



**ÉLECTIONS
CARCDSF :
*votez SFCD !***

Voir au dos



DOSSIER

Prévention

Merci à toutes
pour votre implication !



Normandie
Dr Marie Graindorge
76 Mont-Saint-Aignan
marie.graindorge@sacd.fr



Hauts de France
Cécile Dancourt
62 Saint Omer
cecile.dancourt@sacd.fr



Grand-Est
Odile Schlepp
67 Strasbourg
odile.schlepp@sacd.fr



Bretagne
Dr Marie-Valérie Caubrière
76 Montmain
marievalerie.caubriere@sacd.fr



Nouvelle Aquitaine
Marianne Franchi
17 Puilboreau
mariane.franchi@sacd.fr



Occitanie
Dr Isabelle Morille
31 Fronton
isabelle.morille@sacd.fr



PACA
Dr Béatrice Gadrey
83 Fréjus
beagadrey@orange.fr



Centre
Dr Martine Pigeon
41 Vendôme
antag@wanadoo.fr

Rejoignez-nous !

Afin que nous soyons plus fortes pour obtenir d'autres victoires.
Pour que la voix des femmes chirurgiens-dentistes
soit encore plus entendue.

sacd.fr



Conflit éthique

La vraie souffrance des chirurgiens-dentistes ...
et de tous les soignants.
Que se passe-t-il vraiment dans le monde de la santé en France ?

sommaire

- P.4 - **Actualité**
- P.5 - **DOSSIER :**
Prévention
- P.8 - **Séminaire SFCD**
- P.9 - **Adhésion**
- P.10 - **Nous y étions**
- P.14 - **Femmes**
- P.18 - **Focus retraite**
- P.20 - **Formation**
- P.22 - **Élections CARCDSF :**
votez SFCD !



SFCD

22 rue de la Grande Armée,
75017 Paris

Tél : 05 81 02 41 93

E mail : sfcd@sacd.fr

Site Internet : sfcd.fr

Directrice de la publication :
Nathalie Delphin

Rédactrice en Chef :
Marie Brasset

Ont participé :

- Nathalie Delphin
- Nathalie Richard
- Isabelle Morille
- Marie Brasset
- Nathalie Ferrand
- Lemya Nadia
- Muriel Gayraud
- Sylvie Ratier
- Marion Lagunes

Publicité : SFCD

Numéro numérique SFCD.
Crédits photos : Fotolia.com,
Adobe Stock.

Là où patient et soignant étaient dans la même équipe contre la maladie, on voit des fractures de plus en plus grandes, de plus en plus fortes se mettre en place. Le patient n'a plus confiance, le soignant n'a plus la force ni les moyens de faire son travail.

Chez les chirurgiens-dentistes, en particulier, nous subissons attaques et mépris. Pour les médias et les gouvernements nous sommes les boucs émissaires responsables de la mauvaise santé de la population. Or, personne ne sait vraiment ce qu'est un chirurgien-dentiste aujourd'hui, cet OVNI du monde de la santé. Qui sait que le chirurgien-dentiste est LE professionnel de santé le plus complet du monde médical ?

Nous savons prévenir (donc éviter) la maladie, diagnostiquer la maladie, gérer la douleur, guérir la maladie, réparer les dégâts de la maladie et remplacer l'organe perdu. INCROYABLE NON !!!

Alors pourquoi cela ne va pas alors que nous savons faire tout cela ? Pourquoi on nous montre du doigt alors que ces compétences sont si précieuses pour la santé des français ?

Parce que cela a un coût !

Lorsque l'on devient soignant, on ne le devient pas par hasard, pour essayer, faute de mieux. On devient soignant pour être auprès des patients, des personnes vulnérables, pour être utile à la société, maintenir la bonne santé et soigner. On y met notre cœur, notre âme, notre temps, notre propre santé et notre engagement total pour chaque patient qui vient vers nous en confiance et suivant ses besoins.

