les 100



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 émail-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.

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

Directrice de la publication :

Patricia Hueber-Tardot

Rédactrice en Chef :

Marie Brasset

Ont participé :

Laurent Ambroise Casterot

Mickael Bensoussan

Manon Bestaux

Frédérique Dhalluin Olive

Athanase Djékoundadé

Claudine Bodin

Marie Brasset

Stela Cadis

Nathalie Delphin

Jacques Faubert

Nathalie Ferrand

Anne Gicquel

Philippe Jean

Marie Chantal Lavier-Cladinec

Patricia Hueber-Tardot

Yvonne Marbach

Brigitte Meillon

Isabelle Morille

Dominique Munoz

Nicole Peruez

Evelyne Peyrouy

Sylvie Ratier

Catherine Rossi

Pascale Videau-Viguié

Nicole Vinot

Publicité :

SFCD

SFCD

22 rue de la Grande Armée

75017 Paris

Tél : 05 81 02 41 93

E mail : sfcd@sfcd.fr

Site Internet : sfcd.fr

Conception réalisation :

Marion BIJL

Imprimé en France

Crédits photos : Fotolia.com, Istock.com, Alex Po, rkbelle, Tyler Olson, Kot63, Dangubic, Nuzza11, Photographie, Melpomene, contrastwerkstatt, Kzenon, Topvectors, ptnphoto, Piotr Marcinski, sdecoret, tecnofotoc, goodluz, bernardbodo, ShutterDivision, JPC Prod, Rostichep, StockPhoto-Pro, Giulio Fornasar, Kim Schneider, Picture-Factory, niroworld, Pilot139, Dreamstudios, AVGT, Salome, Mozz, Tropical Studio

Edito

6 - Evènement

- Séminaire UNAPL
- Séminaire Triennal de l'ADF 2016
- FDI 2016
- Quand les PE aggravent les inégalités en santé bucco-dentaire, l'exemple du MIH
- La protection des données : vers une réflexion originale des professionnels libéraux

11 - Actualités syndicales

- Séminaire SFCD 2016
- Journées de cadres SFCD 2016
- Les Professions Libérales et les enjeux de sécurité et de défense
- Vers la fin des conventions
- Non Dentexia n'est pas un épi phénomène
- Des référents violences faites aux femmes
- Après les éleveurs de poulets, les chirurgiens-dentistes ?
- Les assistants dentaires au code de la santé

20 - Actualités des régions

- Occitanie
- Paca
- Centre
- Bretagne
- Hauts de France
- Grand Est
- Ile de France
- Nouvelle Aquitaine

22 - Le SFCD

- Coordonnées des Présidentes et service Juridique et Groupes de travail
- Des Supports, des outils nécessaires à votre activité
- Adhérer, c'est facile

24 - Dossier : La formation

- Formation, accès partiel et protocoles de coopération
- La formation des chirurgiens-dentistes
- Cap sur les formations et la prise en charge de la douleur
- Numérique et éthique
- Intégrer les médecines traditionnelles aux formations continues et initiales
- Pourquoi intégrer les médecines alternatives et complémentaires dans vos protocoles thérapeutiques
- La formation des assistants dentaires

- Le recours au numérique en formation, tout sauf un effet de mode
- La CCAM, version SFCD
- La formation des assistantes dentaires, des bouleversements attendus

34 - Chirurgien-dentiste employeur

- Conséquences de l'inscription des assistants dentaires au code de la santé publique
- La mutuelle obligatoire, un an après

35 - Le coin des ortho

- Réduction amélaire proximale

30 - Le coin des Assistants Dentaires

- Les assistants dentaires en milieu Hospitalier
- Présentation : FNISPAD, UFAD, CFDT

38 - Scientifique

- Des alternatives aux antibiotiques bientôt nécessaires

40 - Informations générales

- La Véritable Histoire du groupe « violences faites aux femmes »
- L'Indemnités Journalières d'interruption d'activité des femmes chirurgiens-dentistes
- Trucs et astuces pour constituer une bonne retraite pour votre développement le plus durable
- La donnée numérique
- Sexe et bouche

46 - Billets d'humeur

- Au secours Hippocrate, ils sont devenus fous !
- Payer comme on vit ou payer pour vivre

49 - Formations

- Le FIF-PI pour les chirurgiens-dentistes
- Les formations FFCD 2017



**Le congrès 2016
se tiendra du
22 au 26 novembre,
au Palais des Congrès
de Paris,
sur le thème**

« La santé, notre priorité »

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

Sur notre Stand :

du 22 au 26 novembre
au 1^{er} étage du Palais des Congrès,
dans le pavillon ADF

Au cours de l'Assemblée Générale du SFCD :

**le jeudi 24 novembre 2016
à partir de 12h00**

dans la salle 212/213,
Niveau 2 du Palais des Congrès,
côté Neuilly.

**Attention, cette année,
c'est bien un JEUDI !**

Séminaire UNAPL : en plein dans l'actualité !

Le 8 septembre s'est tenu le séminaire de l'UNAPL, auquel le SFCD a participé. De façon très pertinente, les commissions des affaires européennes et du numérique avaient fait « plateforme commune » pour nous parler.... des plateformes numériques et des bouleversements que pourraient connaître nos professions.

Ce séminaire ayant été très riche (voir le compte-rendu sur notre site : sfcd.fr), nous faisons un focus sur des concepts encore peu connus, présentés par Yann Bonnet, secrétaire général du Conseil national du numérique.

La caractéristique de ces plateformes est leur l'économie bi-face :

- d'un côté un service délivré d'apparence gratuit concentré sur l'utilisateur (les moteurs de recherches) ;
- d'un autre l'utilisation des données de l'utilisateur pour bien le connaître (téléphone, géolocalisation, mots clef tapés, capteurs sensoriels) et vendre ses données de façon directe ou indirecte.

Côté positif, ces plateformes apportent de l'innovation. Côté négatif : la position dominante voire prédatrice de certaines.

Elles soulèvent de nombreuses questions comme la fiscalité à laquelle elles échappent puisqu'elles ne sont pas sur un territoire réel mais virtuel.

Elles vont aussi entraîner des pertes d'emplois : 50% des professions seraient automatisables. Par exemple, pour les avocats, ces plateformes proposeraient des contrats type et des conseils à coût réduit, permettant à l'avocat de se consacrer aux actes non automatisables. Les rédacteurs eux perdraient leur emploi.

En santé, il serait imaginable que les médecins prescrivent une appli, comme des capteurs permettant de mesurer le pouls.

Une régulation s'avère d'ores et déjà nécessaire pour rétablir un équilibre face aux acteurs dominants : elle passerait par la loyauté des plateformes, pour dire ce qu'elles font et faire ce qu'elles disent. Ce qui permettrait au législateur de les contrôler. Car des grosses questions éthiques se posent : existent déjà des algorithmes pour refus de prêts, d'assurance ou d'entrée sur le territoire (comme en Australie) !

Peut-être aussi pourrait-on imaginer comme mode de régulation des agences de notation des plateformes ? Car l'e-réputation est quelque chose de très important.

Yann Bonnet a conclu son intervention en disant qu'il y avait des idées partout : beaucoup d'incubateurs, une énergie incroyable, des nouveaux champs à explorer comme l'intelligence artificielle, les objets connectés.

Mais le problème du numérique est qu'il est disruptif, et pose de nouveaux défis : comme la mise en concurrence des professionnels avec des amateurs qui deviennent visibles avec des plateformes.

Ce qu'en conclut le SFCD, c'est que ces plateformes sont commerciales et agissent avec des règles comme celles de la concurrence. N'est-ce pas incompatible avec nos professions déontologiquement réglementées, fiscalement en BNC, et construites sur la relation de visu d'un humain à un autre humain ?

Nathalie Ferrand

Séminaire Triennal de l'ADF 2016

Tous les trois ans l'ensemble des organisations membres de l'ADF est invité à participer au séminaire de l'ADF : une rencontre toujours intéressante avec nos amis consœurs et confrères.

Cette année nous avons eu le plaisir d'assister à une intervention passionnante mais toutefois stupéfiante de Mr Luc Ferry, philosophe, sur « **La troisième révolution industrielle et ses retombées dans le domaine de la santé : techno médecine, transhumanisme, médecine personnalisée...** ».

« La 3^e révolution industrielle va bouleverser le monde de la médecine. C'est le GAFA (Géants du Web : Google, Apple, Facebook, Amazon) qui va dessiner le paysage du 21^e siècle.

En effet, trois éléments participent à l'émergence d'une révolution industrielle : une nouvelle source d'énergie, un nouveau mode de communication, une nouvelle organisation de l'économie... Il existe toujours un moment de destruction : l'innovation détruit le monde ancien et provoque des révoltes. Puis ces

innovations nous rendent par la suite ce qu'elles ont pris et permettent une amélioration de la vie ! Nous sommes aujourd'hui à la phase destruction de cette 3^e révolution. »

Ensuite nous avons assisté à une présentation sur l'innovation pédagogique au cœur du congrès de l'ADF et des opportunités offertes par la simulation numérique pour la formation des professionnels de santé. (cf page 25)

La dernière table ronde, intitulée : « Vers une reconnaissance des compétences spécifiques en odontologie » nous a présenté les travaux en cours d'une commission ADF. (cf page 25)

Patricia Hueber-Tardot

Fédération Dentaire Internationale 2016

Ce rassemblement dentaire international, initié au début du XX^e siècle par la France, est toujours un moment d'échange riche des cultures différentes.

C'est la POLOGNE, pays d'Europe de l'est, qui a été choisie pour accueillir les congressistes. POZNAN est située à 200 km à l'Est de Berlin, entièrement reconstruite après-guerre, cette ville de congrès a su mettre en valeur son centre piéton, ses structures commerciales qui n'ont rien à envier de ses voisins de l'Europe de l'Ouest.

L'exposition internationale rivalise d'offres numériques. La dentisterie se transforme dans le monde entier ; et la question que l'on peut se poser est la suivante : les dentistes du XXI^e siècle seront-ils avant tout des ingénieurs informaticiens avant d'être des professionnels de santé ?

La qualité des conférences et la pertinence des sujets prouvent bien que pour l'instant la biologie guide la main et la technique. L'une d'elle a retenue mon attention, « *Mechanism of accelerated orthodontic tooth movement* » présenté par Alpdogan Kantarci (USA), conférencier bien connu. Sa présentation sur la stimulation des ostéoblastes, par photobiomodulation à l'aide de LED, pourrait être porteuse d'avenir et tenir une bonne place dans les choix thérapeutiques orthodontiques.

Une place importante est réservée à la prévention : soit par la présence active de laboratoires, soit par les conférenciers eux même. La France était représentée par les conférenciers renommés : H Antoun, D. Bourgeois, J-Y Cochet, JC Fracain entre autre.

Le jeudi 8 septembre se tenait la journée des femmes chirurgiens-dentistes « Women dentists World Wilde »

La première partie de la matinée a été consacrée à la situation des femmes dans la profession au **Japon, Pologne, Corée, Allemagne.**

A ce propos, au Japon : sur 22% de consœurs, seulement 3,9% passent des « boards » (certificats d'excellence). Le poids des traditions pèsent encore sur les épaules des femmes qui continuent à se consacrer à la famille et qui travaillent rarement plus de 26 heures en cabinet. L'empereur du Japon, conscient de ce état de fait a appelé au changement. YURIKO KAKE était la première femme à entrer à l'Association Dentaire du Japon, il y a seulement quatre ans ! C'est une célébrité à Tokyo, elle a porté la flamme olympique à RIO. **En Corée**, les chiffres sont quasi équivalents.



Tout de suite à l'entrée du centre de congrès, le fauteuil du dentiste polonais, d'un autre temps ! faisait un clin d'œil aux inventions les plus originales dans la salle d'exposition. Là on n'a pas oublié les handicapés, ici les enfants...

En Allemagne :

La progression des femmes dans la profession ne cesse de croître. Elles représentaient 30% des effectifs en 2000 et 50% aujourd'hui. C'est la traduction de la progression de leur niveau de réussite dans toutes les études supérieures. En 2007, les consœurs allemandes se sont regroupées au sein d'une Association (dentista e v), sa constitution n'est pas allée de soi ! Cependant, et même si en Allemagne la protection maternité est forte, les professionnelles (chirurgiennes dentistes et assistantes) ont des difficultés à poursuivre leur activité professionnelle. D'une manière générale, si la femme fait le choix de continuer son travail, elle doit assumer la charge familiale sans aide.

En Pologne :

Les femmes représentent 77% des effectifs, les hommes 23%. C'est l'héritage de l'occupation soviétique pendant laquelle les femmes occupaient une grande place dans les métiers de santé. Ce pays, de 17 millions d'habitants, compte 1 dentiste pour

1750 personnes. Les centres d'état sont les principaux employeurs et les femmes y travaillent majoritairement. Les femmes sont bien représentées dans les facultés et les sociétés scientifiques. Elles gagnent beaucoup moins que leurs collègues masculins, c'est malheureusement une constante mondiale qui a du mal à s'inverser.

La Women dentists World Wilde (WDWW)

a élu le nouveau bureau qui compte désormais des représentantes : Japonaise, Egyptienne, Italienne, Sénégalaise.

Sa présidente Barac-Furtinger, Croate, a été réélue.

Les conférences scientifiques se sont succédées. Selon Lois COHEN (USA) « *Global health though oral health : issue and challenges* », il est important de considérer tous les paramètres : mode de vie, travail et leurs interrelations, lorsqu'on établit un programme de prévention. La consommation de sucre et de produits manufacturés a une incidence énorme sur la santé bucco dentaire. Le développement de la prévention alimentaire est encore timide. L'action doit

être internationale et réfléchi. L'expérience montre que taxer les grandes firmes n'a que des effets très limités : l'industrie réinvente aussitôt une boisson ou un produit richement sucré qui rencontre un succès auprès de la population à grand coup de publicités. « *Women when provided with the right opportunities have the power to solve many of today's intractable problems* » Loid Cohen (USA)

« *Women leading change* » de Jane Craig Sinkford (USA) qui présente une analyse riche sur le leadership des femmes à travers des études de quatre pays (France, Suède, Canada et Brésil).

Les conclusions démontrent que les femmes, grâce à leurs qualités, sont des actrices majeures de changement et de promotion de la santé. Des progrès restent à faire pour aboutir à de profondes transformations en matière de comportement vis de la santé en général.

Gabrielle Grusovin parodontiste Italienne, membre du bureau de la WWW, nous a fait un brillant exposé sur la chirurgie micro invasive.

Zeljka Martinovic et Daniela Bandic Pavlovic, croates, ont à leur tour fait un passionnant exposé sur l'anesthésie et la sédation au cabinet dentaire.

L'expression des femmes chirurgiens-dentistes est essentielle, la «Women dentists World Wilde» est un espace de vie est indispensable dans un congrès de la FDI.

Cette journée, riche en échanges se renouvellera. **Rendez-vous à Madrid en 2017.**

Evelyne Peurouty

« Quand les perturbateurs endocriniens aggravent les inégalités en santé bucco-dentaire : l'exemple du MIH »

Intervention du SFCD aux 16^e journées de santé publique bucco-dentaire, 3 novembre 2016.

La MIH (hypominéralisation des molaires et des incisives) était inexistante il y a 30 ans.

Apparue dans la bibliographie en 2001, elle concerne maintenant 15 à 18% des enfants entre 6 et 9 ans dans le monde, ce chiffre étant en constante progression.

En 2013, une équipe de l'INSERM Paris (Sylvie Babajko et Katia Jédéon) publie une découverte sur la MIH : il existe un lien entre le bisphénol A et cette pathologie dentaire émergente.

Les dents atteintes sont hypersensibles, difficiles à soigner. Les matériaux collés ont du mal à adhérer. La MIH favorise des destructions carieuses secondaires, rapides et irréversibles : souvent, nous sommes amenés à dévitaliser ses dents et à les couronner, voire à les extraire et mésialer les secondes molaires par un traitement orthodontique.

Ce sont des traitements dentaires avec des restes à charge pour les patients, qui posent des questions d'inégalités fortes en fonction du mode de prise en charge de ces soins.

Un nouveau paradigme s'ouvre : celui de la **responsabilité collective des acteurs économiques et politiques**, dans une période d'hyper-responsabilisation individuelle (cf. assurance au comportement). Car le bisphénol A est partout : des contenants et film plastique alimentaires, aux pesticides, cosmétiques, tickets de caisse et de carte bancaire... et même dans certains matériaux dentaires ! Sont donc à reconsidérer les produits fabriqués à usage

quotidien, mais aussi nos modes de déplacement, d'énergie, de construction, d'agriculture,...

Non pas en étant contre ces acteurs, mais avec. Pour faire évoluer les produits en même temps que les pratiques : car avons-nous besoin de tout ce qui est offert à notre porte-monnaie ?

Cette ubiquité de présence du bisphénol A fait accéder la prévention bucco-dentaire à une autre dimension : celle de la **prévention environnementale**, qui est une responsabilité politique. Et même si le troisième Plan National Environnement Santé ainsi que la Stratégie Perturbateurs Endocriniens sont des marqueurs concrets d'une volonté politique présente en France, la traduction sur le terrain est encore trop timide au vu des enjeux et de l'urgence.

Les études du rapport entre perturbateurs endocriniens et milieu social sont peu nombreuses, et ne vont pas toujours dans le même sens : des études américaines et canadiennes ont démontré un lien, alors qu'une étude australienne l'a écarté.

Une nouvelle étude serait tout à fait pertinente sur le lien MIH-milieu social, pour vérifier si le milieu social est un facteur d'aggravation de l'exposition aux perturbateurs endocriniens.

Car le milieu social impacte le niveau de connaissance et de compréhension de ce qui se joue avec la contamination par les perturbateurs endocriniens, dont le bisphénol A est le représentant le plus connu et le plus présent.

Il impacte aussi la capacité financière à orienter ses achats vers des produits alternatifs exempts de bisphénol A, souvent plus chers (alimentation

bio, contenants en verre, produits frais et non en conserve, inox plutôt que teflon,...).

Ces études tardent à venir, entraînant un cercle vicieux de statu quo : sans preuve, rien ne change. Mais sans étude, pas de preuve !

Cette nouvelle vision pourrait s'ouvrir si les responsables politiques, comme certaines associations de patients, sortait des œillères du « reste à charge à cause des honoraires des chirurgiens-dentistes » : le reste à charge est avant tout une question médicale. Pas de carie, pas de dent dévitalisée, pas de couronne.

Mais il est vrai que dans une logique économique qui exige de considérer de plus en plus l'acte médical comme un produit commercial, il est plus facile de mettre en concurrence les professionnels de soins que d'améliorer notre environnement.

Et si les chirurgiens-dentistes se mobilisaient pour une prévention environnementale ?

Et si les citoyens se mobilisaient pour intégrer les conséquences des perturbateurs endocriniens sur les politiques de santé publique et sur l'économie du système de soin ?

Et si les gouvernements acceptaient de repenser la santé comme transversale à tous les autres ministères ?

Nathalie Ferrand

La protection de nos données : vers une réflexion originale des professionnels libéraux

Ce n'est pas en tant que spécialiste mais en tant que citoyenne et professionnelle de santé, que je souhaitais partager deux éclairages entendus lors d'un colloque et d'une conférence à propos de la protection des données.

Ce sujet est d'actualité brûlante et les questions qu'il soulève me semblent mériter toute notre attention, notre réflexion et notre positionnement citoyen.

Lecture du contexte juridico-politique

Colloque de droit à l'université Paris Descartes sur « Règlement général sur la protection des données : nouveaux principes, nouvelles règles et application sectorielle ». Mai 2016

L'objectif du règlement est de trouver un **équilibre** entre les demandes des entreprises traitant des données et la protection des personnes.

Les négociations européennes, qui ont produit ce règlement, ont été décrites par T.NOEL (ministère de la justice, participant aux négociations dans la délégation française) comme **hors normes** :

- parce qu'elles ont nécessité 4 ans et demi de négociations difficiles, qui n'ont finalement pas tranché grand-chose selon ma compréhension ;
- parce que ce texte est fait de 99 articles et 173 considérants (ce qui est énorme, d'après l'avis de tous les juristes présents en tribune) ;
- parce que certains considérants contredisent les articles : « c'est un texte très compliqué qui va poser des difficultés de transposition » a précisé T.NOEL ;
- parce que sa rédaction est peu claire : utilisation fréquente de parenthèses qui seront des causes d'interprétations ;
- parce que l'enjeu est double, technique **ET** politique : « quel type de société voulons-nous ? »

Pour la France :

Le règlement va remplacer la loi « informatique et liberté » de 1978. Il sera applicable dans 2 ans, avec des transpositions par **ordonnances**, donc sans débat parlementaire ni public. Dans le domaine de la santé, légalement, les autorités compétentes sont les Ordres. C'est à elles, qu'il appartient de définir le **niveau de protection souhaitée** pour la transmission des données médicales.

Les intervenants, présents au colloque, ont rappelé les nombreux changements, qui ont eu lieu en peu de temps, pour les données numériques :



- massification des données (big datas) ;
- banalisation de la captation automatique (traçabilité et profilage) ;
- exposition des personnes (réseaux sociaux) ;
- capacité d'exploitation de volumes considérables de données (93 millions de milliards d'opérations de calcul en une seconde) ;
- globalisation et marchandisation des données personnelles (informations non données mais récupérées à notre insu (volées ?), obtenues gratuitement : elles sont ensuite revendues.

Le problème de fond est finalement la transparence sur la finalité d'utilisation des données.

L'enjeu réel repose sur le **traitement ULTERIEUR** des données, plus que sur le traitement initial, ainsi que sur le **consentement** de la personne à ce traitement. Le consentement veut dire **avoir connaissance de ses droits et avoir le choix** :

Comment avoir connaissance de ses droits, quand les conditions générales sont longues et difficilement intelligibles pour un non-juriste ? A-t-on le choix quand l'achat (de livres, de billets de train,...) ne peut se faire que quand on a « coché la case » ? Serons-nous captif de notre acceptation à notre insu ?

L'importance de l'éducation au numérique, a été soulignée, pour comprendre les tenants et les aboutissants du partage des données et de leur collecte, tout en reconnaissant que ce n'était pas suffisant.

Quant à la CNIL, avec cette évolution légale liée aux évolutions technologiques, elle considère qu'elle ne perd pas de pouvoir, voire même en gagne. Mais elle regrette de ne pas avoir les moyens de ses missions. Quelle protection pourrait-elle réellement apporter ?

Suivant mes notes, les juristes experts présents se sont dit « affolés en leur for intérieur, car le concept « **numérique bien commun** » est un concept de **communication publicitaire** qui change tout quand il devient un **concept juridique** ».

Ils ont précisé qu'avec ce Règlement, il n'y avait pas de protection juridique des données mais que « ça allait venir » : ce serait aux autorités compétentes de chaque pays de préciser le niveau de protection souhaitée, et qu'il faudrait, ensuite, attendre les jurisprudences.

Le « pour le moment ce n'est pas possible mais ça va venir » m'a beaucoup interpellée en tant que citoyenne, car c'est exactement ce qu'avait dit Antoine ZINS (de Family, plateforme de start up en santé numérique), lors du 1er forum de l'Institut de la démocratie en santé : la protection des données, techniquement ce n'est pas possible actuellement, mais ça va venir » !!!

« Ca va venir » : ne sommes-nous pas là dans l'incantation quasi religieuse ?

Pas de débat parlementaire, pas de débat public sur la société que nous voulons, transposition anticipée avec la « loi numérique » et la « loi de santé » : quid de la démocratie ?

« C'est la loi nationale, s'appuyant sur les autorités compétentes, qui va garantir le niveau de protection des données », notamment par le consentement de l'utilisation. Quid du secret professionnel, du secret médical ? Quel va être le pouvoir réel des ordres si techniquement cette protection n'est pas possible ? Si la nécessité économique et la décision politique font force de loi ?

En France, la loi de 1978 interdisait les décisions de

machine. Quid avec le règlement ?

« Le droit n'est pas le meilleur vecteur de développement de l'économie numérique car le numérique va vite et le droit est lent. Par ailleurs, le droit est aussi contraignant et le numérique a une culture de liberté ».

Mais le droit est aussi protecteur.

Que souhaite protéger notre société ? Que devons-nous protéger : la décision humaine ? La relation humaine ? La personne humaine ?

Quelles transformations de nos relations de professionnels avec nos patients (santé), nos clients (droit et cadre de vie) ? Quid de la relation humaine, de la confiance (par rapport à l'utilisation des données), du colloque singulier ?

Les Professions Libérales, notamment de santé, ont des informations d'un grand niveau de fiabilité, ainsi que nous l'a expliqué lors du séminaire de l'UNAPL, Atanase Djekoundadé : Une information « caractéristique », qualifiée, vérifiée et validée.).

Notre responsabilité est triple :

- la protection de ces données **confiées** (secret professionnel),
- la protection des données **transmises** (données personnelles et qualifiées)
- la **protection de leur utilisation ultérieure** par on ne sait ni qui, ni pourquoi, ni comment, ni quand. Que faisons-nous de cette triple responsabilité ?

Lecture du contexte technique et philosophique

« **Imbrications technologiques et éthiques** », conférence de Philippe BESSE, chercheur en mathématiques à l'INSA Toulouse. Octobre 2016.

Le Big Data est un recueil de données pour leur **traitement mathématique** donnant des statistiques pour une **aide à la décision**, par test **d'hypothèse** ou test de **prévision**.

La datafication fait partie de notre quotidien : prévisions météo, mesures d'audience, calcul d'une prime d'assurance, prévision de comportement utilisé pour la publicité.

Cette aide à la décision par les datas remplace progressivement des compétences, des connaissances et des relations personnelles aidant à la décision.

- Les points positifs du numérique : la photo et radio numériques, très précises ; l'archivage de millions de données dans un espace très réduit ; l'échelle de déplacement des outils (comme en neuro-chirurgie) ; le calcul combiné en physique : simulation de la déformation d'un objet.
- Avec une remarque personnelle : la simulation ne remplace pas le réel. « Jamais la première fois sur le

patient » est de la communication, car il y a toujours une première fois sur le patient !

- Les points négatifs du numérique : les limites mathématiques de la prévision : ce sont les erreurs de prévision liées à l'aléa (exemple de Flu Trends pour la prévision de grippe, que Google a arrêté en 2015). La prévision est donc juste de la probabilité par la loi des grands nombres. En marketing, 15 à 30% d'erreur n'a pas de conséquence irrémédiable. Par contre, c'est une marge qui n'est pas acceptable pour la santé.

L'erreur machine a-t-elle la même valeur que l'erreur humaine ? Quel est le niveau d'acceptabilité de l'erreur machine par rapport à l'erreur humaine ?

La complexification (réseaux de neurones logistiques) empêche désormais la **transparence** des décisions algorithmiques et automatiques : la décision ne peut plus, mathématiquement, être transparente et interprétable par l'homme, donc comprise par l'Homme. Ce qui ouvre sur une question philosophique : quel est le SENS d'une décision que l'Homme ne comprend plus ? Ce n'est plus de l'aide à la décision : c'est de la décision de la machine à la place de l'homme, décision qui en prime n'est plus comprise par l'homme.