Mais aujourd'hui, la relation patient-soignant contre la maladie est faussée. On y glisse l'économie marchande, la contrainte, l'efficacité et la rentabilité : des notions qui ne vont pas avec la Santé.

Bien sûr que le professionnel de santé doit gagner sa vie mais pas au détriment de la santé de son patient ; et c'est là que le conflit s'installe !!

Comment aujourd'hui concilier ETHIQUE (le meilleur soin pour le besoin médical de notre patient) avec la réalité économique de nos cabinets ? C'est impossible sans renoncer. Mais un soignant doit-il renoncer à bien soigner ou renoncer à vivre de son métier ?

Tous les chirurgiens-dentistes connaissent le gradient thérapeutique, cette notion médicale de la préservation tissulaire du moins mutilant vers le plus mutilant. Mais le moins mutilant ne permet pas au chirurgien-dentiste de maintenir son activité : CONFLIT ETHIQUE !

Dans les EHPAD, le personnel soignant est réduit au strict minimum et ne peut pas vraiment être présent auprès des résidents : CONFLIT ETHIQUE !

L'hôpital est financé à l'activité, obligé de faire des choix vers le soin le plus rentable : CONFLIT ETHIQUE ! Etc....

Une décision politique aujourd'hui engage des effets sur au moins une génération. Qui aujourd'hui accepterait la loi HPST ou les réseaux de soins en sachant les dégâts qu'ils ont amenés sur la santé des patients, la santé des soignants, la santé des territoires ?

Dr Nathalie Delphin

MINI HISTORIQUE DES NÉGOCIATIONS EN COURS

2006 : signature de la **convention des CD**.

2011 et 2016 : **reconduction pour 5 ans**.

Août 2016 : **négociation d'un avenant**.

2017 : un amendement parlementaire est inséré dans la loi de financement :

-> Il va à l'encontre du principe de la négociation entre les partenaires conventionnels,
-> Il prévoit la possibilité d'intervention directe du Ministre de la Santé y compris dans le cadre d'un avenant,
-> Il prévoit l'intervention d'un arbitre à défaut de signature d'un avenant avant le 1er février 2017.

Fin janvier 2017 : les négociations n'aboutissant pas Mr Bertrand Fragonard été désigné en qualité d'arbitre et son **règlement Arbitral' approuvé** par les ministres de la Santé et de l'Economie.

Janvier à mars 2017 : la profession se mobilise contre l'application de ce règlement arbitral. Etudiants et praticiens manifestent. Les syndicats des chirurgiens-dentistes intentent des actions en justice. Le SFCD dépose devant le Conseil d'Etat un recours pour excès de pouvoir assortis de QPC (question prioritaire de constitutionnalité). Création de CCDELI...

Avril 2017 : Emmanuel Macron arrive au pouvoir et avec lui le **RAC Zéro sur les prothèses dentaires**.

18 juillet 2017 : la Ministre des solidarités et de la santé adresse des lignes directrices au directeur général de l'UNCAM qui l'engage à rouvrir les discussions conventionnelles à compter de septembre 2017. **Les mesures du RA concernant le plafonnement des prothèses et la revalorisation des soins conservateurs sont retardées d'un an.** Le reste du règlement arbitral, en particulier l'augmentation de tarifs plafonds applicables aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, n'est pas affectée par ce report.

Septembre 2017 : Les négociations reprennent.

Avril 2018 : le Conseil d'Etat fait savoir qu'il ne se prononcera pas sur les recours formés par les Syndicats de chirurgiens-dentistes. **Les négociations sont au point mort : les propositions de l'UNCAM ne sont pas satisfaisantes.** En bref, elles reprennent les dispositions du RA.

1/ Arrêté en date du 29 mars 2017.

ÉVOLUTION

PENTE DANGEREUSE

Deux informations récentes doivent nous amener à réfléchir :

- la baisse des tarifs des biologistes,
- la baisse des ROSP pour les médecins.