La problématique actuelle appartenant au GAFA est l'**acceptabilité** des nouvelles technologies par la population en lien avec la **confiance** en ces nouvelles technologies.

La complexification des algorithmes conduit à beaucoup de questionnements de scientifiques et d'éthiciens, y compris issus du monde du GAFA. Pour rassurer, le GAFA a édité une charte éthique en 2015 : « nous croyons qu'il est important pour les fonctionnements des systèmes de traitement d'être compréhensibles et interprétables par des personnes ».

Cette affirmation apparaît comme de la simple communication, car elle est devenue mathématiquement impossible.

Comment répondre à la question de la diminution de la compétence humaine (l'ordinateur faisant le travail) et celle de l'équilibre décisionnel homme/machine (exemples du conflit décisionnel homme/machine lors du vol de Rio, ou de l'accident avec la voiture sans chauffeur).

Quelle va être la **responsabilité** du professionnel libéral avec cette aide à la décision ?

Quelques exemples concrets :

En droit : statistiques sur la jurisprudence pour savoir si engager un procès a ou non des chances de succès. **Chez les experts-comptables** : statistiquement, cette entreprise va marcher ou couler ?

En santé : statistiquement, ce patient vaut-il le coup ou non d'être soigné ?

Des questions se soulèvent, liées à la nature **mathématique** du traitement des données. Avec le vivant, il y a beaucoup d'artefacts, car le vivant n'a pas de norme : l'individualité est le propre de la vie. Quelle **fiabilité** des algorithmes lorsqu'ils concernent données du vivant ?

La relation dans les professions libérales est une relation de l'humain à l'humain, dans la proximité géographique.

Quel niveau de pertinence des statistiques/probabilités quand les données sont doublement humain-dépendantes ?

Quel sens de remplacer le professionnel par la machine (plateforme) ? Qu'y gagnons-nous ? Qu'y gagne le patient ou client ? Qu'est-ce qui motive la volonté de remplacer la décision de l'humain par la décision de la machine ?

S'il n'y a plus de proximité géographique, et que le traitement de la question posée par le citoyen se fait à distance, avec un opérateur non connu, voire non humain, pourra-t-on encore parler de « professions libérales » ?

En conclusion, le numérique se présente comme un « pharmakon » selon Siegler ou Serres : à la fois un remède et un poison, il me semble, à analyser sans fascination, ni dans la frayeur, ni dans l'exaltation, en se questionnant, tout comme nous l'avons fait avec les évolutions technologiques en médecine, qui ont nécessité la création d'un Conseil de bioéthique.

La bioéthique, n'est pas un ensemble de réponses mais des **questionnements** éthiques, philosophiques, qui ont trait à l'humain, son rapport au monde, son rapport aux autres.

Pour de nombreux observateurs, l'évolution technologique numérique nous amène à la nécessité d'une **techno-éthique**.

D'autant plus que certaines questions, avec le transhumanisme, se recouperont avec la bioéthique.

Un dossier porté par l'UNAPL aux présidentielles ? Il aurait tout son sens, car les professions libérales, c'est l'humain et c'est la vie !

Nathalie Ferrand

Séminaire SFCD de printemps 2016

17 mars au 20 mars 2016 en Région Occitanie

Thème « Quelle stratégie SFCD
dans le nouveau contexte ? »

Le nouveau contexte c'est :

■ La loi de santé qui vient clore une série de réformes du système de santé engagées depuis début 2000.

Selon Sylvie Ratier, juriste du SFCD, si dans les années 80 (premières lois de décentralisation), l'objectif était d'adapter la politique nationale de santé aux territoires et aux besoins locaux, depuis les années 2000, les objectifs ont changé : c'est la réduction des dépenses publiques de santé. Les professions du soin n'acceptent pas cette commercialisation de la santé qui est en train de se mettre en place, non plus dans les faits, mais dans les textes : elle leur fait perdre leur âme de soignants.

■ Un secteur de la santé peu réactif :

le financement par le bien collectif créé des prédateurs du système qui militent pour que rien ne change. D'un côté, la gestion administrée uniquement par l'Etat conduit à une sclérose, d'un autre arrivent des financiers qui, eux, sauront comment faire de l'argent avec la santé (et non faire de la santé avec de l'argent !). Selon notre Intervenant Dominique Pon, Directeur de la Clinique Pasteur à Toulouse et fondateur de l'Association Santé Cité, il convient d'inventer un modèle alternatif. Ce modèle sera, pour lui, fondé sur l'humain, la relation humaine et la prise en compte des besoins de chacun, la confiance et sur un modèle de gestion coopérative ! La réappropriation de la relation humaine et l'utilisation du numérique, comme un outil de service pensé avec une dimension éthique, sont les clés de ce « modèle d'après » qui reste à inventer.

■ Une présence de plus en plus visible du SFCD.

Nathalie Delphin, vice-Présidente du SFCD, a rappelé dans son intervention, étayée et prospective, les sujets d'actualités traités par le SFCD qui font qu'aujourd'hui il bénéficie d'une visibilité croissante liée à son expertise. Les travaux de fond engagés sur la loi de santé et ses nombreuses conséquences (détournées tout au long de cette revue !), les référentiels des assistants dentaires (cf. page 19 et 32) la maternité (cf. page 41) ou encore les violences faites aux femmes (cf. page 16 et 17) en sont la preuve. Bien sûr, rien n'est jamais acquis, mais la vigilance et la lecture juridico-politique sont deux grandes forces du SFCD.

La stratégie du SFCD est celle de tout syndicat **conseiller et défendre** au niveau général et individuel, national et local.

Est-ce suffisant aujourd'hui, dans ce nouveau contexte ?

Les consœurs nous demandent une entraide, une écoute et un partage des problèmes pour trouver ensemble des solutions. Elles demandent aussi une ouverture des horizons et des clés de compréhension de ce qui se passe autour d'elles, impactant concrètement leur quotidien.

Cette défense active ne peut s'exonérer d'un travail en profondeur et en prospective, sur ces sujets d'actualité, qui vont nous bouleverser collectivement. C'est bien là tout l'enjeu d'un syndicat : participer, par nos propositions, à la réflexion et aux actions pour toute la profession.

Isabelle Morille

Journées des cadres SFCD d'automne

Les 7 et 8 octobre 2016 en région Ile-de-France

Thème : le numérique
au cabinet dentaire

M Didier Cochet, directeur de Dentalinov, nous a accueillies très chaleureusement dans ses tous nouveaux locaux à Issy-Les-Moulineaux.

Une première journée de formation, animée par Laurent Ambroise Casterot sur « le cabinet dentaire libéral et le numérique » nous a permis d'engager une réflexion sur nos besoins actuels, par un questionnement guidé, sur le cabinet du futur et de définir des critères de choix pour les investissements futurs de nos propres cabinets.

La passionnante intervention d'Amal Taleb, Juriste et avocate, vice présidente du conseil National du Numérique nous a permis d'aborder les problèmes de la collecte, de la transmission et de l'utilisation des données de santé. Elle a décrypté pour nous, avec enthousiasme, les dangers de la numérisation dans la société : la commercialisation des données est à l'œuvre dans certains secteurs car il n'y a pas eu de compréhension des dérives possibles (enjeux économiques pour l'utilisation des données à des fins commerciales). Le Règlement Général Européen, fait avec de grands compromis, ne permet pas de contrôler les bases de données des entreprises. Il est essentiel d'avoir des acteurs du numérique qui respectent les règles de protection dans le domaine de la sécurité. Mais, jusqu'à présent aucune sécurité n'est garantie (les hackers sont toujours plus forts). Pour Amal Taleb, le numérique est là, donc : « soit on reste passif ou sur la défensive, soit on s'en empare et on décide d'en faire un outil vertueux » !

Enfin Didier Cochet, nous a décrit la révolution numérique en cours grâce à l'empreinte optique et à l'introduction de la CFAO au cabinet dentaire. Puis, le Dr J Attias, implantologiste, attaché Paris VII avec P Missika, utilisateur chevronné de la CFAO, nous a présenté les avantages pratiques de cette nouvelle technologie. Enfin, les échanges nourris et spontanés des participantes avec ces interlocuteurs de qualité ont permis d'exprimer de nombreuses interrogations : utilité de la technologie, standardisation des procédures, place et rôle de l'humain (patient ET praticien), coût très élevé des nouvelles technologies, **nécessité de créer des règles techno-éthiques** à l'instar des règles bio-éthiques.

La seconde journée a permis au SFCD de se positionner sur le sujet. Si l'open data, tout comme l'automatisation et la numérisation sont des tendances de fond, nous nous posons légitimement la question suivante : dans quel but ? Est-ce un besoin de nos cabinets ?

Quelle est l'intention : un cabinet numérique pour la santé OU un cabinet numérique pour le commerce ?

Pour le SFCD, le monde du business généré par le numérique, ne doit pas prendre le dessus. Cet outil numérique doit être pensé avec une dimension éthique : la dématérialisation semble aujourd'hui inéluctable mais elle ne reste qu'un outil. L'informatique doit rester au service de l'éthique de la relation humaine patient/praticien.

Isabelle Morille

Les Professions Libérales et les enjeux de sécurité et de défense

L'UNAPL a mis en place, le 14 avril 2016, une commission « sécurité, citoyenneté, défense » à laquelle participe le SFCD. L'UNAPL estime qu'il s'agit là d'une proposition forte de sens, qui devrait être très positivement accueillie par tous ses interlocuteurs, répondant ainsi à l'interpellation des pouvoirs publics suite aux événements de novembre 2015.

L'implication de l'UNAPL sur ce thème est essentielle car :

■ **les professions libérales sont des acteurs majeurs du maillage territorial** : leur immersion, dans la société civile, leur permet de rencontrer chaque jour 5.000.000 de français et leur proximité, voire parfois leur intimité, fait d'eux des acteurs de toute première intention ;

■ **certains professionnels libéraux souffrent, dans leur exercice quotidien**, de problèmes d'insécurité, notamment les professionnels de santé, qui font état d'incivilités à leur cabinet mais surtout au domicile des patients ;

■ **l'UNAPL défend deux valeurs citoyennes à consolider, à savoir :**

- la civilité : une attitude de respect, à la fois à l'égard des autres citoyens (ex : politesse), mais aussi à l'égard des lieux publics, la reconnaissance mutuelle et tolérante des individus entre eux qui permet une plus grande harmonie dans la société ;

- le civisme : le respect des lois et des règlements, la conscience des devoirs envers la société, un comportement actif du citoyen dans la vie quotidienne et publique en préférant l'intérêt général à l'intérêt particulier.

Les sujets qui seront abordés par cette toute nouvelle commission auront trait à la sécurité et à la défense des professionnels dans leur exercice quotidien :

■ **donc, la sécurité au quotidien des professionnels de santé**, notamment à domicile, qui est un réel sujet, dont les syndicats professionnels ne semblent pas s'être complètement saisis ;

■ **mais aussi les troubles du comportement des patients** (troubles psychiques non connus au préalable, impact des fermetures d'hôpitaux psychiatriques) et comportement de leur entourage immédiat ;

■ **également les difficultés**, dans certaines situations, des jeunes professionnelles de santé (rendez-vous à caractère sexuel sous-jacent, confrontation à des patients connus pour troubles sexuels),

■ **à l'ordre du jour aussi les comportements de bandes qui filtrent les entrées d'immeubles**, volent les moyens de locomotion, du matériel, ou de trousse pouvant comporter des médicaments ou substances dangereuses, avec parfois des non

Les
dossiers
en cours



réponse des forces de l'ordre en cas d'appel,

■ **et les moyens d'alerte et de prévention**, avec notamment l'impact de l'anxiété sur les salariés des professions médicales qui commence à voir le jour, etc...

■ **et enfin, la prise en compte de l'organisation locale** de certains professionnels de façon isolée et parfois empirique. Un travail vaste mais passionnant attend donc cette commission au cours des mois à venir !

Claudine Bodin

Membre de la Commission Sécurité, Citoyenneté, Défense de l'UNAPL

Commission égalité-parité de l'UNAPL

Présidée par Estelle MOLITOR, huissier de justice, cette commission, à laquelle est présente le SFCD, travaille sur plusieurs dossiers :

- la charte du laboratoire de l'égalité, signée cette année par l'UNAPL. Le SFCD l'avait signée l'année précédente.
- le dossier parentalité/maternité : à l'occasion de l'avantage supplémentaire maternité des femmes médecins, la commission s'est penchée sur les besoins des professionnels. En 1995, ce sont des IJ qui avaient revendiquées, car nous n'avions rien ! En 2016, les membres de la commission se sont prononcés contre un alignement des prestations sur le régime des salariées, et pour une prise en compte des spécificités de l'exercice libéral : lorsque le professionnel s'arrête, la structure s'arrête. Ces besoins concernent davantage des aménagements des possibilités de remplacement, le statut fiscal et social du remplacé et du remplaçant, l'allègement fiscal et des charges sociales pendant cette période d'arrêt d'activité. Les demandes s'inscrivent désormais dans le cadre de la parentalité.
- la parité imposée par la loi pour nos structures (notamment ordinaires) pour 2019. Si cette disposition inquiète certains confrères en place, qui craignent de ne pas trouver suffisamment de professionnelles motivées, elle ravit les consœurs qui ne demandent qu'à s'investir et faire valoir leurs compétences comme leurs idées.

Pour l'Ordre des chirurgiens-dentistes, pas de problème : le SFCD est une véritable pépinière de consœurs impliquées et travailleuses !

Nathalie Ferrand

Membre de la commission parité égalité de l'UNAPL

Vers la fin des conventions... de la sécurité sociale... et du soin hippocratique ?

Le rouleau compresseur continue son œuvre, et vite

Par un incroyable amendement gouvernemental, la ministre impose le résultat des négociations conventionnelles... qui du coup ne servent plus à rien !

Cet amendement, très astucieusement rédigé, impose le contrat d'accès aux soins en dentaire : une amélioration des cotations de prévention et des actes de soins contre la limitation des honoraires prothétiques et orthodontiques.

Quel parlementaire, de droite comme de gauche, pourrait être contre la prévention ? Quel professionnel, libéral comme salarié pourrait être contre la revalorisation conséquente de nos actes sinistrés ?

Si ce n'est que derrière, ce n'est pas la santé et la sécurité sociale garante de la prise en charge publique, solidaire et universelle des soins qui nous attendent, patients comme chirurgiens-dentistes.

C'est le commerce, et les réseaux de soins des plateformes commerciales !

Le tout présenté comme étant inéluctable car :

- l'Etat ne peut plus soutenir le niveau de dépenses publiques de soins : heureusement, les complémentaires et les investisseurs privés sont là pour injecter de l'argent frais !
- les consommateurs ne doivent plus dépenser autant d'argent pour leurs soins dentaires, pour qu'ils puissent consommer ailleurs : heureusement, les réseaux de soins et les centres low-cost sont là, pour encadrer les dépassements d'honoraires !
- il faut être plus efficaces dans l'organisation et dans les soins : heureusement, le numérique et l'automatisation sont là, pour ne plus hésiter et perdre de temps !

D'ailleurs, ça tombe très bien parce que le numérique est en plus un pilier de la croissance économique sur lequel il faut tout miser !

Le tout ficelé et facilité par une ministre de la santé que la fin du quinquennat dynamise.

Ce qui se passe est très grave et nécessite une mobilisation de tous les professionnels de soins et de tous les citoyens qui ont leur santé à cœur.

Ça tombe très bien : jeudi 24 novembre, c'est une grande journée de mobilisation pour dire NON au soin commercial et OUI au soin humain !

Le bureau du SFCD

ASSEMBLÉE NATIONALE 27 octobre 2016

PLFSS 2017 - (N° 4072)

Commission Gouvernement Adopté

AMENDEMENT N°934 présenté par le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 43, insérer l'article suivant:

I. - À défaut de signature au 1^{er} février 2017 d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

Ce projet de convention reconduit la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur, en modifiant ses articles 4.2.1 et 4.3.3 et ses annexes I et V, pour déterminer les tarifs mentionnés au 1^o de l'article L. 162-14-1 du même code, et la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs. Les dispositions de la convention antérieure continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral qui la remplace.

L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des chirurgiens-dentistes avant le 1^{er} février 2017. À défaut, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai de huit jours. Le nom de l'arbitre est notifié aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'arbitre dispose d'un délai d'un mois à compter de sa désignation pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les dispositions du I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux conditions de transmission, d'approbation et de mise en œuvre du règlement arbitral.

La procédure d'approbation de l'avenant mentionné au premier alinéa est mise en œuvre sans appliquer le délai prévu au troisième alinéa de l'article L. 162-14-3 du même code.

II. - La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1^o Le titre de la deuxième partie est complété par les mots : « , de l'adolescent et du jeune adulte » ;

2^o Le titre III du livre Ier est complété par les mots : « , l'adolescent et le jeune adulte » ;

3^o Le même titre est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

Chapitre IV : Examens et prévention

« Art. L. 2132-6. - Dans l'année qui suit leur neuvième, leur quinzième, leur dix-huitième, leur vingt-et-unième et leur vingt-quatrième anniversaire, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Ces examens, ainsi que les soins consécutifs, ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés.

« Les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale déterminent, pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. À défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de disposition sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen et la prise en charge des soins consécutifs, elles sont définies par arrêté interministériel. »

NON, Dentexia n'est pas un épiphénomène !

Penser que Dentexia est un épiphénomène peut arranger le ministère, mais certainement pas les patients !

Car Dentexia est à la fois un symptôme et une preuve.

Le symptôme du manque de protection des patients contre le marché prédateur.

En fabricant depuis 10 ans un patient consommateur, les lois françaises qui se sont succédées (voir encadré) ont aussi créé le produit de consommation « soin médical ».

Elles n'ont fait qu'accompagner une croyance des Etats de l'Europe pour solutionner le manque de croissance et le chômage : la santé est un secteur économique comme un autre, donc il doit se plier aux lois du marché.

Ces lois sont celles de la libre concurrence permettant d'obtenir les prix les plus bas pour attirer les consommateurs et vendre toujours plus.

Or si les soins médicaux sont bien un secteur économique, ils ne peuvent être, par essence, un secteur commercial soumis aux règles du marché.

Car on ne consomme pas un cancer ou une sclérose en plaque !

L'avoir cru est une faute envers la réalité, sauf à considérer que les humains sont des machines, et leur maladie une simple question de pièces détachées à changer.

Avoir cru que le reste à charge dans les soins dentaires était juste une question de marges trop confortables pour les chirurgiens-dentistes a amené les ARS à être peu regardant sur ces centres dentaires « low cost ». D'ailleurs la loi les y a aidés : il suffit maintenant d'une simple déclaration d'ouverture de centre à la place d'une demande d'autorisation.

La prédation était donc facile, puisque toutes les portes étaient ouvertes : politiques, légales, adminis-

tratives. Avec en plus le tapis rouge déroulé !

Dentexia n'est pas un accident mais le résultat de l'ouverture à la logique de marché des soins médicaux : c'est pour cela que nous sommes convaincues que Dentexia n'est que le début d'une longue série de scandales dont les victimes seront en premier et de façon majeure, les patients eux-mêmes.

Si le collectif des victimes de Dentexia dénonce une escroquerie, il revendique une dentisterie low-cost « sociale », afin que tous les patients puissent avoir accès aux prothèses et aux implants mal pris en charge (voire pas du tout) par la sécurité sociale et les complémentaires.

Cette vision « découpée » de l'accès aux soins correspond à la logique consumériste : les patients de Dentexia vont malheureusement comprendre à travers leurs souffrances physiques et psychiques que prothèses ou implants font partie d'un traitement global d'une situation médicale diagnostiquée, et ne sont pas simplement un objet que l'on achète.

Dentexia est donc aussi une preuve, bien concrète, des conséquences de la conception mercantile des soins médicaux, qu'Ordre et Syndicats ne cessent de dénoncer.

Non parce que Dentexia nous fait une concurrence déloyale, mais parce que Dentexia fait du soin médical un commerce, ce qui est interdit par la loi (voir encadré des lois).

Nous avons la chance en France d'avoir des lois qui protègent la vulnérabilité du malade, et une prise en charge des soins publique, solidaire et universelle : c'est cette conjonction qui permet aux professionnels de soin un exercice conforme au Serment d'Hippocrate qu'ils ont prêté (encadré sur le serment d'Hippocrate).

Par contre nous souffrons d'une confusion bien française à propos de la santé : dans notre culture cura-



tive, la santé ce sont les soins. D'ailleurs nous parlons de système de santé, alors qu'il s'agit du système de soins.

La santé comprend bien d'autres déterminants que les soins : sont concernés toutes les activités humaines qui ont un impact sur la santé (industrie, agriculture, énergie, transport), mais aussi les conditions de logement, de vie et de travail.

Un véritable « ministère de la santé » ne pourrait être QUE transversal à tous les autres ministères, y compris celui de l'économie. Or actuellement c'est celui-ci qui est transversal à tous les autres : cette omnipotence de l'économie a conduit Bercy à entrer au code de la Santé, en compagnie du code de la ... consommation !

Match perdu sur le terrain de la concurrence

L'avis rendu par l'Autorité de la Concurrence le 24 octobre démontre que le terrain de la concurrence n'est pas le bon. Tout simplement parce que le contrat de soin n'est pas un contrat commercial.

Légalement, le soin médical ne peut pas être un produit commercial : article 16 et suivants du code civil et article R4127-215 du code de la santé publique. Ethiquement, le soin médical ne peut pas être un produit commercial : le patient n'est pas un consommateur de maladie et de soins médicaux !

-> **La responsabilité de replacer le débat sur le bon terrain, celui de l'ETHIQUE MEDICALE**, appartient aux syndicats de professionnels de santé.

-> **La responsabilité de le faire valoir**, y compris juridiquement, appartient aux Ordres des professions de santé.

-> **Et notre responsabilité commune de citoyens** est de le faire ENTENDRE aux responsables politiques !



Précisions sur la « fabrication » du patient/consommateur

« L'évolution du système de santé est marquée, en France, comme dans la plupart des autres pays, par une évolution marchande significative. Cette orientation n'est pas inéluctable en ce sens qu'elle ne résulte pas d'un processus spontané et naturel. Elle est construite. Ainsi plusieurs lois participent à cette édification :

■ **[la loi] sur le droit des malades et la qualité du système de soins**¹, favorise l'autonomisation du patient. Elle accélère de facto la construction d'un consommateur de soins.

■ **Celle sur la réforme de l'assurance maladie**², insère ce consommateur de soins dans un univers marchand caractérisé par un parcours tarifaire incitatif, des sponsors dédiés à la diffusion de l'information, un panier de soins censé participer à la responsabilisation des acteurs et un nouveau partage des rôles entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire »³.

■ **La loi HPST**⁴ a fait des réseaux de soins/de santé des acteurs incontournable du système de santé tandis que la loi Fourcade⁵ a permis l'arrivée de nouvelles formes juridiques d'exercice sous forme de sociétés inter professionnelles.

■ **La loi Leroux**⁶ a permis les remboursements différenciés pour les adhérents acceptant des soins à l'intérieur de leur réseau de soin/de santé (utilisation des 2 vocables qui conduit à des confusions et organise l'opacité des réseaux).

■ **L'ANI**⁷ en généralisant la complémentaire santé à tous les salariés a potentialisé la loi Leroux.

■ **La loi relative à l'économie sociale et solidaire** et l'ordonnance simplifiant le régime des associations et des fondations⁸ qui ont éloigné le but non lucratif de ses structures pour leur permettre d'être concurrentielles.

■ **La loi Hamon**⁹ et l'ordonnance¹⁰ sur la partie législative du code de la consommation qui ont fait basculer juridiquement la personne malade ayant besoin de soins du statut de patient au statut de consommateur.

■ **Le décret Montebourg**¹¹ qui permet un droit de regard de la puissance publique en matière d'investissements étrangers dans des secteurs-clés de l'économie et dont l'État veut garantir l'intégrité comme la santé publique.

■ **La loi de santé**¹² qui a entériné d'une part les parcours de soins, la démocratie sanitaire, la standardisation des soins, d'autre part la diminution des prises en charge par l'assurance maladie obligatoire = dernière touche à la transformation du patient en consommateur de soins.

Sylvie Ratier

Le scandale de Dentexia est donc une chance : c'est une véritable sirène d'alarme que doivent entendre les responsables politiques français et européens :

- pour remettre les actes médicaux dans le champ exclusif de l'éthique médicale.
- pour remédier à la schizophrénie légale qui donne légitimité à l'Autorité de la Concurrence de rendre des avis qui affirment cette santé mercantile (voir encadré)
- pour considérer comme prioritaires les recherches et les actions permettant avant tout d'être moins malades, en tenant compte des conséquences de l'environnement sur la santé.

Car le bon sens ne fait pas défaut aux citoyens : ils jugent d'après ce qu'ils vivent, au quotidien.

Et dans nos démocraties usées, à la parole confisquée par les experts de « think tank » et à l'opacité galopante sur les choix politiques faits à leur insu ou sans leur consentement éclairé, la seule chose qu'il leur reste c'est leur bulletin de vote... quand le vote a encore du sens.

A nous tous de nous réveiller !

Nathalie Delphin

1/ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

2/ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

3/ Batifoulier Philippe, Damin Jean-Paul, Gadreau Maryse, « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », Revue Française de Socio-Économie 1/2008 (n° 1), p. 27-46

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

5/ 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

6/ 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

7/ Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

8/ Loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire et l'ordonnance n° 2015-904 du 23 juillet 2015 portant simplification du régime des associations et des fondations

9/ Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation

10/ Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016

11/ Décret du 14 mai 2014 relatif aux investissements étrangers soumis à autorisation préalable

12/ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Des référents « Violences faites aux femmes » sont enfin mis en place

Les
dossiers
en cours

Informar, former, éduquer... mots inlassablement répétés pour s'en convaincre ; pour venir à bout du fléau qui cause la mort parfois, et de façon certaine, un trauma à vie sur la victime et son entourage intime et plus largement sur les témoins de ces drames.

On ne pense parfois pas à l'enfant qui entend les bruits dans la pièce à côté, qui sent tout simplement l'atmosphère sinistre, au voisin pétrifié par ces cris et qui se sent impuissant.

Car c'est encore et toujours un sujet tabou, parce que ces violences sont souvent intrafamiliales.

« Elle l'a bien cherché, elle le mérite », ... les commentaires ne sont pas très originaux et surtout renient la femme.

BRISER le silence, pour briser l'inertie qui règne, malgré les lois votées trop rarement ou mal appliquées.

La convention du conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique dite Convention d'Istanbul, ratifiée par la France et entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2014, IMPOSE dans son article 15 la mise en place et le développement des formations sur la prévention, la détection de ces violences et la prise en charge des victimes (cf encadré ci après).

Notre syndicat s'est naturellement engagé pour l'ensemble de la profession dans cette dynamique incarnée par la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains : MIPROF.

La MIPROF a chargé la commission violences faites aux femmes du SFCD de constituer un groupe de travail représentatif de la profession pour élaborer les outils nécessaires à la prise en charge, dans nos cabinets, des femmes victimes de violence (cf La véritable histoire du groupe violences faites aux femmes en page 40)

Comme chaque profession de santé, les chirurgiens-dentistes ont élaboré, avec la MIPROF, un protocole sur l'élaboration des certificats initiaux avec les explications pour sa rédaction, une affiche pour informer de la disponibilité du professionnel à l'écoute.