Le mécanisme comptable est identique : des objectifs chiffrés imposés par l'Etat, via la CNAM-TS, et des sanctions financières pour les praticiens lorsque ces objectifs ne sont pas atteints. Dans ce contexte très administré, les syndicats médicaux ont bien peu de marge de manœuvre.

Pour les biologistes, l'enveloppe financière qui leur est accordée annuellement a été dépassée de 17 millions d'euros en 2017. L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les représentants syndicaux des biologistes ont décidé de la baisse des honoraires de 80 actes pour 2 actes augmentés. Cette baisse tarifaire est de 110 millions d'euros par an.

Le président du Syndicat des Biologistes donne deux explications au dépassement de l'enveloppe annuelle en 2017 :

- la prise en charge de patients qui sortent de l'hospitalisation et le vieillissement de la population ;
- l'affaire du changement de formule du Levothyrox, traitement pris par trois millions de Français.

Pour les médecins, la baisse de leur Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) est liée à la non-atteinte de ces objectifs. Pas moins de 24 indicateurs permettent de scruter les bons et mauvais résultats. Et en 2017, les résultats sont en demi-teinte voire médiocres, tant sur le volet « prévention », que le volet « suivi des pathologies chroniques » et « optimisation et efficience des soins ».

En moyenne, un généraliste qui percevait 7000 euros de ROSP en 2016 voit sa prime diminuer à 4500 euros pour 2017. Les médecins ont de plus en plus « d'autres modes de rémunération », que la rémunération à l'acte. Le ROSP en fait partie.

Ces deux exemples concrets montrent la limite du système. Pour maîtriser les dépenses publiques de santé, les économistes comme les politiques utilisent seulement la calculatrice. Maintenant ils disposent en plus de l'outil numérique pour tout contrôler. En cas de dépassement budgétaire, c'est le soignant qui est sanctionné. Et très prochainement le malade, lorsque son comportement ne sera pas méritant.

S'occuper des causes des maladies pour que les gens soient moins malades ? Surtout pas ! La maladie est bien trop rentable pour des pans entiers de notre économie ! Relisons les propositions de Nicolas Revel à l'aune de ces deux exemples. Nous sommes sur une pente dangereuse.

Dr Nathalie Ferrand

MÉDECINS - PATIENTS

LES DÉSERTS D'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX

Tout le monde en parle. Les patients de plus en plus nombreux se plaignent. Les maires, les élus départementaux et régionaux se fâchent, et demandent la fin de la liberté d'installation. Les gouvernements montent au créneau avec des solutions simples : les maisons de santé et la santé numérique. Chacun y va de son appréciation. Il n'y a pas assez de médecins. Ou il y a trop de malades ?

1/ Il n'y a pas assez de médecins

« Il n'y a pas assez de médecins en France » : la France n'a jamais eu autant de médecins et le ratio médecin/habitant est en France au-dessus de la moyenne européenne. Mais on note une augmentation significative du nombre de médecins « temporairement sans activité » et « remplaçants ». Evolution nette vers moins de médecins généralistes et plus de spécialistes (sauf notamment en pédopsychiatrie (-50%) et médecine du travail (-14%).

« Il n'y a pas assez de médecins dans certaines zones » : oui. Mais pourquoi ?

- **déserts de service public** (école, poste, transport,...) ;
- **loyers trop chers ;**
- **étudiants citadins = médecins citadins ;**
- **emploi du conjoint ;**
- **ils s'installent plus tard** (exercice salarié avant) et beaucoup moins en libéral (donc diminution du maillage territorial) ;
- **dans certaines villes nouvelles, la population s'accroît plus vite que l'installation de nouveaux médecins.**

«Les médecins ne travaillent pas assez»: ils ne travaillent plus comme avant (médecin de famille = sacerdoce). Ils

souhaitent équilibrer leur vie professionnelle et familiale (comme tout un chacun). La profession se féminise (objectifs professionnels et charges familiales différents). Et surtout, le « métier » a profondément changé : aujourd'hui, il faut en plus se former, faire vérifier ses installations et procédures, répondre à des normes, participer aux réunions de coordination... plus beaucoup de temps pour soigner !