La profession a par ailleurs mis en place des référents violences faites aux femmes au niveau local afin de relayer les informations nécessaires et de constituer un maillage entre les différents intervenants (police justice, associations d'aide, ...).

Enfin une première journée de formation de ces référents violences faites aux femmes est organisée le 7 décembre 2016. D'autres journées de formation seront organisées dans les régions, afin de former l'ensemble des professionnels de santé (chirurgiens-dentistes et assistants dentaires).

**Evelyne Peyrouty
et Nicole Vinot**



Un questionnaire a été élaboré par la commission violences faites aux femmes du SFCD, distribué à l'ADF, diffusé dans notre revue annuelle et posté sur notre Site Internet fin 2014.

Ce questionnaire interrogeait les confrères et consœurs sur leur connaissance du sujet et leur besoin d'information :

- **plus de 91%** des praticiens se sentent concernés, mais ...
- **seulement 8%** d'entre eux ont dans leur questionnaire médical un item sur ce sujet ;
- **87%** des praticiens pensent être insuffisamment formés ;
- **80%** ne connaissent pas les structures pouvant aider les femmes victimes ;
- **environ 57%** des praticiens ont vu dans leur cabinet au moins une patiente victime de violences.

C'est sans surprise puisque le visage et la bouche, très souvent touchés de façon visible, sont notre sphère d'intervention.

Le constat est là, les violences existent et les praticiens ne doivent (et ne veulent !) pas les ignorer, preuve que formation (obligatoire !) et outil sont plus que nécessaires.



A propos de la Convention d'Istanbul de 2014



Convention qui s'impose aux états signataires, dont la France :

« Reconnaissant que la violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes, ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation. Reconnaissant que la nature structurelle de la violence à l'égard des femmes est fondée sur le genre et que la violence à l'égard des femmes est un des mécanismes sociaux cruciaux par lesquels les femmes sont maintenues dans une position de subordination par rapport aux hommes. »

Reconnaissant avec une profonde préoccupation que les femmes et les filles sont souvent exposées à des formes graves de violence telles que la violence domestique, le harcèlement sexuel, le viol, le mariage forcé, les crimes commis au nom du prétendu honneur et les mutilations génitales, les quelles constituent une violence grave des droits humains des femmes et des filles et un obstacle majeur à la réalisation de l'égalité entre les femmes et les hommes » C'est une position claire et sans détour, qui pointe les violences que les femmes subissent de la part des hommes, dans une société qui n'est toujours pas égalitaire.

La volonté de la Convention d'Istanbul est de mettre en évidence le fait que les femmes sont les grandes victimes et de prendre des mesures pour que ces violences générées cessent. Une majorité d'hommes nient cette réalité sous prétexte que « tout le monde subit des violences ».

Voici en exemple, une publication de l'ordre des médecins du Val d'Oise : démontrant à quel point ce sont les femmes qui sont des victimes¹ :

^{1/} <https://www.cdom95.org/accueil/prostitution-et-sante/>

« • Une majorité des personnes prostituées est de sexe féminin (85%). La quasi-majorité des clients est de sexe masculin (99%). Reliquat d'un système patriarcal violent et misogyne. »

« • 80 à 95% des personnes prostituées ont subi des violences sexuelles dans leurs antécédents (incestes, pédocriminalité, viols). Le viol est le mode de « dressage » le plus utilisé par les proxénètes. Familles précaires socialement, violences intra-familiales. »

Dire que tout le monde subit des violences c'est nier les violences que les femmes subissent.

De plus, les femmes subissent des violences croisées : physiques, psychologiques, sexuelles, domestiques à la fois.

Donc il faut tenir compte d'un contexte socio-économique déséquilibré entre les femmes et les hommes, les femmes se retrouvant dans des situations très compliquées, plus défavorisées que les hommes.

La mise en place des référents violences faites contre les femmes est un progrès social important, car cela revient à dire qu'il ne doit plus y avoir des sphères domestiques, religieuses, ou culturelles où on accepte que des femmes soient violentées à cause de leur sexe.

Stela Cadis

Après les éleveurs de poulets, les chirurgiens dentistes ? (puis tous les professionnels de santé...?!)

«Chaine de distribution» et «Filière intégrée» : des mots souvent entendus ces derniers temps avec la crise agricole des éleveurs. Des mots loin de notre profession, mais plus pour très longtemps...

Nous allons rapidement apprendre ce qu'ils veulent dire.

Au début de l'histoire agricole existent de nombreux petits éleveurs fermiers fiers de leur savoir-faire ancestral : pour être goûteux, les poulets ont besoin de temps pour être élevés, d'une alimentation diversifiée et d'espace pour courir dehors, ce qui permet un élevage extensif de qualité.

Au fil du temps, un effort considérable est demandé à nos agriculteurs français : il faut produire plus pour satisfaire la demande grandissante des consommateurs.

La solution : faire de la production de masse au meilleur prix.

Donc les éleveurs s'organisent, investissent, construisent des bâtiments pour accueillir les poulets.

Mais la demande augmente encore, sous la pression de la publicité qui soutient voire accélère la belle croissance de ce secteur !

Pour passer à la vitesse supérieure, les poulets sont enfermés. Ils ne bougent plus donc grossissent plus vite. Ils sont désormais nourris avec une alimentation complète et enrichie, prête à l'emploi. Les races sont sélectionnées. La filière s'organise autour d'une centrale d'achat.

C'est la centrale d'achat qui vend les poussins, qu'elle amène par camions à l'éleveur, qui ne fait que les élever dans des conditions optimum, grâce à l'alimentation complète et aux médicaments vendus par cette même centrale d'achat. C'est la même centrale d'achat qui vient chercher à date programmée et fixe les poulets et les amène à son abattoir. Elle se charge de la commercialisation des produits transformés.

Nous sommes en présence d'une filière intégrée.

Et bien figurez-vous que ce modèle économique est en train d'être adopté par notre profession !

Reprenons la démonstration.

Pour sortir de la crise, les Etats membres de l'Europe veulent de la croissance et de l'emploi pour combattre le fléau du chômage. Le secteur économique de la santé est repéré : c'est un secteur qui doit se



développer. Gisement de croissance et d'emplois d'un côté, mais d'un autre, secteur trop verrouillé par des professions réglementées qui empêchent le jeu du libre marché par la libre concurrence.

Qu'à cela ne tienne, ouvrons le marché du soin !

Pour cela, fabriquons un patient-consommateur, qui demandera du soin devenu produit commercial, au plus bas prix. C'est ce que l'Etat français s'est astreint à faire depuis 10 ans (cf encart page 15), pendant que l'Europe redéfinissait les «biens et services» (circulaire Bolkestein).

L'obsession du plus bas prix gagne du terrain auprès des collectifs de patients et des associations de consommateurs. Le gouvernement répond à cette tendance : la baisse du reste à charge passera par la baisse du coût des soins, grâce à la mise en concurrence de ses acteurs.

Ô divine surprise, c'est exactement ce que propose l'Europe avec l'accès partiel ! L'éclatement des réglementations des professions de soin va multiplier les acteurs et permettre de les mettre en concurrence. Mais la multiplication des acteurs et la diversification des compétences (chirurgiens-dentistes, hygiénistes, voire assistants dentaires pour faire un détartrage) complexifient le parcours du patient et son information. Le patient est perdu dans toutes ces offres. Heureusement, sa complémentaire est là ! Elle lui propose de l'informer et d'organiser son parcours, en

lui garantissant de lui trouver les «bons» acteurs de soin, au meilleur rapport coût/efficacité. Ce travail de recherche des bons acteurs de soin étant complexe, les complémentaires se groupent entre elles pour créer une plate-forme, sur le modèle déjà au point des ... centrales d'achat !

Voilà donc les plates-formes/centrales d'achat qui trouvent des «producteurs de soins de qualité» et les mettent en contact avec les complémentaires qui cherchent des «soins de qualité» pour leurs adhérents, construisant là une véritable chaîne de distribution des soins, «du producteur au consommateur». Et en prime, elles organisent le parcours et l'information du patient pour le compte des complémentaires, grâce à un réseau de soins. Comme pour les éleveurs de poulets, nous sommes en présence d'une filière intégrée!

Hélas, l'impermanence de la vie amène les étapes suivantes.

Tout d'abord, la concurrence entre les plates-formes/centrales d'achat, va les obliger à sélectionner uniquement les professionnels les moins chers possibles. Ensuite les plates-formes vont s'éliminer entre elles ! Seules les plus agressives (faisant les prix les plus bas et les actes gratuits les plus nombreux) survivront.

Et les gagnantes imposeront leur loi (c'est-à-dire leurs prix) :

- à leurs clients (les assureurs complémentaire et leurs adhérents soit les patients),
- aux producteurs (aux professionnels de soins soit les chirurgiens-dentistes)
- et enfin aux fournisseurs (les fabricants soit les fournisseurs de matériels et les prothésistes dentaires)

Il est facile de comprendre que tout l'intérêt du système va être de devenir actionnaires de la plate-forme, afin de se «placer», à la fois pour gagner des parts de marché et pour recevoir des dividendes.

Comme pour la filière des poulets, le devenir des chirurgiens-dentistes est connu : grossir ou mourir !

Aujourd'hui, construire une grosse structure de production de soins dentaires se traduit par l'obligation du numérique.

Les assistants dentaires au code de la santé : quels changements concrets pour nos cabinets ?

Les
dossiers
en cours

Le numérique c'est l'automatisation des tâches et l'organisation optimale grâce aux calculs algorithmiques ; beaucoup plus efficace (la machine ne se trompe pas) et beaucoup plus rentable (pas d'arrêt maladie ni de congés payés, encore moins de revendications!).

Chaque cabinet devra assurément investir lourdement et garantir le remboursement des sommes empruntées. Les praticiens risquent de perdre leur âme à produire du soin dans un but essentiellement économique (commercial ???!!) !

Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS dentaire) qui se profile, en limitant les dépassements d'honoraires de prothèse et d'orthodontie en contrepartie d'une revalorisation des soins et de la prévention n'est malheureusement pas fait dans une intention de santé mais lui aussi dans une intention de commerce. Parce que ce sont les complémentaires qui vont financer le CAS, en payant directement les praticiens à partir de 2018 et que les complémentaires sont maintenant toutes affiliées à des plates-formes commerciales, véritables centrales d'achat.

Comment échapper à ce cauchemar, pour les chirurgiens-dentistes comme pour tous les autres professionnels de soins (le système est hélas «valable» pour tous) ?

En reprenant nos fondamentaux, avec du bon sens et de l'éthique ! En France, nous avons la chance d'avoir l'article 16 du code civil qui renforce le code de déontologie.

Ne le rendons pas inopérant et faisons-le savoir !

Les soins ne constituent pas un marché avec des producteurs et des consommateurs.

Les soins ne doivent pas être gérés par des centrales d'achat, les patients ne sont ni des clients, ni des consommateurs puisqu'ils sont vulnérables, puisqu'ils sont humains.

Les praticiens ne doivent pas devenir des producteurs de soin au service d'une filière commerciale.

Refusons la filière intégrée: les patients ne sont pas des poulets !

Alors, aidez le SFCD à refuser ce modèle commercial en diffusant cet article.

Et rejoignez-nous!
sfcd.fr

Nathalie Delphin

L'inscription au code de la santé publique du 21 janvier 2016 a été suivie d'un travail long et minutieux sur leurs référentiels d'activités, de compétences et de formations.

La rédaction de ces référentiels s'est faite lors de nombreuses réunions de concertation entre les représentants des assistants¹ et des chirurgiens-dentistes² et le ministère³. Cela nous a permis d'élaborer des «règles du jeu» en cohérence avec la réalité du travail des assistants dentaires dans les cabinets libéraux, les centres municipaux, les cabinets mutualistes. Et de pouvoir aussi projeter leur métier en fonction des besoins de la population (présence en milieu hospitalier par exemple).



Le changement majeur est le déplacement de leur cœur de métier : de la stérilisation, il devient l'assistance avant, pendant et après les soins réalisés par le chirurgien-dentiste, dans une logique de soins pour la santé et non de soins pour le commerce.

Ce tandem chirurgien dentiste / assistant dentaire va croître en efficacité grâce à cette montée en compétences, dans une logique de santé publique.

Désormais professionnels paramédicaux, leurs responsabilités deviennent celles de tout professionnel de santé : l'emploi de tout assistant dentaire non diplômé et/ou l'exercice sans être diplômé des activités relevant de l'assistant dentaire constituent désormais de l'exercice illégal relevant du pénal.

Ces changements sont à considérer avec la mise en place quasi simultanée de l'accès partiel du champ d'activités bucco-dentaires à certains professionnels européens, comme les hygiénistes et les denturologues. L'Ordre aura sur cette question un rôle prépondérant pour garantir aux patients l'effectivité de leur formation et de leurs capacités à parler et comprendre le français.

Le SFCD veille particulièrement au respect de soins pour la santé et non de soins pour le commerce : DENTEXIA nous donne l'exemple éclatant des conséquences de la santé commerciale pour les patients et pour l'éthique de notre profession.

En attente, à l'heure où nous mettons sous presse cet article, de la publication du décret d'activité (et non d'actes !) des Assistants dentaires, le travail sur le contenu de la formation a pu commencer (cf article en page 32) avec le Ministère⁴. Ce volet, éminemment central nous promet encore de beaux moments d'échanges afin de trouver un compris satisfaisant pour tous, mais surtout répondant aux besoins actuels de la santé publique bucco-dentaire.

Marie Brasset et Sylvie Ratier

¹Pour les assistants dentaires : Le FNISPAD et la CFDT (siégeant aussi à la CPNE) et l'UFAD

²Pour les chirurgiens-dentistes : La FSDL, la CNSD et l'Union Dentaire (siégeant aussi à la CPNE), Le SNCDCS, le SFCD, le FNCS, l'UFSBD, la fédération des paros,..., Le CNO

³Ministère de la Santé, Direction Générale Organisation des Soins (DGOS), Sous-Direction des ressources humaine du système de santé (RH2)

⁴Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction Générale Organisation des Soins (DGOS), Bureau Démographie et formation initiale des professions de santé (RH1)

Occitanie

■ **29 Janvier : FORMATION « Assistante dentaire comment trouver la perle rare ... et la garder »** au CIC rue des arts à Toulouse, intervenant Thierry Améziane. Une formation pratique concrète pour praticiens et assistantes : une occasion de créer de la cohésion d'équipe !

■ **17 au 20 mars : SÉMINAIRE DE RÉFLEXION des cadres nationaux à Toulouse sur le thème « Quelles stratégies SFCD dans le nouveau contexte »** participation de Anne Marie Soum, Brigitte Meillon, Magali Fau Jurado, Anne Gicquel, Gundra Doubovetsky, Isabelle Morille, Marie Chantal Bousignac-Moles et Nathalie Ferrand. C'est dans un gîte fort agréable au domaine du T à Balma, que nous avons travaillé, réfléchi et échangé de façon constructive anticipant l'évolution de la profession et de la santé, après le témoignage passionnant et motivant de M. Pon, directeur de la clinique Pasteur, 1er établissement engagé dans une démarche « établissement de santé sans perturbateurs endocriniens » et avec la participation enthousiasmante de Laurent Ambroise-Casterot, pour définir 8 axes stratégiques et des actions concrètes à mettre en place.

Ce furent aussi des temps de détente mémorable au coin du feu, où certaines de nos consœurs habituées à donner de la voix ont pu le faire en chantant cette fois ci, des pauses gourmandes aux accents du Sud-Ouest (merci Anne-Marie pour les foies gras, les magrets et la garbure au confit de canard fait maison).

■ **Soirée du 17 mars : participation au CAFÉ CITOYEN à l'espace Job sur le thème « la santé est-elle un commerce ? »** avec l'Association Pour la Santé de Tous, association de citoyens œuvrant pour la prise en compte des facteurs environnementaux, pollution, nouvelles technologies, changement climatique et pour remettre l'humain au cœur de la santé, alors que la médecine prédictive et l'e-santé tendent à rendre le patient seul responsable de ses maux.

■ **Soirée du vendredi 18 Mars : cette année l'AG midi PY a pu se faire** pendant le séminaire en soirée au restaurant Ma cantine à l'Union. Cela a permis à nos adhérentes de rencontrer les cadres et les membres du bureau et d'échanger sur le travail réalisé par SFCD au niveau national.

Un renouvellement du bureau a eu lieu :

Marie Chantal Bousignac Moles et Hélène Pic après avoir œuvré efficacement respectivement en tant que présidente et trésorière pendant de longues années ont décidé de se consacrer à d'autres activités.

2 adhérentes Lucile Lambert et Stela Cadis ont décidé de rejoindre le bureau, et sont devenues trésorière et secrétaire adjointes. Isabelle Morille conserve la présidence pour un dernier mandat, Brigitte Meillon

assure la vice-présidence, Magali Fau-Jurado continue sa mission de trésorière et Anne Marie Soum celle de secrétaire, spécialiste émérite en gastronomie, et humour.

■ **2 Juin : FORMATION « comment gérer son stress dans son environnement professionnel ; se protéger du burn-out »** dans les locaux de Promadent à Toulouse. Cette formation, destinée aux praticiens, assistantes et secrétaires a été plébiscitée et il a été décidé par tous les participants de reconduire une 2^{ème} journée complémentaire en 2017 afin d'approfondir ce thème avec l'exceptionnelle Francine Friedrich.

■ **11 juin : participation à une RÉUNION SUR LA LOI SANTÉ organisée par l'UFML** (union française pour la médecine libre présidée par le Dr Jérôme Marty) **et en présence de la FSDL**, pour mettre en place des actions communes aux différentes professions de santé, pour diffuser l'information sur les conséquences de la Loi santé, et connaître les difficultés rencontrées par les autres professionnels de santé. Elle s'est terminée pour certains par une agréable soirée privée à l'Envol.

■ **Participation les 7 et 8 octobre : aux JOURNEES DES CADRES** à ISSY-les-Moulineaux dans les nouveaux locaux de Dentalinov.

1^{ère} journée de formation sur « le cabinet dentaire libéral et le numérique » animée par Laurent Ambroise Casterot, avec la participation enthousiaste d'Amal Taleb, avocate et vice-présidente du conseil national du numérique et du Dr Jacques Attias, utilisateur Cerec chevronné et de Sébastien Paris de SIRONA.

Participant de Midi Pyrénées : Anne-Marie Soum, Magali Fau Jurado, Anne Gicquel, Stela Cadis, Isabelle Morille, Marie-Hélène Haye et Nathalie Ferrand.

Le 2^{ème} Jour a été consacré à la formation des cadres et au travail et à la réflexion sur les dossiers en cours.

■ **17 octobre : FORMATION CCAM TOULOUSE**, animée par Dr Marie Brasset et Sylvie Ratier dans les locaux de Promadent.

■ **ADF 24 Novembre** entre 12 h et 14 H : **AG SFCD et AG FFCD puis Conseil d'Administration du SFCD**, autour d'un chaleureux cocktail, une occasion de se rencontrer, d'échanger des informations et de faire remonter le vécu des praticiens et praticiennes aux cadres, d'avoir un point sur les nombreuses actions et dossiers travaillés et soutenus devant les ministères ou les instances par les cadres.

■ **Mardi 6 décembre : SOIRÉE TRUCS ET ASTUCES** à partir de 18 h Toulouse. Chacune vient apprendre des autres tant en domaine scientifique, pratique que en communication, sur les formations, etc... Entre autre : TP démo de fil de contention

ortho en technique indirecte applicable en paro ... Suivie d'un repas convivial !

■ **Mercredi 7 décembre : 1^{ÈRE} JOURNÉE DE FORMATION à Paris pour les référentes violences faites aux femmes** avec la participation de Lucile Lambert Stela Cadis (31) Fabienne Laynat-Soldadié (82) Nathalie Ferrand (81) Nathalie Richard (11), Martine Thouvenot (32) qui vont devenir nos référentes violences faites aux femmes dans notre région.

■ **16 et 17 décembre : FORMATION « naturopathie en dentaire, aromathérapie, alimentation »** à Albi

Tt pour 2017, voilà nos prévisions :

■ **23 janvier : AG**

■ **27 Avril : « Prévention des troubles musculo-squelettiques »** à Narbonne

■ **Jeudi 15 Juin : « Le burn out et sa prévention »** Toulouse

■ **Vendredi 13 octobre : thème à définir, selon le sondage qui sera réalisé lors de la soirée trucs et astuces**

Toutes les formations sont ouvertes aux praticiens et praticiennes, syndiqués ou non, et le plus souvent à l'équipe soignante.

Rejoignez-nous !

Syndiquez-vous et parlez-en à vos consœurs et confrères qui peuvent adhérer au club des supporters !

Merci pour votre soutien : adhérer c'est militer !

Isabelle Morille

PACA

Catherine Larra a été élue à l'URPS au printemps.

Le temps nous a manqué cette année pour organiser nos rencontres annuelles, mais rendez-vous en 2017 !

Béatrice Gadrey

Centre

L'année 2016 en Région Centre a été riche.

■ La formation d'avril par Madame Friederich nous a réunies pour apprendre à **prévenir le burn out au cabinet**.

■ En décembre, Monsieur Améziane nous fera **mieux connaître l'organisation** et surtout **mieux gérer le carnet de rendez-vous**.

Outre les formations, des membres du bureau SFCD région Centre, ont participé au **séminaire de printemps** ainsi qu'aux **journées des cadres d'automne**.

Certaines investies dans la commission « violences faites aux femmes », se formeront en décembre au Ministère de la Santé, pour devenir référentes dans leur département.

Enfin, comme chaque année, une **journée syndicale** conviviale nous a réunies au Château de Cheverny au début juillet.

Martine Pigeon

Bretagne

Deux formations ont été organisées en région Bretagne en 2016.

■ La première, sur les TMS, a eu lieu en avril à La Chapelle sur Erdre. Avec Geneviève Colombé, kinésithérapeute, nous avons évoqué les Troubles Musculo Squelettiques: comment les prévenir? Quelle posture adopter en fonction de sa morphologie? Avec des conseils pratiques, la formation a fait un joli tour de la problématique.

Sujet passionnant et qui intéresse toute l'équipe et qui sera très prochainement proposé à nouveau en Ille et Vilaine.

■ En juillet à Larmor-Plage, Francine Friedrich nous a parlé de la **gestion du stress**, sujet, là aussi au cœur des préoccupations de l'équipe du cabinet dentaire.

■ **Côté syndical**, notre consœur Anne Foucher-Séminet s'apprête à reprendre la suite du Bureau qui a animé la Région Bretagne avec beaucoup de convivialité pendant de nombreuses années.

Anne Gicquel

Hauts de France

2016 : année ZEN dans les Hauts de France !

■ Le ton a été donné par le thème de la formation choisie cette année : « **Stress et burn-out** », tout un programme !

Astuces, expériences vécues et conseils avisés, nous ont été dispensés, d'une façon très sympathique, par notre agréable formatrice, Mme Friedrich.

■ **Notre Assemblée Générale a suivi**, organisée dans le cocon calme et délicieux, d'un restaurant tenu par un chef étoilé, sous les regards bienveillants des hôtes silencieux du Louvre-Lens.

■ Enfin, pour clore calmement cette année, notre **journée confraternELLE** a été idéale ! Après avoir déjeuné dans le cadre feutré d'un beau manoir, nous avons pu suivre la présentation d'un collègue, le Docteur Veron, sur l'apport du qi-gong dans notre activité, aussi bien pour les patients que pour nous même. Bien entendu, la pratique et la détente ont été au rendez-vous...

2016, une année zen donc, qui a permis à nos syndiquées de souffler un peu et de se détendre, tout cela grâce aux rendez-vous SFCD !

Claire Dupayage

Grand-Est

L'année 2016 en région Grand est a été illustrée de plusieurs évènements :

Nous avons poursuivi notre cycle de conférences avec Francine Friedrich, docteur en sciences humaines et consultante en ressources humaines :

■ la première conférence, le 10 mars : « **animer son équipe au quotidien** » c'est à dire définir les outils pour manager son équipe.

■ la seconde conférence, le 17 novembre : « **Gérer les conflits** ».

Ces 2 formations, de grande qualité, nous permettront de travailler en équipe au cabinet dentaire avec plus de sérénité, de motiver et d'impliquer notre équipe, de dénouer ou d'éviter des situations de tension, de détecter des mésententes, de maîtriser nos émotions, de mieux communiquer. Notre conférencière, grâce à des jeux de rôle, nous a donné des pistes de réflexion pour améliorer notre communication au sein de nos cabinets dentaires, tant au niveau de notre équipe qu'avec nos patients.

■ Nous avons tenu notre **réunion annuelle** le 17 novembre avec le bureau de la région Grand-Est, avec la présence de Nathalie Ferrand, présidente de FFCD, qui nous a présenté les formations de l'année 2017.

Chères consœurs, chers confrères de l'est, vous êtes les bienvenus au SFCD avec vos idées, votre énergie et votre dynamisme !

Les filles de l'est

Ile de France

Comme chaque année, notre région a accueilli les journées des cadres d'automne début octobre :

■ Journées studieuses et intenses, au vu de l'actualité et des besoins de **formation de nos cadres**, mais aussi conviviales qui nous ont permis d'intégrer de nouvelles cadres et « nous souder » afin de porter d'une voix unanime et forte tout le travail effectué par le SFCD.

■ **Le premier séminaire de formation des référents violences faites aux femmes** aura également lieu à Paris le 7 décembre. Ce sera pour nous l'occasion de nous retrouver dans notre capitale.

Claudine Baudin

Nouvelle Aquitaine

Aquitaine devient nouvelle Aquitaine, regroupement de trois régions, qui nous permettra d'être encore plus près de nos consœurs sur l'ensemble de ce nouveau territoire.

■ **Les cadres régionales se sont investies dans les élections locales et ont été élues** : elles seront autant de relais pour porter les idées et promouvoir le travail du SFCD.

■ **Notre formation sur la CCAM** a eu un énorme succès, plus de cinquante participants, record à battre !

Bravo et merci à toutes, et ... continuons !

Nathalie Delphin

SFCD - Siège Social

22 rue de la Grande Armée- 75017 Paris
E-mail : sfcd@sfcd.fr

• **Service Juridique :**
Sylvie Ratier

421 ch. Lendrevié Haute
Brens - 81600 Gaillac
E-mail : sylvie.ratier@sfcd.fr

Grand Est - Brigitte Jolion

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

Nouvelle Aquitaine - Nathalie Delphin

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

Bretagne - Anne Foucher Seminet

16 rue Neuve 56260 Lamor Plage
02 97 65 50 05
E-mail : anne-foucher@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

Occitanie - 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

Haut de France - 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 Peyrouty

36, rue Jean-Jaurès. 49800 Trélazé
Tel : 02 41 69 08 76
E-mail : evelyne.peyrouty@sfcd.fr

Poitou-Charentes - Muriel Foueytille

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

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



Engagez-vous à nos côtés

le SFCD vous offre :

- **La participation**
de nos cadres dans
différentes commissions
ADF 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 e-mailings**
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 et tout notre personnel.



BULLETIN D'ADHESION au SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES 2017

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 81 02 41 93

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Tél : _____

Fax : _____

E-mail : _____

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

Mode d'exercice : _____



**A compléter et à retourner avant le 31 mars 2017
avec votre règlement de :**

- ☐ Membre actif : 290 €
- ☐ 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 : _____

Formation, accès partiel et protocole de coopération : la grande convergence vers la commercialisation du soin ?

La formation est un enjeu stratégique car elle accompagne les changements.

Elle va se retrouver très prochainement confrontée à de nouveaux défis : l'intégration de l'accès partiel dans notre système de soins et la mise en place des protocoles de coopération entre les professionnels de santé.

Quel est l'objectif poursuivi par ces deux orientations des pratiques professionnelles ?

Quels impacts, réels ou imaginaires, en attendre ? Des questions dont les réponses se dessinent, finalement, assez clairement à la lecture des textes (*Cf liste en encadré*) définissant l'accès partiel et les protocoles de coopération.

L'accès partiel

Le projet d'ordonnance, visant à transposer la directive européenne 2013/55/UE du 20 novembre 2013, permettra l'accès partiel aux professions de santé. L'accès partiel, c'est le fait pour un professionnel de santé d'être autorisé à exercer seulement une partie d'une profession, partie pour laquelle il prouve qu'il est compétent. Même si, pour le Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou le Ministère de la Santé, l'accès partiel « restera sans doute marginal », cette perspective va venir rebattre les cartes d'un système de soins fragilisé, de plus en plus touffu qui compte de plus en plus d'acteurs et de règles. La Cour de Justice de l'Union Européenne a affirmé que l'accès partiel à une profession réglementée ne pouvait être refusé « en l'absence de menace pour la protection des consommateurs et de la santé publique ». Or l'information du consommateur, qu'est devenu le patient, et la vérification de la compétence du professionnel, par l'ARS autorité administrative, vont annuler ces deux limites à l'accès partiel.

L'objectif affiché de l'accès partiel est très clair : multiplier les professionnels de soins pour les mettre en concurrence, afin de faire baisser les prix pour favoriser la consommation. Cet objectif s'appuie sur deux principes fondamentaux de l'Europe, la libre circulation des personnes et celle des services. Il va nécessiter de **déréglementer** les secteurs concernés : voilà pourquoi les compétences sont mises en avant et se substituent aux métiers et donc aux diplômes.

Les protocoles de coopération

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 a autorisé, à titre expérimental et à l'initiative des professionnels sur le terrain, des transferts d'actes ou d'activités de

soins, et des réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Comme, selon un rapport de l'HAS¹, ces protocoles n'avaient jusque-là qu'un intérêt limité et connaissaient une mise en place timide, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2016 avait renforcé ce dispositif :

- en prévoyant « leur modes de financement : - soit dérogatoires pour une durée limitée, (sans autre précision !)
- soit par une **inscription des actes concernés** sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale » (donc la CCAM),
- mais aussi et surtout en prévoyant la possibilité de les pérenniser, en regard des besoins de la population sur le territoire concerné par l'expérience, « par l'intégration de ces protocoles à la **formation initiale** ou au développement professionnel continu des professionnels de santé ».

L'objectif affiché, selon la HAS², « des protocoles de coopération n'est pas (uniquement) de lutter contre les problèmes de démographie médicale mais de garantir aux patients un accès aux soins de qualité sur tout le territoire national par :

- une coordination performante entre tous les intervenants de façon à optimiser le parcours de soins des patients ;
- une évolution de l'exercice professionnel et l'extension des champs d'intervention des professions paramédicales ;
- un recentrage des activités médicales sur des missions d'expertise rendu possible par le temps dégagé ; une réduction des délais de prise en charge ».

L'objectif opérationnel est donc de « gommer » les limites entre les champs d'intervention des différents professionnels de santé en « floutant » les cadres qui définissent les champs d'activités de chacun, pour multiplier les « personnes ressources capables d'exécuter tel ou tel acte ». Ce qui permettra de sélectionner celles dont le coût horaire sera le moins élevé, pour finalement et uniquement réduire les coûts des soins. Voilà pourquoi il est plus pratique de parler de champs d'activité plutôt que de métiers à bordures juridiquement délimitées.

Et la formation dans tout cela ?

Comment, dans des cadres qui n'existeront plus, pourrait-elle être la garante d'une qualité attendue par les patients, par les pairs, par la Sécurité Sociale, ... ?

Par exemple, aujourd'hui encore, le seul gage de qualité d'un chirurgien-dentiste, c'est son **DIPLOME**. Mais demain ?

La transformation des métiers en champs d'activités va radicalement transformer le paysage actuel de la formation. Les frontières entre les différents métiers d'un même champ d'activité seront désormais perméables grâce aux passerelles de formation, aux protocoles de coopération et à l'accès partiel.

Il va désormais être demandé à la formation d'être un **vecteur d'adaptation immédiate** aux besoins, voire aux injonctions, du marché :

- aux besoins personnels des professionnels pour qu'ils puissent travailler à un instant T, peu importe les besoins du territoire concerné ;
- aux besoins solvables, contingents des territoires à un instant T, peu importe les règles professionnelles applicables aux professionnels de santé sollicités.

Or un processus de formation s'anticipe et demande du temps (apprentissage et application).

En apparence, accès partiel et protocoles de coopération n'ont pas de lien : l'un concerne les professionnels alors que l'autre concerne les territoires.

Pour autant, leur objectif et leurs conséquences sont identiques : la réduction du coût des soins.

La formation ne serait dès lors plus là pour organiser la montée en compétences dans un objectif de qualité et de sécurité dans l'intérêt des patients, mais pour que les professionnels répondent aux **exigences nouvelles de performance** issue des mutations uniquement socio-économiques comme l'intensification de la concurrence, consécutive à l'apparition de nouveaux métiers.

Une nouvelle fois, le SFCO alerte sur ces glissements qui vont conduire à une perte totale de repères, tant pour les soignants que pour les soignés. Les conséquences pour nos sociétés vont être catastrophiques car humainement, le soin médical ne peut pas être un produit commercial.

Sylvie Ratier

^{1/} HAS, Rapport d'activité 2014 sur les protocoles de coopération « article 51 ».

^{2/} Pr Jean-Luc Harousseau, Haute Autorité en Santé, Février 2013



La formation vecteur d'adaptation

D'adaptation à un nouveau monde et à des nouveaux besoins.
Mais en restant dans les besoins des humains que nous sommes, praticiens comme patients, et non les besoins des chiffres (du numérique ou de l'économie).

Avec la formation, défendons nos valeurs éthiques !

La formation des chirurgiens-dentistes, version XXI^{ème} siècle !

Les bases légales de l'accès partiel sont posées par :

- la directive 2006/123/CE du Parlement Européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur, dite « directive services » ;
- la directive 2013/55/UE du Parlement Européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles
- le projet français d'ordonnance, visant à transposer la directive européenne 2013/55/UE du 20 novembre 2013

Les bases et exigences légales de la coopération sont définies par :

- l'article 51 de la loi HPST, art. L. 4011-1 et suivant du Code de la santé publique
- l'arrêté du 31 décembre 2009 sur la procédure remplacé par l'arrêté du 28 mars 2012 publié au JO du 13 avril 2012.
- l'arrêté du 21 juillet 2010
- le décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010
- les articles 59 et 71 de la loi (de financement de la Sécurité Sociale pour 2016) n°2015-1702 du 21 décembre 2015

De profonds changements s'annoncent dans notre formation tant initiale que continue, tant dans nos modes de formations que dans la valorisation des compétences acquises lors de nos formations. C'est du moins ce qui nous a été présenté lors du dernier séminaire triennal de l'ADF (cf page 6).

Les nouveaux modes de formation

Dans l'environnement de la santé, se développent des applications de télésanté, de télémedecine ou de télé-dentisterie. La robotique prend une place de plus en plus importante dans la vie des praticiens et des patients. La formation par le numérique permet le développement personnel, mutualise nombre de contenus numériques pour la formation initiale et continue. Le e-learning permet la validation de DPC en ligne, un accès 24h/24, une disponibilité sur tout appareil type ordinateur tablette, limite les déplacements et permet un apprentissage différencié. A titre expérimental, les étudiants travaillent sur les têtes connectées à un écran d'ordinateur ! La simulation numérique a investi les salles pédagogiques de nos universités et la phrase clef « Jamais la première fois sur le patient » est répétée à l'envi ! Grâce au simulateur numérique pour les soins médicaux, le professionnel de santé entre dans le contexte du monde numérique du web et des objets connectés (voir aussi le dossier de l'ordre sur ce sujet sur le site de ONCD). Il est invité à filmer et à vendre son cas aux sociétés éditrices « de modules e-learning » pour qu'elles puissent l'utiliser pour en faire une formation virtuelle. Quelle validité scientifique, quelle réalité clinique, quelle relation avec le patient seront « retenues » pour élaborer ces modules d'e-learning par des sociétés commerciales ?

La valorisation des compétences particulières

Les progrès médicaux et les demandes des patients et des praticiens (parfois démunis par la complexité des actes à

réaliser ou par un plateau technique insuffisant dans leur cabinet) ont engendré une réflexion de notre profession, au sein de l'ADF, sur la nécessité d'identifier et de créer une liste de praticiens ayant une ou des « compétences particulières » dans le cas de traitements bucco-dentaires complexes. Aujourd'hui le bouche à oreille, seul à fonctionner ET seul déontologiquement autorisé, ne permettrait plus d'orienter les patients pour leur apporter les « meilleures chances de guérir leurs pathologies ». Les nouvelles technologies et les réseaux sociaux vont détériorer cet état de fait par un brouillage : des informations non vérifiées et non qualifiées sont accessibles à tous. Le problème des sites non validés ou des fausses informations doit être résolu. Peut-on s'autoproclamer compétent ? Qui doit déclarer la compétence ? Comment doit-on le faire ? Doit-on le faire ?

Engager la réflexion sur les domaines où nous n'avons pas de spécialité et reconnaître les praticiens à compétences particulières (endodontie, parodontologie, odontologie pédiatrique, occlusodontie, personnes handicapées,...), les identifier au sein de la profession et par la profession et non par le grand public semble une nécessité. Mais dans quel but ? Apporter une information claire à nos patients ou s'engager sur la voie de la marchandisation des soins ? Créer un document de parcours du patient, harmoniser et codifier les rapports entre praticiens traitants et praticiens à compétences particulières, écrire une charte de tripartariat (CD traitant-patient-correspondant) sont à l'ordre du jour du groupe de réflexion de l'ADF.

Il faut que l'intention soit claire.

Le SFCD veillera à ce que l'intention de ce travail soit claire : ce sont des soins pour la santé et pas pour le commerce.

Patricia Hueber-Tardot

Happy Birthday VICTOIR !!

Cap sur les formations et la prise en charge de la douleur

Notre association qui lutte au Togo contre le cancer de l'enfant fête ses 10 ans cette année.

En effet VICTOIR a été créée en avril 2016, mais son aventure commence en octobre 2004. Voyons un peu le chemin parcouru, il est immense !

A partir d'une situation catastrophique où les enfants atteints de cancers étaient tous condamnés à mort, nous avons créé une unité d'oncologie pédiatrique qui fonctionne : elle a déjà traité plus de 120 enfants et ne cesse de croître.

Notre aventure a commencé avec Victor, le premier enfant pour lequel 3 jeunes médecins togolais motivés par 3 dentistes français en mission humanitaire, ont décidé d'unir leurs forces pour sauver cet enfant. La guérison de ce dernier et la mort sous leurs yeux, d'un autre enfant, le petit Yao, ont donné le courage à nos 6 jeunes de forcer le destin et d'offrir aux enfants de ce beau pays qu'est le Togo une véritable chance de guérir.

Victor aujourd'hui à 17 ans et rentre au lycée en filière scientifique ! Et beaucoup d'autres depuis ont suivi ses traces. Ce sont ces enfants, à qui nous donnons la possibilité de grandir et de devenir des adultes en pleine santé, qui nous donnent le courage et l'énergie de continuer notre lutte.

Si au départ, notre action s'est concentrée sur une mission d'urgence, à savoir trouver des fonds pour acheter les médicaments et le matériel et trouver des protocoles de soins dans la littérature (rappelons que ces enfants faute de moyens n'étaient pas soignés du tout), nous sommes devenus une véritable association de développement dans le domaine sanitaire, avec l'objectif final de permettre à l'unité d'Oncologie Pédiatrique de fonctionner sans notre aide.

Nous avons ainsi l'année dernière pu établir notre plan de stratégie sur 3 ans.

La première priorité était d'étoffer et de former l'équipe médicale déjà en place. En effet, le Togo comme beaucoup de pays de la sous-région, souffre d'un manque d'accès à la formation.

Cette formation est primordiale, car de celle-ci dépend le taux de guérison de ces enfants. Mais elle permet bien plus qu'un accès à la seule information médicale: nous avons demandé au Dr Guédénou, le pédiatre oncologue de l'unité, ce qui était pour lui

important dans les formations que VICTOIR lui a permis de suivre et voici sa réponse: «au-delà de l'accès aux protocoles de soins, au savoir et à l'expertise des conférenciers, c'est la possibilité de partager notre expérience du terrain, d'augmenter notre réseau de connaissances, d'avoir accès à une littérature plus large, de comparer nos résultats »

En effet le Dr Guédénou a pu, grâce à l'aide conjointe de VICTOIR et du GFAOP, obtenir son Diplôme Inter Universitaire d'Oncologie Pédiatrique, qu'il a complété par des stages en milieu hospitalier d'un mois à Paris et trois mois à Toulouse. Il a pour cela accepté de quitter sa famille et de renoncer à son salaire pendant près d'une année afin, de développer son savoir et de découvrir les techniques de pointe, d'augmenter encore les chances de guérison des enfants qu'il soigne avec tant d'abnégation et de compétences.

Depuis décembre 2015, c'est aussi avec notre aide qu'un 2^{ème} médecin pédiatre est en formation pour le DU d'oncologie pédiatrique. Pour lui, cette formation a été une véritable révélation et lui a permis de suivre les cours avec enthousiasme malgré l'éloignement douloureux de sa famille et sa perte de revenus.

Notre seconde priorité était de développer la prise en charge de la douleur, ce qui nous était jusque-là impossible, faute de moyens financiers : nous avons réussi à obtenir la confiance de la Fondation Fabre, qui nous a accordé la somme de 12000 € pour nous permettre de lancer notre projet. Cette généreuse contribution nous a permis d'acheter immédiatement des pompes à morphines mécaniques. Bientôt des pompes à morphine électroniques pourront être également acheminées.

Là encore, l'extrême importance de la formation s'impose. Car pour utiliser les produits de lutte contre la douleur, il faut certes en premier lieu pouvoir y avoir accès, mais également acquérir une réelle compétence afin d'utiliser convenablement les produits et de savoir manipuler un matériel parfois très pointu et performant. C'est pourquoi nous cherchons à présenter des fonds pour assurer en France une formation de quelques semaines pour le pédiatre oncologue et d'une bonne semaine pour l'infirmier en chef.

VICTOIR a embauché depuis 2010 deux infirmiers et un troisième, diplômé d'état, depuis juin 2016. Il peut ainsi soulager nos 2 premiers infirmiers. Pour l'instant il apprend beaucoup dans notre unité d'oncologie où les mesures d'hygiène rigoureuses et les protocoles de soins sont très différents et beaucoup plus exigeants de ceux que l'on peut observer dans les autres ser-



vices hospitaliers au Togo. Nous espérons, comme nous avons pu le faire pour les 2 premiers, l'envoyer suivre des formations où se retrouvent des collègues d'autres unités de la sous-région.

Nous venons enfin depuis le 05 septembre 2016 d'embaucher une psychologue à mi-temps dont le rôle est primordial dans notre prise en charge de la douleur. Elle pourra assurer de façon régulière le soutien des familles et des enfants au moment de l'annonce de la maladie, puis tout au long de leur longs mois d'hospitalisation, qui dure de 6 mois à un an, compte tenu de l'absence d'une Maison des Parents. Elle interviendra au moment du décès d'un enfant auprès de la famille comme des autres parents, car tous vivent très proches les uns des autres.

Enfin, elle apportera un soutien et une formation au personnel soignant.

Les études démontrent le lien certain qui existe entre l'augmentation des chances de guérison des cancers et une bonne prise en charge psychologique.

Par la suite, nous pensons pouvoir travailler sur la prise en charge de la douleur autre que médicamenteuse en permettant à l'équipe médicale de se former aux techniques du MEOPA, de l'hypnose, de l'auriculothérapie : toutes ces techniques qui sont bien connues des chirurgiens-dentistes que nous sommes, car la prise en charge de la douleur est au cœur de notre métier. De même que nous ne cessons d'améliorer notre savoir et nos aptitudes grâce à nos formations permanentes.

Si cet article a pu retenir votre attention, visitez notre site, n'hésitez pas à nous contacter. Vous pouvez nous aider de diverses façons! Toute aide humaine et/ou financière est la bienvenue!

Dr Brigitte Meillon

Présidente (et membre fondateur) de VICTOIR

Vice Présidente SFCD de la région Occitanie

www.victoir.org

Email : associationvictoir@gmail.com

Numérique et éthique

C'est une question obligatoire que tout le monde doit se poser, car la technologie est de plus en plus numérique et que le numérique est devenu un axe prioritaire de développement économique.

Tout le monde s'en saisit, tout le monde veut être numérisé ou numériser. Rien n'échappe au numérique, au point que si quelque chose n'est pas numérisable, elle n'est pas intéressante !

Lorsque la démarche devient une obsession, un parti pris, un choix sans condition, peut-elle être qualifiée de raisonnable ?

Le numérique est présent et il nous faut faire avec, mais pas sans questionnements : où va-t-on avec le numérique ? Est-ce bon pour nous ?

A défaut du principe de précaution, balayé par la rapidité du déferlement de la vague numérique, nous avons un réflexe de survie : nous voulons un rempart ou au moins un filet pour amortir la chute.

Ce filet, c'est l'éthique.

Comme la bioéthique qui nous a autorisé à nous questionner sur les conséquences de l'évolution de la technologie médicale qui rendait possibles le clonage et la manipulation génétique sur les embryons. Bioéthique qui a permis au législateur la profondeur de réflexion sur l'humain et l'humanité, pour qu'il mette des limites protectrices pour l'Homme aux possibles technologiques.

Mais le numérique peut-il, par sa nature, être éthique ?

Redonnons du sens aux mots. Le numérique est une mise en fonctions mathématiques de données.

Tout est rendu gérable par la machine pourvu que ce « tout » soit mis en code 0 et 1.

Mais la vie n'est pas numérique, elle est analogique : ce n'est pas présent-absent, malade-pas malade, gentil-méchant. La vie n'est pas binaire : il existe une infinité de gradations de la diversité. En fait, il en existe autant que d'humains, puisque chacun de nous est unique.

La vie n'est pas numérique et on veut la numériser !

Donc première difficulté : numériser quelque chose qui ne l'est pas.

Pourtant, la tentation est immense car il est plus simple de traiter du signal digital qu'analogique.



Pour moi, l'éthique est une affaire de la sphère personnelle. La société a besoin de gérer autant d'éthiques qu'il y a d'individus. Peut-elle déboucher sur de l'éthique collective ? Partagée ?

Pour remplacer l'éthique collective, c'est la morale : un repère partagé, qui traite du bien et du mal.

Si l'éthique est affaire privée, le numérique c'est le contraire : tout est interchangeable, comparable, mixable pour du traitement de masse fournissant de l'information collective. Le numérique est commun : sa raison d'exister est d'être partagé.

Donc s'opposent l'éthique personnelle et le partage du numérique.

D'ailleurs, le numérique considère ne pas avoir besoin d'éthique pour exister.

Il traite d'une information, immatérielle. Le numérique est présenté comme de la simple codification d'information. Pourquoi avoir peur d'une information ? L'information est en même temps l'outil favori de la liberté d'expression. Mettre de l'éthique n'est-il pas antagoniste, car l'éthique limite alors que le numérique se veut liberté ?

L'éthique est considérée comme une réaction de peureux, de gens qui sont contre le progrès.

Il y a là une ambiguïté avec éthique et information. Ambiguïté que ne lève pas la charte éthique des GAFA sortie en 2015 : car la question éthique dans cette charte se concentre sur la nécessité pour l'homme de pouvoir comprendre et interpréter ce que font les algorithmes.

Ce dont on a besoin, c'est l'éthique de l'usage de l'information, l'éthique du devenir de ces données : on ne sait plus où elles sont, ni où elles vont, comment elles sont utilisées, ni par qui et pourquoi.

L'anonymat protège les données. Mais rien que le traitement lève l'anonymat puisqu'on peut être profilé : c'est de l'anonymat identifiant !

On nous dit que les objets connectés c'est pour la santé mais on voit bien que c'est aussi pour autre chose : les traitements des données ne servent pas qu'à pour la santé. Et ce sont ces informations associées à d'autres qui permettent d'être profilé.

Le profilage, c'est une catégorisation programmée.

C'est vouloir rendre la nature comme elle n'est pas : catégoriser le vivant c'est nier la diversité ontologique du vivant.

Est-ce éthique ?

Pour moi, numérique et éthique ne font pas bon ménage : le numérique n'est pas éthique, par contre le numérique peut avoir de l'éthique.

Il faut inventer la charte éthique de l'utilisation de l'information : car il n'est pas éthique de voir une donnée personnelle partagée. Si elle est partagée, c'est qu'elle n'est plus personnelle. C'est le paradoxe de la donnée personnelle comme « bien commun ».

Et la vraie fracture numérique est là, plus qu'au niveau socio-économique entre ceux qui ont les moyens (financiers, cognitifs) d'utiliser le numérique et ceux qui ne les ont pas.

La fracture numérique est celle de l'individu : avec le numérique, il se trouve séparé de sa sphère privée. C'est une fission : il était un et il est deux. Alors que l'individu est indivisible : c'est cette notion fondamentale de l'humain qui est détricotée.

Le numérique casse ça par le partage de l'information : ce sont les données personnelles partagées.

L'anonymat ne protège rien. Surtout que les responsables du traitement des données veulent tout savoir de nous, même au-delà de ce que l'on sait, de ce que l'on porte sans le savoir, comme notre génome.

On fabrique sans le savoir un fichier d'identification universelle de tous les individus. A terme, les produits seront moins codés que les humains.

L'homme devient un code !

Ce sont les limites décidées du numérique qui pourrait lui donner de l'éthique.

Ma conviction est que comme nous avons eu besoin de la bioéthique, nous avons besoin de la technéthique pour que l'humain ne se dissolve pas dans la machine.

Laurent Ambroise-Casterot

Intégrer les médecines traditionnelles aux formations initiales et continues

À travers le monde, la médecine traditionnelle (MT) constitue soit le mode principal de prestation de soins de santé, soit un complément à ce dernier. Dans certains pays, la médecine traditionnelle ou non conventionnelle est appelée médecine complémentaire (MC).

Médecine traditionnelle (MT) : La médecine traditionnelle est très ancienne. C'est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.

Médecine complémentaire (MC) : Les termes « médecine complémentaire » ou « médecine alternative » font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. Dans certains pays, ils sont utilisés de manière interchangeable avec le terme « médecine traditionnelle ».

Médecine traditionnelle et complémentaire (MT/MC) : La MT/MC fusionne les termes de MT et de MC, englobant les produits, pratiques et praticiens. Ces soins sont proches des gens et faciles d'accès et financièrement abordables. Ils sont également culturellement acceptables et un grand nombre de personnes leur font confiance. Le caractère financièrement abordable de la plupart des médicaments traditionnels les rend d'autant plus attrayants à l'heure où les frais de santé explosent et où l'austérité est quasiment universelle. La médecine traditionnelle apparaît également comme un moyen de faire face à l'énorme montée de maladies chroniques non transmissibles¹. » Quels que soient les motifs qui poussent les gens à se tourner vers la MT/MC, il ne fait aucun doute qu'elle suscite un intérêt grandissant, et cet intérêt continuera probablement à croître partout dans le monde.

La MT/MC constitue un pan important et souvent sous-estimé des soins de santé. Elle existe dans quasiment tous les pays du monde, et la demande de services dans ce domaine est en progression. La MT, dont la qualité, la sécurité et l'efficacité sont avérées, participe à la réalisation de l'objectif d'un accès aux soins universel. Les pays sont de plus en plus nom-



breux à accepter progressivement la contribution que la MT/MC peut apporter à la santé et au bien-être des individus, ainsi qu'à la complétude de leur système de santé. Les pouvoirs publics et les consommateurs ne s'intéressent pas uniquement aux médicaments à base de plantes : ils commencent à se pencher sur certains aspects des pratiques de MT/MC et à s'intéresser à certains praticiens et se demander s'ils ne devraient pas être intégrés à l'offre de services de santé.

La Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 aidera les responsables de la santé à développer des solutions qui participent d'une vision plus large favorisant l'amélioration de la santé et l'autonomie des patients. Cette stratégie s'est fixé deux grands buts : épauler les États Membres qui cherchent à mettre à profit la contribution de la MT/MC à la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne et favoriser un usage sûr et efficace de la MT/MC au moyen d'une réglementation des produits, des pratiques et des praticiens. Ces buts pourront être atteints si l'on réalise trois objectifs stratégiques :

- 1) consolider** la base de connaissances et formuler des politiques nationales ;
- 2) renforcer** la sécurité, la qualité et l'efficacité via la réglementation, et
- 3) promouvoir** une couverture sanitaire universelle en intégrant les services de MT/MC et l'auto-prise en charge sanitaire dans les systèmes de santé nationaux.

Nécessité d'une nouvelle Stratégie

L'OMS et ses États Membres estiment qu'il est important d'actualiser et d'approfondir la stratégie aujourd'hui, pour un certain nombre de raisons :

1) Essor de la MT/MC. Le grand public et les consommateurs de soins de santé à travers le monde continuent d'inclure la MT/MC dans leurs choix de santé.

2) Importance économique grandissante de la MT/MC. La MT/MC est en phase de croissance et d'expansion, surtout en ce qui concerne les produits achetés directement ou sur Internet. Parallèlement, étant donné les difficultés financières qui prévalent actuellement partout dans le monde, le recours à la MT/MC pour la promotion de la santé, l'auto-prise en charge sanitaire et la prévention des maladies pourrait, de fait, alléger les coûts des soins de santé.

3) Caractère mondial de la MT/MC. Les produits et pratiques de MT/MC d'une région sont utilisés partout dans le Monde en complément de l'offre de soins de santé locaux, ce qui fait de la MT/MC un phénomène véritablement mondial

4) Grande hétérogénéité des niveaux d'études et d'agrément des praticiens de MT/MC, et de réglementation des pratiques. À l'heure de la mondialisation, les personnes se déplacent librement d'un pays à l'autre afin d'y travailler ou d'y vivre. Compte tenu de cette tendance, il est nécessaire de mieux connaître les praticiens de MT/MC si l'on veut parvenir à l'homogénéité et à la sécurité de ces pratiques professionnelles.

5) Récentes avancées dans la recherche et le développement sur la MT/MC. Depuis la publication de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, le savoir relatif à la MT/MC a connu des avancées significatives, concomitamment au développement de normes techniques et de directives pour une délivrance de services de santé organisée.

6) Propriété intellectuelle. À mesure que la MT/MC gagne en popularité, il est important de mettre en balance, d'un côté, la nécessité de protéger les droits de propriété intellectuelle des peuples indigènes et des communautés locales ainsi que leur héritage dans le domaine des soins de santé, et de l'autre, l'accès à la MT/MC et l'encouragement de la recherche et du développement, ainsi que de l'innovation.

7) Intégration de la MT/MC aux systèmes de santé. Alors que la MT/MC est de plus en plus largement adoptée, il est nécessaire qu'elle soit plus étroitement intégrée dans les systèmes de santé. Les autorités et les consommateurs doivent s'interroger sur la manière dont la MT/MC peut améliorer l'expérience

Pourquoi intégrer les médecines alternatives et complémentaires dans vos protocoles thérapeutiques

du patient et la santé de la population.

Le nombre d'États Membres proposant des programmes d'enseignement de haut niveau pour la MT/MC, notamment des diplômes de premier cycle, des masters ou des doctorats à l'université, est passé de seulement quelques-uns à 39, ce qui représente 30 % des pays ayant répondu à l'enquête.

De nombreux pays ont leurs propres formes de soins traditionnels ou indigènes, qui sont profondément ancrés dans leur culture et leur histoire. Certaines formes de MT telles que l'Ayurvêda, la Médecine Traditionnelle Chinoise ou la Médecine Unani, populaires dans leur pays, sont aussi employées partout dans le monde. Dans le même temps, certaines formes de MC, telles que la Médecine Anthroposophique, la Chiropratique, l'Homéopathie, la Naturopathie ou l'Ostéopathie, sont également largement utilisées.

Partout dans le monde, les systèmes de santé doivent faire face à un accroissement des maladies chroniques et à une flambée des coûts de santé. Les patients tout comme les prestataires de santé demandent à ce que les services de santé soient revitalisés, et donnent la priorité aux soins personnalisés et centrés sur la personne.

Sur la dernière décennie la part de l'auto-prise en charge sanitaire a augmenté, car de plus en plus de consommateurs décident d'être davantage acteurs de leur santé.

Nous pourrions conclure sur le vœu énoncé par le recteur de l'UNDH (Université Notre Dame d'Haïti) Mgr Pierre André Dumas qui souhaitait lors de journées scientifiques « qu'une approche pluridisciplinaire et interpersonnelle soit adoptée de manière que la médecine traditionnelle et la médecine moderne puissent contempler l'être humain dans une perspective intégrale et holistique ».

Pascale Videau-Viguié

Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle: 2014-2023, Genève - Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle : 2002-2005. Genève, Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose J.Gueguen Inserm 2015 - Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture C.Barry Inserm 2011 - Les grands défis de la santé en Haïti : médecine traditionnelle, médecine moderne et nouvelles technologies, mai 2007



Pourquoi est-il important aujourd'hui que les chirurgiens-dentistes s'initient aux médecines naturelles et intègrent, dans leurs diagnostics et leurs plans de traitements, le concept énergétique des dents, de la bouche et du corps dans sa globalité ?

1 La dent est constituée du tissu le plus dur du corps, donc sur le plan physique, soit elle casse, soit elle fait la loi en imposant une adaptation en chaîne de tout le schéma postural.

C'est ce que Michel Clauzade a judicieusement appelé l'orthoposturodentie qui étudie comment et pourquoi l'occlusion dentaire est un élément incontournable du diagnostic de toute douleur, cervico-brachiale, du rachis, du bassin et des articulations des membres supérieurs et inférieurs, dans le parcours descendant mais aussi, l'occlusion a une influence ascendante vers la boîte crânienne avec tous les types de douleurs associées, ainsi que sur la mobilité oculaire et les tensions de la face.

De plus en plus, nos patients consultent les ostéopathes qui sont de fins diagnostiqueurs de l'origine dentaire des douleurs du corps. Le patient se trouve démuni lorsque son dentiste lui dit que son occlusion est bonne alors que son ostéopathe lui a suggéré le contraire (et lui a même souvent prouvé). En réalité, étudier l'occlusion ce n'est pas se contenter de faire mordre sur du papier bleu...

2 La deuxième raison pour laquelle je vous conseille de regarder les dents de vos patients « autrement », c'est parce que chaque dent, par l'intermédiaire d'un circuit vibratoire, est reliée à des organes et des fonctions.

Kyste ou granulome radiculaire, présence d'un champ électrique élevé sur un amalgame ou une couronne en nickel chrome peuvent à distance par exemple, bloquer une ovulation, maintenir un tendon en inflammation, provoquer une diarrhée

chronique, un psoriasis pour ne donner que quelques exemples.

Et inversement, un dysfonctionnement organique par feed-back, va fragiliser la dent en lien avec l'organe, maintenant la chronicité et les récides de pathologies dentaires.

3 La conscience écologique qui émerge dans la population mondiale, les réseaux d'information via internet, font que tous nos patients aujourd'hui ont tous été, de près ou de loin, consciemment ou non, alertés des dangers : du mercure dans les obturations dentaires.

Des prescriptions de fluor abusives et de leurs conséquences sur l'état de vigilance de leurs enfants. De la présence de nickel dans 95 % des prothèses dentaires alors que 30 % de la population est allergique ou intolérante au nickel. De la prescription trop systématique d'antibiotiques, de cortisone, d'anti-inflammatoires avec leur cortège d'effets secondaires. Les patients ne veulent plus que leur bouche soit une source de pollution supplémentaire. Vous former en énergétique dentaire, vous permettra de répondre à la demande des patients de plus en plus nombreux qui veulent prendre soins de leur santé différemment.

Le côté positif de cette surinformation, c'est que les patients petit à petit prennent conscience de l'importance de leurs dents et du rôle primordial qu'elles jouent dans leur santé et leur bien-être. Ainsi, la population devient plus ouverte à la prévention et on peut plus facilement leur faire comprendre l'intérêt de s'engager dans une réhabilitation globale. Ils comprennent la valeur ajoutée pour leur santé d'une telle démarche et ils sont prêts également à financer leurs soins à leur juste valeur !

4 Quand on veut aller un peu plus loin dans la sensibilité énergétique de la dent, on apprend que ce cristal se charge de toutes les émotions inconscientes qui croisent la vie de nos patients.

Avec un peu d'apprentissage et d'entraînement, vous pourriez, à la simple vue d'une radio panoramique, comprendre une partie de la vie de votre patient et, sans partir dans de grandes considérations psychologiques, lui donner quelques clés qui pourraient l'aider à grandir et surtout à consolider ses dents.

5 Parce que les maladies de la dent et de la gencive n'ont pas que des causes locales, le fonctionnement métabolique doit être pris en compte, l'équilibre acido-basique, les carences nutritionnelles (vitamines, oligo-éléments), la régulation hormonale, pour pérenniser dans le temps les soins et les actes de prévention locaux.

Nous ne sommes pas obligés de maîtriser tous ces volets de la santé bucco-dentaire, mais les connaître est, à mon avis, un devoir afin d'orienter nos patients au mieux, de prendre notre place dans le système de santé et de donner à nos patients toutes les chances de bien-être et de longévité en santé.



6 Enfin, la dernière raison pour laquelle je vous engage vivement à diversifier vos compétences, c'est que le paysage politique dentaire actuel tire la qualité des soins vers le bas et que cela est dramatique pour la santé dentaire, en particulier mais surtout, pour la santé générale de la population.

On se retrouve dans une situation sanitaire étrange. Certains patients vont vers les centres de soins affiliés ou les cliniques des pays de l'Est car ils pensent qu'ils auront les mêmes soins, moins chers que dans un cabinet indépendant. Quand ça ne se passe pas comme ils l'espéraient, ils ne retournent pas spontanément vers leur ancien dentiste. Ils vont chercher des réponses sur internet et ils apprennent que les dents sont plus importantes que ce qu'ils imaginaient...

Ils retournent alors voir leur dentiste avec de nouvelles interrogations :

- Je ne veux plus de mercure dans mes dents.
- Est-ce qu'il y a du bisphénol A dans les résines que vous mettez dans les dents ?
- L'antibiotique est-il vraiment indispensable ?

Et si le patient ne se sent pas écouté ni compris, il ira chercher un autre dentiste qui lui proposera des traitements plus naturels et bio compatibles. Un dentiste qui pose un regard différent sur les dents de ses patients.

Les adresses, bien que rares, circulent vite. Les cabinets de dentisterie holistique sont débordés et ne peuvent plus prendre soins de nouveaux patients.

Nous sommes donc à une période charnière où il faut prendre les challenges comme des opportunités de transformations positives ! Le train des chirurgiens-dentistes du XXI^e siècle est déjà en marche et de nom-

breuses places vous attendent en première classe ! Mais ne croyez pas que ce soit une médecine de riches, bien au contraire. Par contre, c'est une médecine de choix et ça, ce n'est que du bonheur... Encore faut-il y être préparé !

N'attendez plus, formez-vous aux médecines alternatives et complémentaires, à la dentisterie holistique et biocompatible.

Docteur Catherine Rossi

LE CABINET DENTAIRE DU XXI^e SIECLE SERA ECOLOGIQUE ET CENTRE SUR LE BIEN-ETRE DES PATIENTS OU DISPARAITRA

RESTEZ AVEC NOUS !

FORMEZ-VOUS !

Avec NatureBio Dental Pro acquérir des savoir-faire et des savoir-être en accord avec les Médecines Alternatives et Complémentaires et la biocompatibilité des matériaux dentaires.



Un livre de Protocole

Une formation en ligne



Des vidéos de congrès scientifiques

Un label de référence



Un site pour se connaître et se reconnaître avec des actualités, des articles scientifiques, une bibliographie, une sélection de produits « green » et des nouveautés naturellement.

Programmes et inscriptions sur www.naturebiodental-pro.com



La formation des assistants dentaires des bouleversements attendus

Dossier
formation

Dans le monde du travail, la formation professionnelle est indispensable. Elle l'est aussi bien pour le salarié, qui se soucie de son employabilité et assure un avenir. Et elle l'est aussi pour l'employeur, qui a besoin d'équipes compétentes et réactives pour une meilleure qualité de travail.

En jouant sur la multimodalité (le présentiel, le distanciel et l'expérientiel), le responsable de formation, quelque soit son titre, doit être un acteur central, agile et réactif, pour pouvoir anticiper les besoins car jamais l'organisation du travail ne s'est autant et si rapidement transformée.

Pour la formation des assistants dentaires, il s'agit maintenant de devancer les actions nécessaires pour permettre le développement de leurs compétences, aussi bien celles déjà inscrites que celle à venir.

Le référentiel de formation, qui est en phase de construction, doit tenir compte de cette évolution rendue nécessaire par l'inscription au code de la santé publique.

La première phase ne serait elle pas la création d'une véritable diplôme d'état ?

Plutôt que du titre d'assistante dentaire inscrit sur le Répertoire National des Certifications Professionnelles (reconnu niveau IV et délivré par les instances professionnelles dentaires membres de la Commission Paritaire Nationale pour l'Emploi CNPE ou habilité par la CNPE)

Ainsi, leur formation pourrait bénéficier d'une réelle formation initiale et avoir un prérequis en adéquation avec celle ci.

Tout en gardant le mode de l'alternance, qui est reconnue comme efficace, celle ci pourrait accompagner la formation de cette profession en devenir...

Marie Brasset

Source service public

« Dans le cadre d'une formation en alternance, le contrat d'apprentissage (qui relève de la formation initiale) et le contrat de professionnalisation (qui s'inscrit dans le cadre de la formation continue) sont deux types de contrats de travail qui conjuguent formation théorique dans un établissement d'enseignement et formation pratique en entreprise. ».

La CCAM, version SFCD !

Ce nouvel outil adapté au cabinet dentaire est une extraction de la CCAM version 44.50.

Intuitif, sous format numérique pour avoir une version en ligne toujours à jour, il vous permet de rechercher les actes, leur codification, leurs restrictions et conditions de remboursement, les actes associés et/ou complémentaires et ainsi d'appliquer les règles de la CCAM en toute connaissance.

Cette version sera en ligne dès le 1^{er} décembre 2016.

Pour aller plus loin, et bénéficier d'une lecture collective et commentée de ce catalogue, n'hésitez pas à

vous rejoindre au cours d'une formation sur le même thème lorsqu'elle est programmée dans votre région.

Pour toute question technique, vous pouvez me joindre au : 06 37 04 91 96 ou par mail : marie.brasset@sfcd.fr

Marie Brasset



Le recours au numérique en formation : tout sauf un effet de mode !

L'impact du numérique sur les acquisitions de compétences, l'achat de formation et l'exercice du métier de formateur est désormais indéniable.

Mais il y a des préoccupations majeures en l'affaire : l'« effet de mode » qui s'empare des commentateurs et, par récurrence, du monde de la formation lui-même ; avec l'illusion de nombreux acheteurs de faire baisser mécaniquement les coûts.

La réponse à ces deux problèmes n'est ni dans le déni ni dans le repli ... mais plutôt dans un réel approfondissement du sujet, avec plus d'attention à apporter au sens qu'aux solutions techniques.

Au risque de choquer, on pourrait paraphraser Jean Jaurès¹ et se dire qu'« un peu de prise en compte du numérique nous éloigne de l'humain ; beaucoup nous en rapproche ». En réalité, ce sont les visions superficielles de la « digitalisation » des métiers et des pratiques qui empêchent beaucoup de gens, aussi bien intentionnés soient-ils, de concevoir de façon équilibrée, prospective et dynamique, tant la place et le rôle du formateur que la pédagogie adéquate. **Les évolutions de la formation sont premières ; les nouvelles technologies les accompagnent et les « challengent » mais ne les créent pas.**

Il y a déjà pas mal de temps, en effet, que le formateur ne peut plus prétendre être celui qui transmet des savoirs et que son avenir (y compris économique) est dans sa capacité à se situer sur l'ensemble de la « chaîne de valeurs » de **ce qui compte vraiment : l'accompagnement des transformations des entreprises, des associations et des fonctions publiques et des compétences qu'elles requièrent**. « La posture de sachant qui vient faire son show est de moins en moins prisée, parce que l'exposé peut être mis en concurrence avec des informations captées à la volée sur internet, parce que les apprenants, de plus en plus connectés, ont appris à rechercher de l'information par eux-mêmes et parce que le sentiment du besoin d'apprendre par soi-même croît ».²

En l'affaire, on ne saurait en rester à ce que le numérique autorise et encourage en fournissant des ressources ; ce qui est premier, c'est bien ce besoin croissant d'apprendre par soi-même et la dynamique que le formateur saura, en réponse, consolider, encourager et accompagner (ce que les québécois désignent



souvent comme une capacité de « guidance »).

Le numérique multiplie les possibilités de remplir de façon efficiente le nouveau rôle attendu du formateur et la pédagogie nouvelle qu'il lui faut mettre en œuvre. Et pour ce faire, il faut pouvoir maîtriser tout ou partie des outils numériques disponibles, être dans une veille permanente et surtout en éveil vis-à-vis de ce que le commanditaire et les apprenants (dans leur diversité) attendent.

C'est d'ailleurs dans cet esprit que le Décret Qualité³ a « institutionnalisé » l'importance, connue et reconvenue mais parfois oubliée, de **mettre l'apprenant au centre des processus** (de l'amont à l'aval de l'acte de formation traditionnel). Il faut savoir en effet que « les technologies percent les murs des salles qui enfermaient les savoirs dans un huis clos entre formateur et groupe et viennent perturber l'attention au seul discours du formateur. »⁴ et en tirer les conséquences dans les pratiques. C'est le cas, par exemple, de la réponse circonstanciée à apporter aux besoins, apparemment difficiles à concilier, d'autonomie dans les apprentissages, d'éclairage sur la robustesse et/ou la pertinence des repères et d'échanges. **Disons- le tout net (sic), le numérique non seulement auto-**

rise mais augmente les possibilités concrètes de convergence.

Le « présentiel » et ce que d'aucuns appellent le « distanciel » ne s'opposent pas mais se conjuguent. Et, désormais, l'ingénierie de formation doit être ce qui permet de concilier des temps et des rythmes, dans lesquels l'humain et l'outil numérique sont conjointement au service de la réussite dans l'acquisition des compétences et les transformations du travail. Comme pour certains bons whiskeys, le « blended » en formation gagne donc à être connu !

Jacques Faubert
Formateur Consultant indépendant
Président de la Fédération des Chambres
syndicales des formateurs consultants (CSFC)
membre de l'UNAPL

1/ « Un peu d'internationalisme nous éloigne de la patrie, beaucoup nous en rapproche »

2/ Denis Cristol (Responsable Ingénierie de formation du CNFPT) sur son Blog « Apprendre autrement »

3/ Décret du 30 juin 2015, pris en application de la Loi Formation professionnelle du 5 mars 2014.

4/ Denis Cristol sur son Blog « Apprendre autrement » (déjà cité)

Conséquences de l'inscription des assistants dentaires au code de la santé publique

Historique rapide

1967 : création par les partenaires sociaux, de la Commission Nationale de Qualification des Assistants en Odonto-Stomatologie (CNQAOS) avec pour objectif de définir les modalités de formation des assistants dentaires et de leur délivrer la qualification.

1967 : création, par la Commission, du certificat de qualification d'assistante dentaire,

2006 : création officielle du Titre d'assistant(e) dentaire par la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CNPE-FP) des cabinets dentaires.

2011 : rénovation du Titre.

2016 : inscription de la profession d'assistant dentaire au code de la santé publique.

L'impact de l'inscription au code de la santé publique

L'assistant dentaire devient un professionnel de santé, avec un champ de compétence bien délimité par un décret d'activité en cours de finalisation.

L'inscription dans le code de la santé publique a pour conséquence majeure le déplacement de leur cœur de métier : de la stérilisation, **il devient l'assistance avant, pendant et après les soins réalisés par le chirurgien-dentiste.** Désormais professionnels paramédicaux, leurs responsabilités deviennent celles de tout professionnel de santé : l'emploi de tout assistant dentaire non diplômé et/ou l'exercice sans être diplômé des activités relevant de l'assistant dentaire constituent désormais de l'exercice illégal relevant du pénal.

Par ailleurs, auparavant, les différents documents qui cadraient l'activité des assistants dentaires étaient la convention collective de la branche applicable aux seuls cabinets libéraux et les référentiels (d'activités et de compétences, de certifications et de formation) rédigés par les partenaires sociaux membres de la CNPE-PF. Conséquence : aucune possibilité d'emploi des assistantes dans les hôpitaux. L'insertion au code de la santé publique règle ce problème en donnant une base légale au métier d'assistant dentaire.

Sylvie Ratier

La complémentaire obligatoire 1 an après



A quelques semaines du premier anniversaire de l'instauration de la « Mutuelle pour tous », quel premier bilan pouvons-nous tirer ?

Vous êtes nombreux, adhérentes et supporters, à avoir choisi la solution recommandée par le SFCD et établie spécifiquement pour le syndicat par « Mutuelle Bleue » conformément au cahier des charges imposé par l'Accord de Branche.

Les salariés ayant adhéré au contrat semblent d'ailleurs très satisfaits du fonctionnement de cette Mutuelle malgré une mise en route délicate, propre à tous les assureurs, due à un afflux considérable d'affiliations « last minute » en fin d'année.

En ce qui concerne les cabinets dentaires ayant opté pour une autre solution que celle préconisée par le SFCD, nous vous rappelons que le contrat « Mutuelle Bleue » est toujours ouvert à la souscription pour ceux qui souhaiteraient modifier leur choix d'origine : il vous faudra alors résilier votre adhésion en cours avec respect du préavis spécifié dans vos conditions générales (deux mois en général).

Nous insistons également sur deux points fondamentaux :

1/ Chaque employeur devra proposer le contrat qu'il aura mis en place au 1^{er} janvier 2016 à tout

nouveau salarié embauché à compter de cette date. Le nouvel entrant sera libre d'y renoncer à condition de rentrer dans l'un des cas de dispense prévus par l'Accord de Branche (salarié déjà couvert par une assurance individuelle sachant que cette dispense ne vaut que jusqu'à l'échéance anniversaire du contrat individuel, salarié bénéficiaire de la CMU, salarié bénéficiaire de l'ACS, salarié en CDD d'une durée inférieure à douze mois, salarié en CDD d'une durée au minimum égale à 12 mois à condition de justifier d'une couverture individuelle, salarié en contrat de professionnalisation d'une durée au minimum égale à 12 mois et justifiant d'une complémentaire santé individuelle, salarié à temps partiel dont la cotisation au dispositif collectif représenterait au moins 10% de sa rémunération brute, salarié bénéficiant en tant qu'ayant droit d'une couverture collective obligatoire).

Le salarié renonçant devra fournir chaque année le justificatif de dispense à son employeur : ce dernier doit en effet être en mesure de produire ce document en cas de contrôle URSSAF.

2/ Les salariés déjà présents dans le cabinet dentaire au moment de la mise en place du dispositif collectif au 1^{er} janvier 2016 et ayant fait valoir la détention d'une assurance individuelle pour renoncer à l'adhésion de la mutuelle proposée par leur employeur doivent adhérer à celle-ci dès la prochaine échéance anniversaire de leur contrat individuel. Pour les salariés bénéficiant d'un contrat collectif familial obligatoire, ils peuvent le conserver.

Nous vous rappelons enfin que, contrairement aux arguments qui vous sont avancés en cette fin d'année dans le cadre de sollicitations commerciales agressives, il n'est absolument pas obligatoire de souscrire au contrat recommandé par la Branche.

Michaël Bensoussan

Réduction amélaire proximale

SFODF, Marseille le 9 mai 2016

Un TP des plus intéressants, pratico-pratique, à mettre en œuvre dès le lendemain dans son cabinet !
Je vous recommande chaudement d'assister à la prochaine cession !

Dans les locaux de la fac de la Timone, nous avons été accueillis très sympathiquement par le Pr Michel Le Gall, dans la salle des fantômes, avec des pauses sous le légendaire soleil marseillais « bio » très savoureuses et appréciées ! Le Pr Olivier Sorel a alterné séquences de théorie et permis d'entraînement sur dents naturelles aux 3 techniques de stripping ou réduction amélaire proximale (RAP) : manuelle avec des bandes souples, à la fraise sur turbine et avec contre-angle oscillant.

Indications :

- **gain de place** pour la DDM
- **harmonisation dento-dentaire et normalisation des formes dentaires** des incisives triangulaires constituent une bonne indication : la RAP permettra la réduction des triangles noirs disgracieux qui apparaissent lors de l'alignement de dents en encombrement antérieur.
- **gestion parodontale** (cela permet de protéger le parodonte et la papille en recréant un espace biologique favorable) si la distance inter-radiculaire est augmentée de 1.5 à 2 mm, la hauteur d'os et de papille diminue. La RAP augmente la surface de contact entre 2 dents et rapproche le point de contact de la crête osseuse d'où la protection du parodonte

Contre-indications :

- dents étroites rectangulaires, faible épaisseur d'émail (contrôle par rétro-alvéolaire : attention l'épaisseur d'émail visible est de 30 % supérieure à la réalité) et surtout **dent « en fûts », en tonneau ou en tournevis.**

Protocole :

- **gérer la RAP** de façon séquentielle dans l'espace et le temps (tous les 15 jours) en priorisant les dents alignées, aux points de contact corrigés, ce qui permet de créer l'espace nécessaire au niveau des zones encombrées qui peuvent ensuite être prises en charge (pour ne pas vestibuler) et retouchées dans de bonnes conditions.
- **Manuel** : avec des bandes souples uniquement pour conserver l'arrondi vestibulo-lingual, de granulométrie décroissante puis de polissage.
- **Instruments rotatifs fraise fissure**
bague rouge : passage du point de contact en positionnant la fraise, pointe dans l'espace inter-dentaire et en pré-visualisant le trajet avant de fraiser en vestibulaire pour les 2/3 de l'épaisseur puis se positionner en lingual pour le 1/3 restant : attention à éviter de faire un épaulement et contrôler à la sonde.
Resculpter la rotundité des faces vestibulaires et palatines à la fraise chapeau chinois
Polir à la fraise fissure bague jaune puis aux disques
- **Contre-angle à lames oscillantes** :
Une première lame dentelée franchit le point de contact, les suivantes de granulométrie décroissante permettent la soustraction amélaire qui peut ainsi se

limiter à 0.2 mm par embrasure.

Des lames présentant une seule face abrasive permettent de réaliser une réduction unilatérale, fort utile dans les cas de dissymétrie de l'anatomie dentaire.

Précautions :

- **ne jamais utiliser de disque métal**
- **instruments à marquage** rouge puis jaune (granulométries plus fortes créent des stries dans l'émail, (25 fois plus de bactéries dans les rainures qui augmentent le risque parodontal)
- **toujours MESURER la LARGEUR de l'espace créé et le NOTER dans le dossier patient**
- **polissage soigneux** au disque à polir souple bleu et jaune, caoutchouc, à la fraise blanche diamantée
- **si la RAP est faite à la mandibule**, en prévoir aussi au maxillaire afin de préserver l'harmonie dento-dentaire, sauf bien sûr cas de DDD par défaut maxillaire !
- **présenter au patient et à ses parents la RAP ainsi** : « nous allons poncer les faces de contact entre les dents sur 0.25 mm » ou « nous allons sculpter les dents pour leur donner une forme harmonieuse, fonctionnelle et gagner l'espace pour les aligner ».

Avec mes sincères remerciements à Olivier Sorel pour son aimable autorisation de publier et pour la qualité de son enseignement.

Dr Isabelle Morille
CECSMO



RDV Stand ADF 1P27

REDONNER LE SOURIRE À HAÏTI ? J'Y PARTICIPE !

Je donne sur :
<https://fr.ulule.com/haiti-le-cabinet-du-sourire/>

Soyez solidaire avec Haïti
en participant à la **rénovation du cabinet dentaire** de l'ONG haïtienne **SOE** situé à Port-au-Prince.




Credit photo : Fotolia Conception / réalisation : cobla++

Les assistants dentaires en milieu hospitalier



Jusque-là, les services d'odontologie publics ne pouvaient pas recruter d'assistant dentaire car la profession n'était pas inscrite au code de la Santé, et faisaient appel à des aides-soignantes sur les plateaux de consultations externes et à des infirmières au bloc opératoire.

Pourtant, les besoins existent à deux niveaux comme dans le secteur privé pour l'assistance au fauteuil, l'accueil des patients et la prise des rendez-vous, la gestion des dossiers médico-administratifs, la gestion de l'environnement (entre deux patients), la stérilisation, la gestion des produits, etc.

Ce qui peut être très intéressant et indispensable en secteur public: l'éducation thérapeutique à l'hygiène bucco-dentaire des patients à prise en charge spécifique (cardiopathes, diabétiques, personnes âgées, handicapés, enfants, etc) et l'accompagnement des personnels et des aidants à l'hygiène bucco-dentaire des patients dépendants (personnes âgées et handicapées en centre ou à domicile).

Ce deuxième volet est primordial et je pense que, maintenant que les assistants dentaires sont inscrits au code de la santé, c'est une chance à saisir pour le public car il y a du travail !

Dr Frédérique Dhalluin Olive
Responsable de l'Unité d'Odontologie
Centre Hospitalier d'Angoulême

FNISPAD

Fédération Nationale Indépendante des Syndicats de Prothésistes et Assistants Dentaires

Fondée en 1945 par un groupe de Prothésistes dentaires, la Fédération Nationale Indépendante des Syndicats de Prothésistes et Assistants Dentaires FNISPAD, a réussi au fil des décennies à ne pas prendre une ride, rejointe depuis 1967 par les Assistants Dentaires, elle subit ces dernières années, une cure de Jouvence depuis que, et de plus en plus, les stagiaires des nombreux centres de formation viennent grossir ses rangs et découvrent qu'un groupe d'assistants et de prothésistes se bat pour sauvegarder des acquis négociés par ses représentants.

Pour les prothésistes, ses représentants font partie des jurys CAP et BP (Éducation Nationale) CQP, BTM, CPES (Chambre des Métiers). Tous les trimestres, la Fédération publie « Le Bulletin », sa revue officielle où, dans ses 20 pages les adhérents peuvent y lire des informations législatives, conventionnelles, grilles des salaires, prévoyance, retraite.

La Fédération est membre fondateur de la Commission de Qualification des assistantes en odonto-stomatologie, elle siège au Conseil d'Administration, elle a des déléguées qui sont présentes dans les jurys des examens de qualification.

Qu'il soit question de qualité de vie au travail, de rémunération, de formation professionnelle et d'évolution du métier, la FNISPAD est sur le terrain. Actuellement, aux côtés des Professionnels de la Branche et d'Associations d'Assistants Dentaires, elle participe activement à l'élaboration du nouveau Référentiel Métier Compétences au Ministère de la Santé. Elle sait rassembler ses adhérents en leur proposant des rencontres, (Alsace, Lorraine, Manche, Midi Pyrénées), les colloques (Européen des Assistants et Hygiénistes dentaires en octobre 2015) et journées de formation en région permettent un échange convivial.

Le Congrès National de la Fédération FNISPAD aura lieu les 3.4.5 juin 2017 à METZ (57).

Cette manifestation qui va rassembler entre 70 et 80 personnes venant des quatre coins de France et va permettre de débattre sur des sujets qui nous tiennent tous à cœur, la Formation Professionnelle, les Salaires, mais également de découvrir une ville chargée d'émotions et d'histoire.

Yvonne Marbach
Secrétaire Générale

UFAD

Union Nationale des assistants dentaires

Défendre le statut d'assistant dentaire (avec l'aide des syndicats existants) notamment un lien et en favorisant la rencontre entre les professionnels d'horizons différents, de pratiques et de techniques diverses assurant un enrichissement mutuel afin d'exiger plus de reconnaissance de l'état, par la promotion de la formation permanente afin de faire connaître et valoriser notre profession.

Dominique Munoz
Présidente

LA JOURNÉE NATIONALE DES ASSISTANT(E)S DENTAIRES (JNAD) 2017 - 4^{ème} édition
Jeudi 6 avril 2017



CFDT Confédération française démocratique du travail

CFDT Santé Sociaux, associations et syndicats professionnels. Quelle relation ?

Syndicat ou Association ?

Certaines professions ont choisi la forme associative plutôt que syndicale pour s'organiser, soit parce qu'elles ont été fondées avant la genèse des syndicats, soit parce que la forme associative comblait une interdiction ou un vide, soit par volonté de se démarquer des syndicats existants.

Devons-nous être en opposition ou dans une relation de complémentarité ?

Nous concevons les relations avec les associations et/ou syndicats professionnels, qui le souhaitent dans une complémentarité. Nombre de nos adhérents, cadres et non cadres, sont d'ailleurs dans une double adhésion, syndicat interprofessionnels de salariés, de directeurs et association et/ou syndicat professionnels.

Pour la CFDT Santé Sociaux, l'opposition, de prime abord, n'a pas lieu d'être, nous avons bien souvent les mêmes interlocuteurs et faire revendication commune, jeux d'alliance, sur certains points peut peser plus favorablement auprès de ceux-ci. Nous travaillons déjà avec de nombreuses associations et syndicats professionnels tant de salariés que de libéraux.

Les syndicats interprofessionnels, des associations...

Les syndicats interprofessionnels sont et demeurent des associations dans la large acception du terme. Ils émergent et se développent dans l'espace du travail où préexistent nombre d'associations et syndicats professionnels divers. Syndicats interprofessionnels, associations et syndicats professionnels remplissent donc, souvent, des fonctions communes, d'autres fonctions étant complémentaires et nourrissent, parfois, des objectifs similaires.

Une sphère d'activités et d'actions plus large pour les syndicats interprofessionnels

La sphère d'intervention syndicale interprofessionnelle s'étend toutefois au-delà de celle des associations et syndicats professionnels, dans les négociations de branche, sur les conditions de travail, la prise en compte de la pénibilité, la formation professionnelle, les salaires etc...

Les syndicats interprofessionnels ont, entre autres, la possibilité de relayer des demandes, des revendications ou constats dans des instances où l'associa-

tions et syndicats professionnels ont peu voire pas accès. Dans le secteur sanitaire et social, citons à titre d'exemple le HCPP¹, les CPC², les OPCA³, voire les CPNE FP⁴ car nombre de ces instances refusent d'accorder une place aux associations et syndicats professionnels. Là encore, les syndicats interprofessionnels peuvent porter une demande de participation ou de consultation des associations professionnelles.

De quoi traitent ces instances ?

La formation professionnelle, sa mise en œuvre, ses priorités, la gestion des différents fonds pour les OPCA et OPACIF. N'en sont membres que les syndicats interprofessionnels signataires de leurs constitutions.

HCPP et CPC, sont instances consultatives où ne siègent pas ou peu les associations et syndicats professionnels. Elles traitent de la création, actualisation ou suppression de diplômes professionnels. L'élaboration des référentiels. La VAE⁵. L'inscription des diplômes au RNCP⁶. Le développement de passerelles et transversalités entre les diplômes, certificats et titres. L'accès aux certifications notamment par apprentissage et la FPC⁷ et pour l'amélioration de l'alternance. Les associations et syndicats professionnels ne sont pas membre des CPC.

Rendre un avis au gouvernement sur tous les textes qui organisent les professions paramédicales. Participer, avec la HAS⁸, à l'élaboration et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques ainsi qu'à la promotion de l'évaluation des pratiques des professions paramédicales, sont les prérogatives du HCPP. Instance, qui, en outre, de sa propre initiative, peut formuler des propositions au ministre. Le HCPP émet aussi des avis sur les textes transversaux organisant les professions médicales et dentaires.

Les CPNE FP abordent les liens emploi/formation dans des politiques de proximité, ainsi que les liens nécessaires avec les commissions paritaires de branche dont les associations et syndicats professionnels ne sont pas membres.

1/ Haut conseil des professions paramédicales

2/ Commissions professionnelles consultatives

3/ Organismes paritaires collecteurs agréés (pour la formation professionnelle).

4/ Commissions paritaires nationales pour l'emploi et la formation professionnelle

5/ Validation des acquis de l'expérience

6/ Répertoire national de la certification professionnelle

7/ Formation professionnelle continue

8/ Haute Autorité de Santé

En guise de conclusion

Pour la CFDT Santé Sociaux il existe des convergences entre syndicats interprofessionnels et associations et syndicats professionnels, dès lors qu'ils ne sont pas exclusivement dans un positionnement de repli corporatiste. Les sociologues distinguent une différence en termes de genre, les syndicats « masculins » s'opposant aux associations « féminines ». Dans le secteur sanitaire, social et médicosocial cette différence, n'existe pas, les syndicats CFDT Santé Sociaux étant largement féminisés, tout comme le SFCD, ce qui favorise peut-être aussi les convergences.

Ces convergences, se voient à tous les niveaux et même dans des institutions nationales comme le Conseil National Économique, Social et Environnemental.

Le choix d'agir dans un cadre syndical interprofessionnel ou un cadre associatif ou syndical professionnel n'est pas déterminé une fois pour toutes. Il peut évoluer dans une carrière et appartient à chaque professionnel, salarié ou libéral. Laissons-leur et tentons, chaque fois que possible, de faire avancer en commun, les dossiers tant à leur bénéfice qu'à celui des patients ou personnes prises en charge.

Le dossier des assistances dentaires et de leur reconnaissance démontre que des revendications transversales, aux syndicats interprofessionnels et associations ou syndicats professionnels, portées en commun, peuvent favoriser des avancées positives.

Nicole PERUEZ

Secrétaire Fédérale

Des alternatives aux antibiotiques bientôt nécessaires

La résistance bactérienne aux antibiotiques est un grave problème de santé publique. Et c'est un problème mondial qui ne cesse de progresser.

Dès l'utilisation des antibiotiques dans les années 1940, des antibiorésistances ont été identifiées. Alexander Fleming avait lancé un avertissement dans un article du New York Times en 1945, craignant que le mauvais usage de la pénicilline entraîne la sélection et la propagation de formes mutantes de bactéries résistantes au médicament.

Mais de nouveaux antibiotiques étant régulièrement découverts à ce moment-là, cette antibiorésistance n'a alors pas été prise en compte.

Selon l'OMS (rapport de novembre 2015), « la résistance aux antibiotiques atteint désormais des proportions dangereuses dans toutes les régions du monde. Chaque jour, de nouveaux mécanismes de résistance voient le jour et se propagent à l'échelle mondiale, compromettant notre capacité de traiter les maladies infectieuses les plus courantes ».

La résistance aux antibiotiques résulte d'une évolution par sélection naturelle. Certaines bactéries présentent une mutation leur permettant de survivre au traitement et elles se reproduisent en transmettant à leur descendance leurs gènes de résistance, produisant rapidement une génération de bactéries résistantes. La résistance aux antibiotiques est à l'origine d'hospitalisations prolongées et entraîne une augmentation de dépenses médicales et de mortalité.

Aujourd'hui, les pathogènes les plus résistants sont staphylococcus aureus, enterococcus faecium, escherichia coli et mycobacterium tuberculosis notamment. L'antibiorésistance est un phénomène inéluctable. Il est accéléré par l'usage abusif et excessif des antibiotiques, mais aussi par de mauvaises pratiques de prévention et de lutte contre l'infection.

La généralisation d'une résistance au sein d'une population de bactéries s'explique souvent par une exposition prolongée de cette population à l'antibiotique.

L'utilisation abusive ou inappropriée de médicaments antibiotiques en médecine humaine est en cause. Mais également l'utilisation de grandes quantités d'antibiotiques dans l'alimentation animale et dans l'agriculture pour l'action thérapeutique et prophylactique, mais aussi comme facteur de croissance et



de gain de masse corporelle. Et cette cause d'antibiorésistance est passée longtemps inaperçue.

Selon les recommandations de l'OMS, parmi les changements de comportement nécessaires à la diminution des antibiorésistances, figurent notamment la réduction de la propagation des infections par la vaccination, le lavage des mains, une bonne hygiène alimentaire, et bien sûr, une prescription adéquate des antibiotiques et la bonne observance de la prescription par le patient.

Des stratégies thérapeutiques sont à l'étude : investissement dans la recherche de nouveaux antibiotiques ; recherche d'un inhibiteur de l'action des enzymes bêta-lactamases produites par certaines bactéries les rendant résistantes aux bêta-lactamines ; développement de thérapie « antivirulence » avec pour objectif non pas de tuer la bactérie, mais de bloquer les systèmes qui la rendent pathogène pour l'homme ou encore la phagothérapie qui consiste à éliminer la bactérie grâce à des phages, mais là, tout reste à faire....

Par ailleurs, en alternative aux antibiotiques, l'utilisation des huiles essentielles est peut-être l'avenir.

Une huile essentielle (HE) est un liquide très complexe obtenu par distillation par entraînement à la vapeur d'eau de plantes aromatiques. L'HE est composée de dizaines de molécules avec une ou plusieurs molécules majoritaires qui lui confère ses propriétés. Dans la nature, l'huile essentielle appartient au métabolisme secondaire de la plante et lui permet de cicatriser, communiquer, s'adapter, se protéger...

C'est le système immunitaire de la plante externalisé et mis à la disposition de la santé humaine.

Les HE sont très concentrées en principes actifs. Selon leur composition chimique, les huiles essentielles ont des propriétés antibactériennes, antivirales, antiparasitaires, mais aussi anti-inflammatoires, etc. Une huile essentielle peut avoir plusieurs propriétés thérapeutiques.

L'activité antibactérienne est l'activité des HE la mieux étudiée d'un point de vue scientifique et la plus utilisée. Toutes les huiles essentielles ont une activité antibactérienne, plus ou moins importante. L'aromathérapeute possède le moyen d'exploiter au maximum les propriétés anti-infectieuses des huiles essentielles grâce aux aromagrammes. L'aromagramme est un examen de laboratoire analogue dans son principe à celui de l'antibiogramme. Il permet de tester le pouvoir bactéricide des HE vis à vis d'un germe issu d'un prélèvement réalisé sur un patient à traiter.

Les molécules des HE les plus antibactériennes sont par ordre décroissant :

■ **Les aldéhydes cinnamiques ou cinnamaldéhydes ou aldéhydes aromatiques :**

Ce sont des molécules à large spectre, des antibactériennes puissantes. Exemple : HE de cannelle Ceylan écorce, HE de cannelle de Chine. Attention, elles sont très dermocaustiques.

■ **Les phénols :**

Ce sont des molécules à larges spectres également. Parmi les phénols, il existe 3 molécules plus importantes d'activité antibactérienne décroissante :

- Carvacrol : molécule présente dans l'HE d'Origan compact, et dans l'HE de sarriette des montagnes.

- Thymol : molécule présente dans l'HE de thym à thymol et dans l'HE d'ajowan.
- Eugénol: molécule présente dans l'HE de giroflier, l'HE de Cannelle Ceylan feuille

Attention, elles sont dermocaustiques. (la moins dermocaustique étant la molécule d'eugénol) et hépatotoxiques prises à fortes doses et sur de longues durées.

■ Les monoterpénols ou alcools terpéniques :

Ces molécules sont présentes dans l'HE de ravintsara (terpineol), l' HE palmarosa, (geraniol) l'HE de thym à thujanol (thujanol), l' HE teatree (4-terpineol), l'HE de menthe poivrée (menthol)

Ces monoterpénols ont une activité anti-infectieuse légèrement plus faible que les phénols, mais aussi une toxicité plus faible, notamment vis à vis de la peau et des muqueuses.

La grande complexité des composants chimiques dans les HE rend extrêmement difficile le développement de résistance, contrairement aux antibiotiques qui sont composés souvent d'une seule molécule.

Les HE sont eubiotiques, c'est-à-dire qu'elles favorisent tous les processus vitaux et biologiques et de ce fait vont dans le sens d'une réharmonisation et d'un rééquilibrage de l'ensemble des systèmes.

Elles sont également bifidogènes, c'est-à-dire qu'elles favorisent la multiplication des bactéries bénéfiques, contrairement aux antibiotiques qui détruisent toute la flore bactérienne.

Elles peuvent être utilisées seules ou en synergie, c'est-à-dire en combinant plusieurs HE pour potentialiser ou compléter l'action thérapeutique.

C'est important de bien savoir les doser, sur quelle durée les utiliser et de quelle manière les administrer. Et, c'est nécessaire également de connaître les contre-indications et les précautions à prendre. Certaines sont déconseillées chez la femme enceinte et l'enfant en dessous de 6 ans.

Les plantes ont longtemps été utilisées comme remède, puis reléguées au second plan par les molécules de synthèse de l'industrie pharmaceutique.

Pourtant, il est grand temps de se réapproprier tous ces remèdes notamment pour la prévention, soit en phytothérapie, soit en aromathérapie.

Et, en cas de maladie avérée, nous pouvons les utiliser en traitement initial ou si cela n'est pas suffisant, en complément de l'allopathie, pour soutenir l'immunité notamment. Par exemple, les HE contenant des phé-

Un petit zoom sur le clou de girofle et l'HE de giroflier :

Le giroflier ou eugénia caryophyllata (synonymes : eugénia caryophyllus, syzygium aromaticum) est un arbre de la famille des myrtaceae, originaire de Madagascar, La Réunion et les Antilles. Il est très cultivé en Indonésie, en Tanzanie et à Madagascar.

Les boutons floraux sont récoltés et mis à sécher pour obtenir les clous de girofle. On en récolte 3 à 4 kgs par arbre, par an, pendant plus de 25 ans. C'est une épice très appréciée pour ses qualités alimentaires, mais aussi antiseptiques.

Les clous de girofles sont aussi utilisés en médecine dentaire et pour la synthèse de la vanilline, après distillation et obtention de la molécule d'eugénol contenue dans l'HE.

Le rendement est très bon, ce qui explique le coût peu élevé de l'eugénol. Un kg de clous de girofle donne 150 ml d'HE après 16 à 18 heures de distillation. (par comparaison, il faut 100 kgs de sommités fleuries de lavande aspic pour obtenir moins de 700 ml d'HE ou autre exemple, 5 tonnes de pétales de rose de Damas pour avoir 1 L d'HE).

L'HE de clou de girofle contient environ 83% d'eugénol, mais aussi environ 10% d'esters, 5% de sesquiterpènes et des cétones, des oxydes, des monoterpènes, des monoterpénols, des sesquiterpénols et des aldéhydes) toutes ces molécules confèrent à l'HE de girofle les propriétés suivantes :

- anti-infectieuse +++,
- antibactérienne à large spectre,
- antivirale +++,
- antifongique ++,
- antiparasitaire ++,
- stimulante générale +++,
- neurotonique, utérotonique, hypertensive, aphrodisiaque légère, cautérisante cutanée et pulpaire.



L'HE de clou de girofle, par sa composition chimique complexe a plus de propriétés thérapeutiques que la molécule d'eugénol seule utilisée couramment en médecine dentaire.

nols et celles avec des aldéhydes aromatiques sont immuno modulant en phase aigüe (en traitements courts). Les HE contenant des monoterpénols sont immuno modulant en traitement de fond.

Allopathie, phytothérapie et aromathérapie peuvent faire bon ménage et le praticien peut puiser dans l'une ou l'autre ou les combiner pour avoir le remède le plus efficace avec le moins d'effets secondaires.

Mais pour cela, il faut se former pour prescrire à bon escient.

Nicole Vinot

Sources :

Cours du DU de phytothérapie-aromathérapie du Dr Aude Maillard, faculté de Tours, année 2014-2015

Michel Faucon : Traité d'aromathérapie scientifique et médicale

P. Franchomme R Gallois D Pénol : l'aromathérapie exactement

OMS résistance aux antibiotiques aide-mémoire nov 2015

Insert : résistance aux antibiotiques. Dossier en collaboration avec le Pr L. Gutmann. Mai 2013.

La Véritable Histoire du groupe « violences faites aux femmes »

Je vais vous raconter une petite histoire vraie, pas très ancienne, mais qui vaut le coup d'être racontée. Elle pourra intéresser vos ami-e-s, épouses, époux, enfants (filles ou garçons), parent-e-s, grands-parents (vos grands-mères seront sans doute toutes ouïes !) ...

Et c'est aussi pour que tout le monde se souvienne bien...

Un jour de printemps 2013 à Lille, une fille du Syndicat des Femmes Chirugiens-Dentistes (Marie, Sylvie, Evelyne...?), je ne sais plus très bien laquelle, mais peu importe... nous a fait rencontrer une très belle personne qui s'appelle Ernestine. Ernestine Ronai qui n'est autre que la « Coordinatrice nationale violences faites aux femmes » de la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF).

Ernestine nous a présenté son travail, sa mission et son projet. Le but de sa visite était sans doute de faire connaissance avec ce groupe de femmes « chirurgiennes-dentistes » (comme elle aime nous nommer), mais surtout de nous impliquer dans la mission d'information et de formation des chirurgiens-dentistes (comme le veut la loi du 4 août 2014 : obligation de formation initiale et continue de tous les professionnel-le-s en contact avec des femmes victimes de violences).

Bien-sûr, le SFCD n'a pas été difficile à convaincre puisque depuis 80 années, des femmes de notre chère profession s'investissent pour défendre, soutenir, fédérer et informer les femmes Chirugiennes-Dentistes... Mais veillent aussi à ce que le-la patient-e soit au cœur de nos préoccupations. Donc c'était une évidence pour le SFCD de s'impliquer à 100% dans cette mission.

Après réflexion, nous nous sommes rendu compte que la tâche n'était pas simple. Cela ne nous a pas arrêtées. Le SFCD est composé de filles formidables, intelligentes, combatives, courageuses, travailleuses, dévouées, honnêtes... et qui prennent à cœur leur mission de professionnelles de santé pour soigner au mieux chaque patient.

Organiser une telle diffusion d'informations était tout à fait naturelle pour nous mais c'est aussi un travail de titan qui va nous demander beaucoup d'investissements. Et là encore rien ne nous arrête. Donc dès les semaines suivantes nous diffusons l'information sur notre site et dans les revues (comme celle du printemps 2014 avec un très bel article d'Ernestine sur le sujet).

En 2014 nous diffusons un questionnaire pour la profession qui nous permettra d'avoir quelques chiffres sur l'intérêt que portent les chirurgiens-dentistes à

cette affaire. Et surprise : les chirurgiens-dentistes se sentent concernés... mais ne sont pas assez formés !!!

Organiser la formation des professionnel-le-s en odontologie et médecine bucco-dentaire demande beaucoup plus de travail et de participation de nos consœurs et confrères. Donc, le SFCD a été missionné par la MIPROF pour constituer un groupe de travail avec les représentants de notre profession....

Et là ça se complique un peu...

Les demandes et envois de courriers et courriels aux différents organismes professionnels et aux instances de la profession pour constituer ce groupe ont été nombreux... Mais les réponses ont été très peu nombreuses. Soit, le groupe a été constitué avec les quelques responsables en plus de celles du SFCD : AFIO, UD anciennement UJCD, CNSD, et UFAD. Quelques réunions et discussions ont suivi, mais il manquait une instance importante à ce groupe pour rendre ce travail « officiel » aux yeux des ministères concernés : le CNOCD (Conseil National de l'Ordre des Chirugiens-Dentistes) qui se devait de siéger à ce groupe de travail.

Donc nous voilà tous partis à la conquête du CNO lors du congrès de l'ADF 2015 pour les convaincre de participer à ce groupe de travail. Nous avons même provoqué une rencontre de certains représentants du CNO avec Ernestine Ronai et Annie Garcia, lors de notre cocktail d'anniversaire des 80 ans du SFCD !

Lors de la réunion suivante au ministère de la santé nous avons eu le plaisir d'accueillir Geneviève Wagner (secrétaire générale du CNO) et Stéphanie Ferrand (juriste au CNO) dans notre Equipe qui pouvait enfin poursuivre son travail d'organisation de la formation des référents de la profession et pour valider le certificat médical initial qui est très important d'établir lors d'une agression physique d'un-e patient-e.

Et là... quelques surprises nous ont confrontés à la dure réalité du fonctionnement de notre instance hiérarchique.

Nous félicitons d'ailleurs le CNO pour son efficacité et sa rapidité d'action à mettre toutes les informations



sur leur site officiel (CMI, fiche d'explications...). Mais au lieu de travailler en groupe et concerter les autres membres du groupe de travail, pour choisir l'affiche, celle-ci a été imposée et mise en ligne sans concertation ! Devant le fait accompli le groupe et la MIPROF ont été dans l'obligation de valider l'affiche déjà diffusée. (lettre 146 web)

Aussi, les informations mises en ligne et écrites dans la revue « la Lettre (150 web pg 20) » nous ont surprises car elles ne correspondaient pas tout à fait aux décisions qui étaient prises en réunion. La recherche de référents à autrui demandés par le CNO ne correspondait pas tout à fait à la recherche de référents « violences faites aux femmes » de la MIPROF. Mais soit, ces petits différents et incompréhensions étant réglés dans une réunion suivante par des explications assez simples : « Si nous avions demandé des référents « violences faites aux femmes » nous n'aurions

L'indemnité journalière d'interruption d'activité des femmes chirurgiens-dentistes issue de la loi de 1995

eu personne ! ». Tels étaient les mots de la secrétaire générale du CNO !!! Cette affirmation surprenante a laissé quelques personnes sans voix ! Après cet incident, tous les représentants du groupe de travail ont pu commencer à recueillir des candidatures par leur propre moyen et dans leur cercle d'adhérents et de connaissances... et là encore le SFCD est confronté à de vives critiques sur cette recherche de référent-e-s... Nous sommes accusées de faire de cette urgence de santé publique notre propre publicité, « pour augmenter la représentativité de notre syndicat », ou pour se faire de l'argent !!! ...???

Et là, c'en est de trop !!! Nous parlons bien de « violences faites aux femmes » et ce genre d'accusations calomnieuses sont extrêmement désagréables à entendre. Mais dans quelle profession nous trouvons-nous ?

Organiser des formations de qualité et utiles pour la santé publique est très compliqué à mettre en place et demande pas mal d'investissements ! Le SFCD ne se fait pas de publicité sur ce genre de sujet et encore moins de l'argent sur les formations !!! D'autres organismes de formations peu scrupuleux s'en chargeront bien !

Le SFCD demande un minimum de considération et de respect de nos pairs pour le travail accompli. Notre légitimité et notre représentativité n'est plus à prouver. Les femmes ont le droit à l'égalité, même dans leurs idées.

Il n'est vraiment pas utile, à chaque fois que le SFCD donne son opinion et participe au débat, d'avoir des arrière-pensées néfastes qui font perdre du temps à tout le monde !!!

Patricia Hueber-Tardot
Présidente SFCD

Depuis la loi de 1995, en tant que professionnelle libérale, à condition que vous en fassiez la demande, vous pouvez percevoir deux types de prestations maternité :

- une allocation forfaitaire de repos maternel à l'occasion de votre maternité.
- ET des Indemnités Journalières (IJ) forfaitaires pendant votre congé maternité, sous réserve de cesser votre activité professionnelle.

L'objet de cet article est uniquement ce deuxième type de prestation.

Attention : le versement de ces IJ nécessite impérativement de cesser son activité, c'est-à-dire de l'interrompre pendant sa grossesse et/ou après son accouchement.

Il vous faut cesser votre activité pendant au moins huit semaines, dont deux avant votre accouchement. Le montant journalier de cette IJ est égal à environ 1/60 du montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, soit 52,90 euros par jour au 1^{er} janvier 2016. Pour bénéficier de cette indemnité journalière forfaitaire, vous devez adresser à votre caisse d'Assurance Maladie une déclaration sur l'honneur attestant votre cessation de toute activité professionnelle et un certificat médical attestant la durée de votre arrêt de travail.

Remarque : pour les collaboratrices libérales si la période « congé maternité » tombe pendant un période d'inactivité, par exemple entre deux contrats de collaboration, le versement des IJ n'a pas lieu car l'interruption d'activité n'est pas du fait de la grossesse !

A noter : l'allocation de repos maternel et les IJ d'interruption d'activité obtenues en 1995 constituent un droit social visant à améliorer les conditions d'accueil du nouvel enfant dans la famille et le repos maternel pendant la grossesse et juste après l'accouchement.

Sylvie Ratier

L'avantage financier durant le congé maternité/paternité des médecins conventionnés secteur 1 ou adhérents au Contrat d'Accès aux Soins issu du PLFSS 2016 pour les médecins

« Afin de renforcer l'attractivité du secteur à tarifs opposables des médecins conventionnés et l'accès aux soins, il est proposé d'offrir une rémunération complémentaire durant le congé maternité/paternité des médecins qui pratiquent les tarifs opposables ou s'engagent à modérer leurs dépassements tarifaires, conformément à un engagement de la Ministre de la santé, pris lors de la Grande conférence de santé. Les praticiens visés sont en conséquence les médecins de secteur 1 et les signataires du contrat d'accès aux soins créé fin 2012 par les partenaires conventionnels (avenant 8 à la convention médicale de 2011).

La présente mesure vise à habiliter les partenaires conventionnels à négocier l'instauration d'un avantage financier pour ces médecins, durant l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité.

Le champ de compétences pour la négociation de la convention médicale est défini au niveau législatif, à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, rendant indispensable l'intervention du législateur. » Extrait de l'annexe 10 au PLFSS 2017, pages 310 et 311.

L'objectif de cette aide financière est clairement annoncé :

- renforcer l'attractivité de l'exercice à tarifs opposables,
- limiter les restes à charge du patient en limitant les honoraires des praticiens.

Dans cette nouvelle disposition pour les médecins, l'objectif n'est pas de les aider à organiser leur parentalité, **mais d'utiliser leur parentalité pour les faire rentrer dans un mode d'exercice à honoraires limités.**

Le SFCD demande à l'ensemble des syndicats des professionnels libéraux de se questionner sur les conséquences de cette entorse à la protection due à la famille.

Il est grand temps d'ouvrir la voie de la parentalité pour nos professions en prenant en compte les contraintes spécifiques de l'exercice libéral.

Trucs et astuces pour constituer une bonne retraite pour votre développement le plus durable

Tout d'abord, il faut expliquer à ceux qui en douteront encore que oui, il faut maintenir les régimes de retraite par répartition ; oui il faut maintenir ce principe de solidarité entre générations et entre secteurs d'activité ; oui ceux qui ont un peu plus d'argent doivent participer un peu plus, mais pour un bon équilibre il y a des limites qu'il ne faut pas dépasser (largement dépassées actuellement).

Le Conseil d'Orientation des Retraites (COR), dépose tous les ans un nouveau rapport. Dans ces rapports nous trouvons plusieurs scénarios des plus optimistes au plus réels. Cette année encore on demande au COR de ne prendre en compte que le meilleur scénario. Sauf que tous les résultats sont faussés par des paramètres trop optimistes. La croissance espérée prise en compte est de 2 %, alors que l'on plafonne à 1,2% maximum, et le taux de chômage pris en compte est de 7% (certainement idéal, mais malheureusement utopique dans les conditions actuelles). L'Union Européenne table sur un taux de chômage de 11 % et l'OCDE sur un taux de 11,4%. La situation est telle, que pour éviter de nous affoler complètement les politiques ne peuvent pas faire autrement que d'intégrer des paramètres édulcorés. Cela ne fait que reporter à plus tard l'onde de choc.

Partant sur ces bases de prévisions trop optimistes, le résultat des calculs ne peut être que faussé. Tous les nouveaux modèles ne pourront être qu'obsoletés avant même leurs mises en place. C'est mathématique et mécanique. Le déficit indiqué est de 15 Mds €. En réalité il sera certainement de 55 Mds €.

Aujourd'hui, techniquement, ce sont ceux qui perçoivent et percevront le moins de retraite qui paient pour ceux qui en perçoivent et percevront le plus. Tant que nous n'aplanirons pas ces différences, nous continuerons vers une aberration économique suicidaire et le devenir des régimes obligatoires de retraites ne pourra pas être assuré.

La première façon de sauver nos régimes de retraite est tout d'abord de les rendre totalement égalitaires, que l'on soit salarié du privé, fonctionnaire, profession libérale, commerçant..., et quel que soit le secteur d'activité. Un seul et même régime pour tout le monde, avec les mêmes valeurs d'acquisition et de service. Les seules différences devront se situer au niveau de la pénibilité au travail. A condition que cette pénibilité n'ait pas déjà été compensée par d'autres méthodes. L'égalité et la simplicité permet-

tront soit des économies d'échelle progressivement jusqu'à environ 46 Mds € par an, soit de revaloriser progressivement les retraites du privé, soit un mélange des deux.

Il faudra aussi solutionner le cas des femmes qui, suite à l'éducation des enfants, se retrouvent très souvent avec un nombre d'années de cotisations inférieur, et donc une retraite inférieure.

La deuxième façon concomitante, la plus performante, de sauver les retraites est d'augmenter de façon importante le nombre de personnes en activité, ce qui augmenterait forcément d'autant le montant global des sommes récupérées. Plutôt que de traiter le chômage uniquement par le biais des indemnités, il faut qu'il y ait une véritable volonté pour redonner du travail aux personnes qui n'en ont plus. Pour ce faire il faut rapatrier, au moins momentanément, un maximum des fabrications externalisées ; faire baisser la dépense publique afin de dégager des sommes importantes pour investir massivement dans les secteurs créateurs d'emplois, et dans les nouveaux débouchés, y compris à l'export ; changer les mentalités ; arrêter de dévaloriser la plupart des métiers manuels. Pour créer des emplois intra-muros il faut donc consommer, chaque fois que possible « Fabriqué en France ». Il y a des dizaines de PME-PMI qui sont prêtes à investir pour fabriquer les biens de consommation intra-muros, de meilleure facture et à des prix à peine plus élevés. La plupart des autres pays fonctionnent comme cela. En pratiquant ainsi nous sauverons l'emploi, et donc in fine nous sauverons nos régimes de retraites. Une simple inflexion du chômage ne suffira pas.

Quelque soit la façon d'aborder le problème, une parfaite égalité devant la retraite et la création massive d'emploi sont les seules façons de sauvegarder notre système de protection sociale. Nous savons que les solutions existent, mais comme ces sujets sont, pour différentes raisons, très délicats à traiter, nous pouvons penser que dans l'immédiat rien ne bougera de ce côté-là. Donc attendons-nous à travailler plus longtemps, pour gagner moins. Tout un programme !

Conclusion : qu'est ce qui nous attend ?

La tranche d'âge de départ à la retraite va passer de 62-67 ans à 63- 68 ans, voire 63,5 – 68,5. Nous allons passer à 42, 43, 44 années de cotisations nécessaires pour atteindre le taux plein (ce qui augmente aussi l'âge de départ). La cotisation augmentera de 2, 3,

4, 5 %, voire plus ; et le montant de la retraite, par le biais de la non revalorisation, baissera progressivement entre 10 % et 15 %. On nous jurera que c'est vraiment la dernière fois, et en 2020, nous en reprendrons une couche, si rien n'est fait d'ici là pour réellement sauver nos régimes de retraite.

Que pouvons-nous faire à titre individuel pour constituer un complément de retraite fiable, sécurisé et pérenne pour compenser les baisses des régimes obligatoires ?

Nous avons à notre disposition trois grands groupes de placements. L'immobilier (défiscalisé ou non), les placements assurances vie (y compris avec supports boursiers), et les retraites via la loi Madelin.

Aujourd'hui nous aborderons La loi Madelin.

Tout d'abord il faut garantir une base solide avant de rêver à l'aléatoire.

Un plan de retraite peut s'étaler sur une durée de 25 à 45 ans (voire parfois plus), entre la période de constitution et la période de service.

Il faut d'abord penser à constituer une base de revenus de retraite réguliers, suffisants et quasi certains, par le biais de produits fiables. Qui dit fiables dit à l'écart au maximum de l'influence spéculative boursière ou immobilière. Ceci ne veut pas dire qu'il faille totalement les exclure de toute épargne. Ces produits peuvent parfois apporter une forte plus-value, mais peuvent aussi engendrer des pertes importantes. L'appât du gain facile ne doit pas être le seul moteur dans notre recherche de placement financier. Il faut se méfier de certaines « parts d'ombres » qui peuvent nous revenir de manière très négative à la façon d'un boomerang.

Dans un premier temps, calculez le montant du revenu de retraite minimum que vous estimez nécessaire à un niveau de vie décent. Attention : ne sous-estimez pas vos besoins réels à la retraite ! Le fait de voir ses revenus divisés par deux ou trois n'est peut-être pas la bonne solution et risque de causer un choc psychologique. S'il y a erreur de calcul, il sera trop tard.

Après avoir bien estimé vos besoins, comparez entre eux à coût réel identique (après fiscalité), les produits les plus fiables, et faites votre choix en fonction de votre situation personnelle, de vos objectifs, de vos affinités vis-à-vis des produits, et de vos priorités. Ne misez pas tout sur un seul produit mais répartissez sur au moins deux ou trois produits.

Ensuite et dès lors que vous avez mis en place un plan d'épargne pour constituer ce matelas de revenus sécurisés et réguliers pour la retraite, vous pouvez commencer éventuellement à investir, si tel est votre souhait, dans des produits plus volatiles et aléatoires ; évitez quand même l'exotisme.

Aujourd'hui, nous aborderons les placements retraite via la loi Madelin.

Pour un coût réel identique, la loi Madelin permet d'obtenir, avec les meilleurs contrats, **une rente réversible à 100 % sur le conjoint nette d'impôts dont le montant est de 1,5 à 1,7 fois supérieur aux revenus de l'immobilier et de l'assurance vie avec retraits partiels.**

Le principe de la loi Madelin :

L'enveloppe fiscale déductible est de : $(\text{BNC} \times 10 \% + [\text{BNC} - 1\text{PASS} \times 15 \%])$.

Pour un BNC de 60.000 €, le montant maximum déductible est de 9.207 €.

Pour un BNC de 80.000 €, le montant maximum déductible est de 14.207 €.

Le gain d'impôts = investissement $\times$ tranche supérieure d'imposition. Si vous êtes dans la tranche à 41 %, un investissement de 10.000 € ne vous coûte que 5.900 €. La seule contrainte réside dans l'obligation de verser un minimum. Ce minimum varie, selon les tranches d'investissement, 1.100 € ou 4.500 € par an. Il faut donc bien choisir sa tranche.

Le capital n'est pas disponible (sauf en cas d'invalidité ou de faillite), mais la rente peut être deux fois supérieure aux autres systèmes d'épargne. De plus, nous avons la possibilité de transférer l'épargne acquise sur un autre contrat. En cas de mauvais choix, nous pouvons changer de contrat. Vérifiez les frais de transfert.

La loi Madelin est à l'évidence une excellente solution pour constituer une rente de base garantie. Sans oublier les possibilités d'optimisation, grâce à un capital disponible, qui peuvent largement majorer les rendements nets, sans passer par la bourse.

Les critères de choix du contrat :

- **La garantie du taux ou du barème de conversion du capital en rente.** La majorité des contrats indiquent que la rente sera calculée en fonction des paramètres en vigueur au moment de la prise de retraite. Dans ce cas, il faut attendre le dernier jour avant de savoir à quelle sauce vous serez accablé. Évitez ce genre de contrat, la compagnie fera ce qu'elle voudra et rarement en votre faveur. Il faut que le taux de conversion du capital en rente vous concernant personnellement soit garanti et indiqué clairement sur l'un des documents contractuels. *Il est impératif de bien lire et déchiffrer les conditions générales avant de s'engager.*

- **La garantie du taux ou du barème de conversion du capital en rente en cas de réversion.** Cer-

tains contrats garantissent un taux de conversion sur la seule tête de l'assuré, mais ne garantissent rien en cas de réversion. *Il est impératif que le taux de conversion du capital en rente soit aussi indiqué en cas de réversion sur le conjoint.*

- **Les frais prélevés.** Quels que soit leurs montants, il faut vérifier leur incidence réelle sur la rente future. *Et attention aux frais cachés* sur l'épargne gérée, sur la transformation en rente, sur les rentes servies, et aussi sur les systèmes d'achat de points retraite. Dans ce cas, les Compagnies augmentent souvent plus la valeur d'achat que celle de service du point, ce qui revient à prendre des frais. Regardez de très près les frais sur les rentes. Certains contrats annoncent 0 % sur la rente elle-même mais prennent tous les ans 0,4 % de plus que les autres sur le capital. Ces 0,4 % engendrent des frais trois fois supérieurs aux contrats qui prennent 3 % sur la rente elle-même.

Les garanties en cas de décès :

A : la garantie de bonne fin. En cas de décès de votre part, cette garantie engage la compagnie à constituer gratuitement à votre place la retraite de votre conjoint. Certains diront que cela ne sert à rien, j'espère pour eux que les conjoints concernés ne les entendent pas.

B : La garantie d'une rente ou d'un capital pour les enfants même majeurs. Cela pourra vous sembler incroyable, mais en cas de décès de votre part pendant la retraite, et aussi parfois pendant la période de constitution, beaucoup de contrats restent propriétaires du capital constitué. Ce qui peut être acceptable pour les régimes de retraite obligatoire par répartition est inadmissible pour des contrats de retraite en loi Madelin, car dans ce cas nous sommes dans un système de retraite individualisé. Vérifiez bien votre contrat, et attention, la clause bénéficiaire lorsqu'il y en a une ne concerne que la période de constitution, donc que se passe-t-il vraiment pendant la retraite.

Les garanties en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité.

Les bons contrats intègrent une garantie de prise

en charge de votre investissement en cas d'arrêt de travail et surtout en cas d'invalidité. Là encore certains vous diront que cela ne sert à rien, dans ce cas demandez-leur de vous signer un document les engageant à payer la cotisation à votre place le jour où vous aurez un problème.

Les bons contrats existent, il faut juste bien les choisir.

LE CHOIX pour constituer une retraite fiable et pérenne. Il se fera en fonction du degré de volonté ou non de disposer d'un capital; de sa propre appréciation des nécessités à venir; et de sa situation personnelle. Ce choix peut aboutir à une répartition entre une partie en capital et une partie en rente. Sans oublier de prendre en compte le devenir du conjoint et des enfants, de plus en plus souvent encore à charge au moment de la retraite.

Si l'objectif est de constituer une rente plus importante garantie à vie, la loi Madelin est souvent la meilleure solution.

Mais attention, le choix des contrats est très important. Le fait de sortir uniquement sous forme de rente doit nous inciter à analyser de très près les contrats, et à faire ressortir ceux qui garantissent vraiment le montant de la rente tant dans son montant que dans son évolution, y compris pour votre conjoint. Et ceci dès la souscription.

Un bon dosage entre la fiscalité de l'assurance vie, du Pee et de la loi Madelin, vous permettra d'obtenir une optimisation maximale pour constituer une retraite fiable et pérenne. Sans oublier l'immobilier. Tout cela est une question de proportions, pas toujours facile à trouver, entre les besoins, les revenus, les souhaits, les situations et les possibilités. **Nous pouvons vous aider.** Commencez à investir le plus tôt possible, cela vous coûtera moins cher sur le long terme.

Philippe Jean



ACTIV [CONSEIL]

une union efficace pour défendre vos intérêts

Privilège

Bon de réservation pour un DIAGNOSTIC GRATUIT

☐ en retraite et/ou ☐ en prévoyance

Nom : Prénom :

Adresse pro : Tél. prof. :

Activité précise : Courriel :

Tél. portable :

Appellez si vous souhaitez un diagnostic plus rapide - Tél : **05 56 51 51 00** ou **05 56 98 99 75**

Renvoyez votre bon de réservation à : **Cabinet ACTIV CONSEIL - 132 bd Président Wilson - 33000 BORDEAUX**

La Donnée Numérique

Une information « caractéristique », qualifiée, vérifiée et validée

Ne dit-on pas qu' « On ne se rend compte de l'importance d'une chose que lorsqu'on la perd ? »

Prendre conscience de la valeur de la donnée dans le numérique peut aider à voir clair dans la source d'information que nous sommes chacun. Ces informations que nous transmettons consciemment ou non, sur nous ou nos proches, dans notre vie autant privée que professionnelle.

Internet est une interconnexion planétaire de milliards d'équipements dont la mémoire, contrairement à celle de l'homme, n'est pas faillible.

Comment expliquer en un article cette notion abstraite, systémique, pluridimensionnelle à plus d'une entrée et sortie? Cette notion essentielle dans le traitement de l'information? Cette notion qui fait l'objet d'innombrables volumes et documents dans les rayons informatiques des bibliothèques? Cette notion sujet de thèses universitaires? Cette notion qu'est la donnée dans le numérique?

Dans cet article nous nous dispenserons des différentes définitions techniques et scientifiques qui brouilleraient la compréhension du lecteur moyen, car elles sont propres à un système ou à un ensemble de systèmes, et risque de nous emmener à devoir expliquer la théorie des Nombres et celle des Ensembles en Mathématiques... Voir plus, si les puristes s'en mêlent, car c'est une notion Objet.

Etant une information singulière, seule ou partie d'un ensemble d'informations, caractérisant et définissant un objet; de manière générale, la donnée est une information nécessaire en entrée d'un système de traitements qui donne en sortie, en résultat une information d'appréciation sujette à interprétations ou à prise de décisions.

En quoi cela nous concerne-t-il, diront les lecteurs impatients ou déjà agacés? - Bien! Lorsque l'objet dont la caractéristique est définie, est une personne, on commence à entrevoir des choses.

Soyons pragmatiques et penchons-nous sur le cas de cet événementier (*) qui pour remercier de façon personnalisée les participants présents à sa journée, a collecté des données personnelles sur ces derniers de quatre manières différentes. Il se retrouve donc avec quatre listings (quatre fichiers d'informations ou de données, donc) sur les personnes désirant recevoir les présents de sa gratitude.



(*) Dans cet article nous conviendrons que c'est un professionnel d'un des métiers de l'événementiel conducteur dudit événement.

A. Les informations du premier listing ont été collectées à la discrétion des participants eux-mêmes, seuls face au formulaire distribué.

B. Les informations du second listing ont été collectées via une robotique conçue pour ce faire dans laquelle le participant y entre seul puis en sort une fois les processus terminés.

C. Les informations du troisième listing ont été collectées par un professionnel libéral dont le métier est lié aux informations ciblées par l'événementier.

D. Le quatrième listing a été établi dans les mêmes conditions que le premier avec la promesse d'une récompense exceptionnelle aux participants qui donneraient une information sur une particularité de leur anatomie.

Sur lequel des listings selon vous, va s'appuyer notre événementier pour remercier pleinement les volontaires participants à sa journée?

Face au dilemme du choix d'un fichier ou d'en faire la synthèse, il décide de faire intervenir un consultant. Celui-ci lui rend un avis sur les éléments de sa problématique qui en réalité, est d'éviter de polluer son système d'informations professionnel avec données erronées.

(A) La fiabilité des informations de ce listing ne peut être mesurée sur la base de leurs sources, bien qu'émanant des sujets eux-mêmes. Nombreuses

sont les personnes qui ignorent des choses intimes sur elles-mêmes et en inventent pour ne pas avoir à l'avouer. Il y a celles qui en font des amalgames. Celles qui les surestiment ou les sous-estiment soit parce qu'elles ne s'en souviennent plus ou par simple perfidie. Il y a les blagueurs ...

(D) En plus des mêmes raisons que sur le listing A, sur le listing D, peuvent apparaître les personnes qui sont dans la compétition perpétuelle et fausseraient les informations par appât du gain. Celles qui espèrent rapporter la récompense à une personne chère, ...

(B) Ici, seul le constructeur de la robotique (ou l'exploitant) peut attester de la fiabilité des informations recueillies par sa machine. Après avoir attesté du respect du programme de sa maintenance, du certificat d'étalonnage récent, ..., et du respect des consignes du déroulement des processus.

Effectivement seules dans la machine, des personnes peuvent ne pas avoir respecté les consignes, par simple incompréhension, par distraction ou par vice et encore...

(C) Les informations de ce listing portent le sceau de leur récupérateur. Elles sont fiables non parce que le professionnel qui les a recueillies en a fait son métier, mais parce qu'il est Libéral (*). Les informations recueillies dans ce contexte l'ont été non seulement dans une science et un savoir-faire, mais au nom du professionnel libéral lui-même.

Jamais ce dernier ne reporterait une information fausse ou fallacieuse sur le formulaire, au risque d'en avoir la conscience torturée, mais surtout pour ne pas à en répondre devant ses pairs à l'Ordre.

**Athanase Djékoundadé
Cinov-IT**

(*) Larousse

Se dit d'une profession qui a pour objet un travail intellectuel effectué sans lien de subordination entre celui qui l'effectue et celui pour le compte de qui il est effectué, et dont la rémunération ne revêt aucun caractère commercial ou spéculatif (notaire, avocat, médecin, expert-comptable, etc.); se dit de quelqu'un qui exerce cette profession, du travail lui-même.

Sexe et bouche... c'est ≠ de Bouche et sexe !

*En m'inscrivant à l'atelier « Sexe et Bouche » à l'ADF cette année,
j'ai compris que les chirurgiens-dentistes étaient bien convoqués à l'effort général de Santé.*

En effet, il s'agit d'une tendance actuelle dans le domaine de la sexualité : avoir une bonne « Santé Sexuelle ». Il est vrai que le VIH et plus généralement une formidable recrudescence des infections sexuellement transmissibles justifient et encouragent cette médicalisation urgente et semble-t-il impérieuse.

Mais j'ai aussi l'impression que nos confrères chirurgiens-dentistes organisateurs, réduisent le sexe à cette seule urgence médicale abordée d'un seul point de vue très technique. Si j'avais été sollicitée pour intervenir en tant que sexologue, j'aurais élargi le débat. A leur décharge il est vrai que dans la vraie vie les patients font leurs « rapports » sexuels... chopent des IST... les médecins soignent... ils font le boulot. A quoi bon se poser plus de questions !

Et puis une fois inscrite, j'ai relu le titre de l'atelier : « Sexe et Bouche ».

Ca ne me serait jamais venu à l'idée un titre pareil ! Pour mes conférences et articles passés, j'ai tout tordu dans tous les sens : « Bouche, organe érotique par excellence ! » « Bouche et IST » « Le Sourire et le Sexe »...

Mais là... trop fort ! Comme un magazine de plage, une enquête exclusive de plus, un sujet scabreux. Sexe avant, Bouche (conséquences buccales) après. Sexe avant (comme LE produit d'appel) et Bouche (effets secondaires de cette activité primaire voire bestiale) après. Sexe avant (le monde souterrain et intime de nos patients) et Bouche (notre belle connaissance des herpès, des abcès et sida) après. Evidemment, réflexe immédiat, hormonal. C'est un mec qui a pondu ça ! A une conférence devant des médecins spécialisés en infectiologie, je disais déjà : « Il faut être extrêmement prudent pour parler de la bouche. Une question comme : « vous vous embrassez souvent ? » peut faire l'effet d'une bombe.

Car attention quand on veut parler de la bouche...

Pour une femme, ce qu'elle va entendre... c'est le baiser, la plage... l'histoire d'amour, Tant qu'il y aura des Hommes, chabada bada..

Mais quand on le dit à un homme... Dans une société dominante où l'archétype impérialiste et masculin est l'ancien président des Etats Unis ou l'ancien directeur du FMI, le non-dit « Bouche et Sexe » devient lourd, lourdingue, sous entendu.



Apparaît le réglementaire « bouche à tailler des pipes » qui compromet vraiment la suite des débats.

Calme toi Manon, tous les mecs ne sont pas machos ! Ils ont écrit « Sexe et Bouche » dans cet ordre-là pour alerter sur l'urgence de la formation des consœurs et confrères sur le sujet essentiel des IST.

Admettons... mais c'est quand même simpliste ! Le Sexe (le vilain) attaque la Bouche (la toute belle) via les IST qu'on nous invite à connaître, nous les chevaliers blancs.

L'inversion « Bouche et Sexe » serait plus conforme à la vérité (en tout cas la mienne): la Bouche (naturel cloaque) participe au Sexe (le divin plaisir).

En tant que sexologue, et sans cacher d'être aussi chirurgien-dentiste, je ne pérore jamais en vain au lycée Corneille de Rouen. Une des questions des jeunes (parmi d'autres autant inspirées par les médias que par eux-mêmes) est : « Peux-t-on attraper le sida par une fellation ou un cunni ? »

Si j'envisage bien un monde de praticiens capables de répondre à cette épineuse question grâce aux formations permanentes, encore faudrait-il un monde de patients capables de poser cette question ordinairement délicate à leur dentiste.

Le premier problème « d'ordre sexuel » auquel est confrontée notre profession n'est pas le manque

de connaissances par les professionnels sur les IST et leurs manifestations buccales (même si toutes les piqures de rappel sont nécessaires).

Le premier problème est l'image que les patients ont, dans l'ordre, de nous, de la sexualité et d'eux même. Question de confiance d'abord, de dialogue ensuite, de connaissances enfin.

Car la bouche de toute façon c'est déjà une bonne part de toute la sexualité de notre patient. Tous les jours ! Avec ou sans pathologie ! Qu'on en parle ou non ! Et si l'absence de formation sur le sujet sexuel en fac dentaire et la maigreur des formations sur le rapport avec le patient expliquent souvent les non-dits dans le couple praticien/patient, il ne faut pas en rester là dans notre pratique quotidienne.

En médecine comme en chirurgie dentaire il ne faut pas considérer la bouche du patient comme simple zone de travail. Ne nous éloignons pas du corps du patient et de toutes les autres questions de sa santé : dents, gencives, salive, langue, lèvres sont un tout que seuls les actes de la vie du patient justifient. Prenons tout, n'oublions rien... car c'est notre patient !

Et la meilleure « porte d'entrée » vers lui c'est le dialogue et la prévention. Cela n'a aucune rentabilité financière, on est bien d'accord !

Mais nous avons deux missions : Prévenir, et soigner. Care et Cure. Et trop souvent, on va directement au « soigner ».

Alors c'est bien de proposer la formation IST à l'ADF mais c'est beaucoup moins bien de l'appeler « Sexe et Bouche » comme si un tel sujet pouvait se réduire à une stricte approche technico-médicale. Connaître n'est pas comprendre et si, de la sexualité, vous n'en connaissez que la fellation et les risques IST, vous n'irez pas loin. Comme les médecins prescripteurs de Viagra vous risquez de soigner dans le désert.

Vers vos patients (et vers vous pour faire bon poids !) la sexologue vous dit : « Parlez du plaisir ! N'inspirez pas la peur ! Merci. »

Elle vous dit aussi : C'est dans un meilleur « rapport » avec le patient qu'est la solution .

Eh oui j'ai bien dit « rapport » ! Incorrigible sexologue !

Dr Manon Bestaux

Au secours Hippocrate ils sont devenus fous !

Mireille Kerlan, dans son livre*

« Ethique en orthophonie », rassemble les éléments de définition de l'éthique dans le milieu soignant, et plus particulièrement en orthophonie.

Sa lecture m'a réjouie !

Un temps de pause et de recul sur nos fondamentaux de soignants, déstabilisés, bousculés par tous ces changements si rapides que nous en venons à perdre le sens de notre engagement professionnel.

En voici une brève note de lecture commentée, pour vous donner envie de lire ce livre passionnant, qui vient à point nommé dans la tourmente mêlant à la fois souffrance des soignants et mutation de notre système de soins, revendications du patient-consommateur et appétit féroce des fonds d'investissement.

Rappelant que le colloque singulier est l'expression inventée par Hippocrate (médecin philosophe), l'auteur précise : « il n'y a pas surplomb du médecin, mais relation bilatérale en confiance entre le médecin et le malade, dans la recherche des causes du déséquilibre provoquant la maladie, et alliance dans le traitement. Le malade vient vers le médecin parce qu'il souffre et non parce qu'il a une maladie ».

Nous pourrions rajouter ici : non parce qu'il est une maladie. C'est le risque relevé par André Grimaldi à propos du « patient-expert », qui se définit comme expert de sa maladie et ayant donc légitimité à être formateur des nouveaux malades dans le « comment vivre sa maladie ».

« Le médecin hippocratique possédait un savoir scientifique (une téchné) fait de l'observation des maladies, des symptômes, lui permettant de poser un diagnostic (de diagnostikos : capable de discerner) et un pronostic ».

Devant son malade, ce médecin prenait en compte « tous les signes observables chez la personne malade mais aussi son environnement naturel, culturel, son expérience, sa souffrance. A partir de ces données, le médecin grec essaye de comprendre le déséquilibre qui a causé la maladie, et aussi le fonctionnement vis-à-vis de la maladie, afin d'agir ou de non agir ».

Cette compréhension du patient dans sa globalité, l'association du patient à la décision du « agir ou non agir » sont des demandes importantes de collectifs de

patients. D'autant plus importantes que ce médecin hippocratique semble s'éloigner au fur et à mesure de la disparition de la clinique, remplacée par les examens complémentaires et les bases de données : le diagnostic en radiologie se fait sur clichés, le patient pouvant ne plus être vu par le médecin, ce qui rend « évidente » la médecine à distance (télémédecine).

La Loi Kouchner a révolutionné la place du patient en lui donnant des droits, dont les associations se sont saisies pleinement, pour des revendications parfois très interpellantes.

Comme celle dénonçant la dissymétrie entre médecin et malade, pensée comme un abus de pouvoir de la part du médecin qui a le Savoir. Ces associations de patients revendiquent donc de « reprendre le pouvoir sur le médecin », grâce au numérique qui permet l'accès à ce Savoir. Voir même pour les plus ambitieuses, de se passer de médecin, puisque ce même numérique permet l'autodiagnostic (grâce aux big datas et à leur traitement algorithmique), l'auto-traitement (grâce aux achats de médicaments sur internet) et l'auto-surveillance (grâce aux objets connectés).

Cette dissymétrie existe bien. Mais elle n'est pas dans le pouvoir de l'un sur l'autre, mais dans l'état de départ de cette relation : « le patient porte sa souffrance (...) et demande de l'aide à un soignant particulier (...) ». Le soignant fait face, avec son savoir scientifique et son savoir-faire ».

Mireille KERLAN décrit finement ce pacte de soin qui scelle cette relation si particulière et cite RICOEUR (philosophe du XX^e siècle) : « le pacte de soin devient une sorte d'alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun : la maladie. L'accord doit son caractère moral à la promesse tacite partagée par les deux protagonistes de remplir fidèlement leurs engagements respectifs ». Cette alliance thérapeutique est une alliance de deux pouvoirs contre la maladie : la dissymétrie est dans la nature de ces pouvoirs, mais ils agissent dans le même sens. Le pouvoir de l'un des protagonistes sur l'autre n'est pas une alliance thérapeutique.

La vision de la médecine paternaliste des années 50 a pu amener des patients à vivre cette relation comme une relation de pouvoir du médecin sur le malade.

Ce ressenti se retrouve avec notre médecine moderne « très protocolisée, reposant sur un système médico-

industriel, semblant oublier le sujet pour ne s'intéresser qu'à la maladie ».

L'auteur observe que « la référence scientifique à un « modèle normal » est sans arrêt confronté à la déviance, à l'individualité, car c'est le propre de la vie ».

Cette médecine de modélisation, qui permet les protocoles, est précédée obligatoirement de l'observation, de la clinique : ce sont elles qui lui donne vie. « Mais la modélisation n'est pas la vie », rappelle-t-elle.

Cette modélisation est pourtant de plus en plus utilisée, car elle permet la mise en formules mathématiques et le traitement des données massives par des algorithmes nous promettant la médecine prédictive et la mort de la mort (courant transhumaniste).

Le numérique est un développement technologique qui, associé à l'automatisation, posent des questions fondamentales en médecine : l'humain est-il numérisable ? La relation humaine est-elle automatisable ?

C'est justement la technologisation de la médecine qui a conduit à la bioéthique, sur des questions de procréation assistée et de manipulations sur des embryons.

La bioéthique n'est pas un ensemble de réponses, mais des questionnements éthiques, philosophiques, qui ont trait à l'humain, son rapport au monde, son rapport aux autres.

Mireille Kerlan rappelle les principes fondateurs de la bioéthique :

■ **Le principe de l'autonomie** : « respecter un individu autonome, c'est au minimum reconnaître le droit de cette personne à avoir des opinions, à faire des choix et à agir en fonction de ses valeurs et de ses croyances » (p73). Nous ne pouvons que constater que ce principe d'autonomie se trouve complètement bafoué par l'ANI, qui désormais en rendant la complémentaire obligatoire et obligatoirement choisie par l'entreprise empêche les salariés de décider de leur complémentaire. Bafoué aussi par les plateformes commerciales qui « dirigent » avec des tarifs attractifs les patients vers leur réseau de soins : car dans une situation économique difficile, quel choix réel a le patient ?

C'est pourtant ce principe d'autonomie qui préside au consentement éclairé du patient à tout traitement et qui nécessite une information compréhensible pour lui. Ce principe d'autonomie du médecin

est tout aussi indispensable, pour apporter des informations qui ne soient pas entachées de pressions mercantiles comme cela se voit dans les réseaux de soins articulés autour de plateformes commerciales. Les entorses à ce principe de double autonomie ne vont-elles pas précipiter la déconstruction du consentement éclairé ?

■ **Le principe de bienfaisance** : où « se soucier du bien pour autrui semble bien s'imposer comme la toute première évidence sur le plan moral ». Cette bienfaisance peut aller jusqu'à respecter la volonté du patient de ne pas se soigner.

■ **Le principe de non-malfaisance** : c'est le *primum, non nocere*. Citant Pierre Le Coz (2009, p77) « il s'agit d'épargner au patient un préjudice moral ou physique qui ne ferait pas sens pour lui ». La question du faire sens pour le médecin devient tout aussi importante, lorsqu'il subit les assauts d'un patient-consommateur, qui exige « parce qu'il a droit ».

■ **Le principe de justice**, qui permet de faire bénéficier au patient des soins dont il a besoin, quel que soit son statut social, son origine,... L'auteur rappelle que c'est « sur cette base politique que s'est construite la sécurité sociale en 1945 » et en interroge les limites quand viennent à manquer les financements. Limites qui voient s'affronter les principes de justice et d'autonomie, lorsque certains soins ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.

Le respect de ces trois premiers principes amènent le médecin à la décision juste, car tenant compte de la réalité de la clinique, où sont présentes ses propres émotions comme le respect, la compassion et la crainte. Le titre complet de ce livre est d'ailleurs « Ethique en orthophonie. Le sens de la clinique ». Cette position d'éthiciens comme P.Le Coz « attachés à la notion de colloque singulier, écarte nécessairement les protocoles de type Evidence Based Medicine et leur dogmatisme ignorant de cette dimension émotionnelle de l'éthique et donc de la clinique ».

Mireille Kerlan précise que c'est « en réaction à la conception formelle et libérale de l'autonomie basée sur une pensée politique de la raison qu'a émergé une éthique dite « féministe » appelée « care » ». L'éthique du care « serait l'attention portée à l'autre, le souci, la sollicitude et le soin ». C'est l'éthique narrative, parce qu'elle prend en compte le récit du patient : elle est qualifiée d'approche humaniste.



Nous trouvons là des fondements de l'ADN du Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes, et ce livre m'est allé droit au cœur.

Dans cette période de perte de repères pour tous, où les politiques pour « faire de la croissance et de l'emploi » n'hésitent plus à considérer que le soin médical est un produit commercial comme un autre, que ce soit au niveau européen ou français ; où certaines associations de patients n'hésitent plus à revendiquer qu'ils sont des consommateurs de soins et doivent bénéficier de la protection du code de la consommation ; où des professionnels de soin perdent leur âme pour faire du business, ou se perdent eux-mêmes dans le burn-out ou le suicide, un cri du cœur : au secours Hippocrate, ils sont devenus fous !

Nathalie Ferrand

Mireille KERLAN est orthophoniste et chargée de mission éthique à la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). Anciennement chargée de cours au Centre de formation universitaire en orthophonie de Besançon (UFR SMP), elle est désormais formatrice en formation continue.
*« Ethique en orthophonie, le sens de la clinique ».
Edition De Boeck Supérieure.

Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Payer comme on vit, ou payer pour vivre ?

A partir du 1^{er} janvier 2017, des compagnies d'assurance vont proposer une assurance au « bon comportement de santé ».

Les entreprises qui ont contracté leur complémentaire obligatoire, vont proposer à leurs salariés d'activer ce nouveau programme « Vitality ».

Il consiste à demander au salarié de faire un bilan de santé en ligne : outre son état civil, son âge, sa taille, son poids, et les résultats de ses derniers bilans sanguins, celui-ci devra aussi répondre à des questions sur sa consommation de tabac et d'alcool, son sommeil, son alimentation, son activité physique, son niveau de stress, et le nombre de fois où il voit son médecin.

Ce programme recueillera aussi toutes les informations délivrées par les objets connectés du salarié (balance, podomètre, brosse à dents,...), si il en a et si il le souhaite.

Une fois ce bilan établi, le salarié recevra un score de santé avec éventuellement des recommandations, voire si nécessaire, une orientation vers des sociétés partenaires, comme les Weight Watchers ou Tabac info service, pour être pris en charge. Le tout pour atteindre des objectifs de bonne santé établis. Si ces objectifs sont atteints, le salarié-patient sera gratifié de bons de réduction chez d'autres sociétés partenaires, comme le Club Med ou Wedoogift. Com (cartes cadeaux).

En Allemagne, le patient au bon comportement de santé bénéficie même de ristournes sur son assurance santé ou sa prévoyance, ce qui est interdit en France. En France, la loi Evin protège l'assuré et empêche l'assureur d'utiliser les données médicales pour différencier ses tarifs : en France, la santé n'est pas un commerce. Aux Etats-Unis, les patients engagés dans ce type programme d'assurance au bon comportement touchent même du cash.

L'assurance « payes comme tu vis » se modélise sur ce qui existe déjà avec la voiture « payes comme tu conduis » et la maison « payes comme tu habites ».

Avec ce type de proposition, nous avons franchi une étape supplémentaire dans le cynisme de la commercialisation de la santé :

- Par l'hyper-responsabilisation individuelle, qui va complètement à l'encontre des données scientifiques récentes qui montrent l'énorme implication de la



pollution dans la santé des personnes. Ne serait-ce que les perturbateurs endocriniens que l'on retrouve largement impliqués dans des pathologies telles que l'obésité, le diabète ou les cancers hormono-dépendants.

Rendre responsable un patient obèse uniquement par son mode de vie (alimentation, activité physique, sommeil,...) sans considérer les conséquences de la présence de perturbateurs endocriniens partout dans son environnement (jusqu'aux tickets de carte bancaire) est un non-sens et une injustice.

Si la responsabilité individuelle n'est pas absente, la responsabilité de nos modes de déplacement, de notre modèle agricole, de l'omniprésence des plastiques, est totalement impliquée.

- Par la négation des inégalités humaines en matière de santé : nous naissons tous avec un état de santé très différent, une immunité très différente, une psychologie très différente.

L'assurance au comportement revient à dire que nous sommes tous comme des voitures de série, avec les mêmes caractéristiques techniques, et avons donc les mêmes atouts pour vivre.

C'est une négation même de notre humanité : nous ne sommes pas des machines !

- Par l'utilisation des données de santé transmises gratuitement pour gagner sur tous les tableaux : la revente des données à d'autres utilisateurs (comme les laboratoires pharmaceutiques ou les banques),

l'utilisation des données à des fins d'adaptation des tarifs d'assurance et l'orientation vers des sociétés partenaires.

Derrière ce « payes comme tu vis », se profile dangereusement le « payes pour vivre ».

L'explosion des maladies chroniques constitue une crise sanitaire mondiale d'ampleur épidémique, selon les propres mots de l'OMS.

Son lien avec la crise écologique est établi scientifiquement, mais n'est pas accepté politiquement. Pourtant, il a un coût : les conséquences des perturbateurs endocriniens coûtent 170 milliards d'euro par an à l'Europe, celles de la pollution atmosphérique coûtent 100 milliards d'euro par an à la France.

Notre régime de solidarité nationale, la Sécurité Sociale, dans lequel chacun obtient selon ses besoins et paye selon ses moyens, ne pourra pas résister longtemps si nous continuons à tout miser sur le « mieux soigné », qui coûte de plus en plus cher (cf. médicaments anti-cancéreux) sans se préoccuper du « comment être moins malades ».

Et la solution de la prise en charge privée va aggraver les inégalités : seuls pourront être remboursés ceux qui paieront cher de bonnes complémentaires.

C'est le système qui existe aux Etats-Unis et qui est en faillite totale : 2/3 des faillites personnelles sont dues à des situations de maladie.

Comment humainement accepter de ne pas soigner son enfant ou son conjoint ?
Donc ils payent pour vivre.

Tout ce système n'est pas une fatalité : c'est un système construit pour une logique qui ne sert pas l'humain, sa fragilité et sa grandeur.

N'en soyons ni dupes, ni complices.

Et levons-nous pour défendre la médecine hippocratique.

Nathalie Delphin

FIF PL 2016 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 600 € 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 200 € par jour, limitée à 600 € par an et par professionnel.

- **Chirurgie buccale**
- **Règlementaire** : environnement du cabinet dentaire
- **Endodontie** : les pratiques actuelles
- **Hygiène, aseptie et maladies virales transmissibles**
- **Implantologie - Parodontologie**
- **Situation médicale d'urgence lié à la pratique**
- **Soins et gestion de l'urgence dentaire**
- **Occlusodontie**
- **Odontologie conservatrice, la prise d'empreinte optique, la conception de la prothèse fabriquée assistée par ordinateur**
- **Education de la santé et soins de prévention**
- **Orthodontie**
- **Pathologie buccale**
- **Prescription au cabinet dentaire : Dénominations Communes**
- **Prothèse, la prise d'empreinte optique, la conception fabriquée assistée par ordinateur**
- **Radiologie**
- **Compétence en radioprotection**
- **Formation informatique** à l'usage exclusif dans l'exercice professionnel
- **Exercice libéral dentaire dont gestion des relations de travail - écologie au cabinet 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), **ergonomie et prévention des maladies du professionnel libéral**
- **La psychologie du patient**

Manifestations Régionales incluant majoritairement les thèmes prioritaires

Prise en charge au coût réel plafonnée à 200 € par jour, limitée à 2 jours et à 400 € par an et par professionnel.

Manifestations Nationales incluant majoritairement les thèmes prioritaires

Prise en charge au coût réel à hauteur d'un forfait de 350 € pour 2 jours de formation suivis et à hauteur d'un forfait de 200 € et 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 2016

Thèmes Plafonds de prise en charge

■ Formation de longue durée :

- 100 heures de formation minimum
- Thème de formation entrant dans les critères de prise en charge 2016 de la profession
- Une prise en charge tous les 3 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

- Une prise en charge au coût réel plafonnée à 1 500 € par an et par professionnel

■ Formation de conversion

- Une prise en charge au coût réel plafonnée à 2 000 €, limitée à 200 € par jour et par professionnel. Attention un courrier de motivation est à joindre obligatoirement à votre demande de prise en charge.

■ Participation à un jury d'examen ou de VAE

- Prise en charge plafonnée à 200 € par jour, limitée à 4 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

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ 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.
- 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.

Les formations FFCD 2017

Agenda, Rythme et Temps de Travail

« **Le débordement des rendez-vous, les journées de travail qui s'allongent, la fatigue et le stress sont autant de situations qui nous ramènent au point central de toute l'organisation d'un cabinet dentaire : l'AGENDA !**

En partant de situations vécues, cette formation pratique permettra à chaque chirurgien-dentiste formé de définir les incontournables de son agenda, en fonction de ses objectifs professionnels et de ses priorités de vie.

Si chaque cabinet libéral est différent (exercice seul ou avec une équipe, association ou maison de santé), l'agenda en reste le pivot. Par cette formation, chacun pourra trouver des outils adaptables à chaque façon de travailler afin de rester maître de son agenda. »

Animer son équipe au quotidien

« **Une équipe est un ensemble de personnes différentes aux compétences variées, qui doit conduire à une synergie basée sur la qualité de coopération et de solidarité.**

La définition de l'objectif commun au cabinet dentaire, à savoir la meilleure qualité de soins possible en toute sécurité, donne du sens à l'engagement de chacun, optimise la qualité des liens interpersonnels et structure l'organisation.

Une équipe sera d'autant plus motivée et capable de performance, si la personne qui l'anime, les associés et les collaborateurs, sont dans une relation de proximité, de cohésion, de résolution des problèmes et des tensions, et aussi de gestion des émotions. Comment optimiser ces différentes facettes de compétences ?

Comment repérer les signes qui permettent de prévenir la dégradation de l'esprit d'équipe ? Comment travailler au mieux avec des personnalités « difficiles » ? Comment gérer les tensions et les changements éventuels ?

Quelles sont les valeurs véhiculées par la qualité du « vivre ensemble » au cabinet dentaire ?

Une méthode de formation très interactive permettra d'analyser concrètement les situations vécues par les participants, d'identifier les réussites et les échecs vécus au quotidien et d'acquérir des « outils » permettant de développer la capacité à mobiliser l'équipe au regard des objectifs définis. »

Comment gérer son stress dans son environnement professionnel

« **Le stress est une sensation naturelle qui stimule notre organisme ; mais au-delà d'un certain seuil, il peut devenir néfaste pour notre**



santé. Personne n'échappe à la pression, mais il est possible de diminuer son emprise lorsqu'elle devient toxique.

Comprendre le mécanisme du stress au travail, repérer les facteurs de risques tout autant que les conséquences individuelles et collectives qu'un stress mal géré peut induire... sont des étapes préalables et nécessaires à la définition des pistes d'action.

Identifier les causes possibles de souffrance au travail. Prendre conscience de l'impact de son comportement sur le stress de l'équipe.

Cette journée permettra d'acquérir des outils opérationnels pour élaborer une stratégie de prévention, de réduction des risques et de gestion de crise. Ils incluront des pistes d'optimisation de l'organisation, de la communication, de l'hygiène de vie dans sa globalité...

Ces différents leviers d'action tendent vers la finalité de relier « bien-être et efficacité ».

Gérer les conflits

« **Le cabinet dentaire est une organisation où les professionnels se donnent comme objectif prioritaire la prise en charge des patients avec la meilleure qualité de soin possible.**

Les tensions sont naturelles et inévitables ; elles peuvent mener à des conflits dont les causes sont diverses, et les conséquences souvent graves.

Détecter les mésententes, les conflits larvés. Maîtriser ses émotions, favoriser l'expression des professionnels, comme des patients, assumer ses décisions... voilà quelques champs à explorer.

Cette formation s'adresse à toute personne pouvant être confrontée à des situations conflictuelles : praticien, assistant (e) dentaire, secrétaire. Elle permet de comprendre le mécanisme d'un conflit, afin de mieux

le gérer et de construire des solutions adaptées. »

La CCAM, l'outil de notre exercice quotidien

« **La CCAM est une autre logique de cotation de nos actes que celle de la NGAP. Les erreurs sont fréquentes.**

Mais faut-il s'en remettre totalement au logiciel pour coter nos actes ?

Des travaux pratiques et le partage de nos expériences vous aideront à coter vos actes de façon juste. »

L'assistante dentaire

« **Certain/es se posent la question de l'intérêt de se faire assister dans leur pratique professionnelle, en sachant très bien qu'ils/elles n'ont pas vraiment le choix. Ce questionnement trouve son origine dans la peur de ne pas s'en sortir financièrement, la peur de ne pas trouver la bonne personne et de finir aux prud'hommes, la peur de ne pas savoir l'accompagner dans ses différentes tâches et humainement, la peur de l'échec... alors que l'assistante est une des clés de votre réussite !**

Les praticiens qui ont déjà passé le cap, sont souvent confrontés à la formation de leur assistante ou secrétaire afin qu'elle progresse dans leurs compétences et leur donner cette envie de progresser mais aussi de rester une fois l'équilibre atteint !

Nous verrons comment définir le bon moment pour recruter d'un point de vue personnel, comptable, du potentiel du cabinet, que ce soit une première ou une deuxième assistante avec le questionnement pour une secrétaire dentaire, qu'elle soit qualifiée ou en contrat de professionnalisation.

Une fois la décision prise, je vous donnerai une procédure pour réaliser le recrutement, de la définition de

la fiche de poste, à l'annonce qui vous correspond, la relation avec votre pôle emploi, la lecture des CV, les différents types d'entretiens, l'essai en cabinet et la prise de décision.

Recruter est une chose, accompagner une assistante ou une secrétaire à devenir sa perle rare en est une autre ! Il n'y a pas de hasard mais des techniques que nous développerons.

Finalement, cette formation sera également utile aux praticiens qui ne cherchent pas à recruter dans l'instant car votre vie professionnelle vous y confrontera à plus ou moins long terme : rapprochement de conjoint, maternité, congé parental, accident, maladie... Recruter est une chose mais faire grandir la personne et lui donner envie de rester en est une autre ; problématique au cœur de cette formation en redéfinissant le métier d'assistante en fonction des récentes évolutions.

Nous avons tous à progresser dans ce domaine et n'oublions pas de nous demander si nous sommes nous-mêmes des perles rares pour nos employés ? ...»

Le burn-out du professionnel libéral

« Le terme burn-out étant à la mode, il est important de le définir, d'éviter d'en faire un fourre-tout des revendications, et de distinguer l'épuisement professionnel de l'insatisfaction au travail. Comment le diagnostiquer ?

Quels sont les facteurs de risques et les causes possibles au niveau individuel, organisationnel, sociétal ? Comment le burn-out s'articule avec d'autres risques de souffrance au travail : stress, anxiété, dépression, syndrome de Karochi.... Détecter les symptômes du burn-out chez soi et chez les autres. Quelles sont les conséquences du burn-out, tant sur le plan physique, émotionnel, intellectuel, comportemental, social, professionnel ?

Quels sont les axes de prévention à exploiter, les « couvertures » de protection simples et efficaces à mettre en place ?

Comment « rebondir » face à l'adversité et définir les éléments qui permettront de construire la résilience ? Cette formation reliera les apports théoriques à l'étude de cas concrets évoqués par les participants. De plus, une réflexion partagée sur des situations « bloquantes » permettront de faire émerger des solutions aux problèmes posés. »

Le cabinet dentaire libéral et le numérique

« Partant du constat initial de la présence du numérique, cette formation se propose d'en voir les avantages, les apports, les limites et les

risques en faisant un tour d'horizon des équipements déjà proposés et ceux annoncés.

De la place et de la fonction du chirurgien-dentiste et de l'assistant dentaire dans la chaîne numérique du cabinet dentaire, à la réglementation sur la protection des données numériques, vous pourrez à l'issue de cette formation être capable d'élaborer un guide d'achat pour vous équiper.

Pour la clinique, les rendez-vous, l'administratif ou la comptabilité, quels seront vos critères de choix ?

Les réunions indispensables

« Lors de cette formation, nous verrons qu'une grande partie des dysfonctionnements au sein des cabinets dentaires peuvent être résolus « en remettant ensemble les éléments épars » c'est-à-dire par des réunions.

Certain/es d'entre vous à la lecture du mot « réunions » ne vont pas continuer cette lecture car vous n'avez pas de temps à perdre avec des réunions qui ne servent à rien ! Comme je vous comprends ! Une réunion n'a d'intérêt que dans la mesure où elle est structurée (objets, durée, compte rendu), une réunion n'a d'intérêt que si l'on est prêt à se remettre en question et à évoluer.

Je vous propose tout au long de cette journée de vous guider vers une nouvelle organisation où les réunions seront des outils de qualités d'exercice.

Que ce soit grâce à :

- la réunion en début de soins qui donne une vision d'anticipation à travers le plan de traitement, les fiches téléphoniques, les renseignements médicaux, la présentation des plans de traitement, le retour de la mutuelle, la consultation bilan, la gestion des urgences, la gestion de la stérilisation, la présence en salle de soin de l'assistante, qui s'occupe de quoi ;
- la réunion qui permet de faire le point de ce que l'on a vécu...le positif et les défis et trouver la solution afin que le dysfonctionnement ne se reproduise pas ;
- la réunion de communication qui va permettre d'exprimer les non-dits sans être mal à l'aise et sans blesser l'autre...
- la réunion des affaires courantes en définissant ce qui est des rêves, des buts et des objectifs pour l'évolution du cabinet et le bien-être de l'équipe.

Je vous accompagnerai à construire et à tester ces réunions à travers des jeux de rôle et verrons comment intégrer dans l'agenda ces pourvoyeurs de bien-être et de gain de temps que sont ces réunions ! »

Les TMS

« 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.

Cette formation permet l'apprentissage des gestes qui préservent, soulagent le dos et les bras et apprend à distiller tout au long de la journée ces micro pauses de « détente et de 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. »

La traçabilité en pratique

« Entre qualité et précaution, les obligations du chirurgien-dentiste »

Tout comme M Jourdain faisait de la prose sans le savoir, nous sommes nombreuses à avoir mis en place, dans notre cabinet, la traçabilité, sans en avoir conscience, sans que cela relève d'une réelle démarche. Et pourtant, il s'agit bien d'une méthode, située entre la démarche qualité et la mise en place de dispositifs de précaution, qu'il faut s'approprier pour travailler de façon sereine. La traçabilité en pratique fait le point, à travers quelques exemples choisis sur vos obligations au cabinet dentaire.

Education à la santé et soins de prévention

L'apport de la naturopathie dans les soins dentaires: une vision globale et systémique pour la santé de nos patients.



Bienvenue Muriel !

Muriel Gayard
a rejoint notre équipe, suite
au congé maternité
de Lémya Nadia.

Notre nouvelle secrétaire se tient à votre disposition les lundis et jeudis matins de 9h00 à 13h00 au numéro suivant : 05 81 02 41 93

C'est désormais Muriel qui vous transfère tous les documents nécessaires à la mise en place de nos formations, dans la bonne humeur et de façon efficace ! Bienvenue Muriel dans notre équipe !

«**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 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 e-mailings

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 et tout notre personnel.

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
Professionnelles
de Santé

FIF PL

Fonds financeur
de notre formation
continue

UNAPL

Union Nationale
des Professions
Libérales

ADF

Association
Dentaire Française



sfcd.fr