2/ Il y a trop de patients

■ **augmentation très importante des maladies et maladies chroniques :** suivi des patients à vie et suivi chronophage (fréquence des rendez-vous) ;

■ **vieillesse de la population :** plus on est âgé et plus on a besoin de soins ;

■ **augmentation de l'espérance de vie :** mais les années gagnées sont des années de maladie ;

■ **amélioration des soins :** survie et transformation en maladie chronique (cancer, HIV) ;

■ **lien maladie chronique-dégradation de l'environnement :** pollution atmosphérique, intoxication chimique, stress, précarité (logement, alimentation). Ce dernier point est un puissant levier d'amélioration. Malheureusement, il n'est toujours pas intégré comme prioritaire dans les politiques publiques, dans la formation initiale et continue des professionnels de santé, et dans les recherches des économistes, surtout des économistes de la santé !

Dr Nathalie Ferrand

Biblio :
<https://www.les4verites.com/economie-4v/pourquoi-les-deserts-medicaux>
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

PRÉVENTION

C'est tout d'abord un thème central dans la réflexion du SFCD (rapport Yahiel, BBD,...). C'est aussi une priorité de réflexion, au vu du contexte actuel des négociations. C'était donc le thème de notre séminaire annuel à Rennes.

C'est enfin et surtout la base des propositions du SFCD pour préparer l'avenir de la santé bucco-dentaire, car :

LE SFCD OSE ET PROPOSE LE COMPTE PERSONNEL DE PRÉVENTION !

Le CPP, c'est quoi ??? :

C'est un dispositif, construit sur le modèle du compte personnel de formation, qui ouvre une démarche de santé globale, dont les trois premiers points sont :

- > **des droits à la prévention** affirmés et matérialisés ;
- > **une plateforme en ligne**, via le compte Ameli, pour que le patient pilote et soit acteur de sa prévention et de sa santé ;
- > **un circuit de financement direct**, assuré et pérenne, via l'AMO, l'AMC et l'Etat.

Passer d'un système de soin à un système de santé et faire évoluer tant l'organisation que le financement du système de soins, demande un réel choix politique entre deux options :

- > soit un système de prédation basé sur la maladie ;
- > soit un système de protection basé sur la santé.

Clairement, plutôt que de favoriser la couronne gratuite, le SFCD s'emploie résolument à privilégier la dent saine.

Cette première partie de notre dossier sera consacrée aux éléments qui ont conduit le SFCD à élaborer cette proposition.

Le deuxième volet, dans la revue d'été, continuera à développer notre proposition de CPP.

PROMOUVOIR DES POLITIQUES PUBLIQUES DE BONNE SANTÉ !

La santé n'est pas limitée aux soins médicaux, car ils ne sont pas le seul facteur qui impacte la santé. L'éducation, l'environnement (bruit, pollutions), la solitude, les conditions de travail et de logement, l'alimentation, l'accès à la culture... nombreux sont les paramètres qui influent sur la santé. Ce sont autant d'acteurs et de leviers possibles : bonne nouvelle pour les professionnels de soins, qui sentent bien qu'ils ne peuvent porter, à eux tous seuls, toute la responsabilité du système de santé !

Une politique de santé publique ne peut être limitée à une politique d'accès aux soins. Nous avons pourtant du mal en France à nous sortir de cette vision-là.

La Charte d'Ottawa (1986) nous offre d'autres horizons : l'élaboration de politiques publiques « saines », c'est-à-dire pour une bonne santé, une qualité de vie.

Souvent perçue comme subversive, cette approche a été saisie avec succès par les associations de lutte contre le SIDA dans les années 90. **Le SFCD avait invité Patrick VELIN** (association AIDES) lors de son séminaire 2017. Il nous avait expliqué tout l'intérêt de cette démarche, pour les soignés comme pour les soignants, et bien au-delà : pour les gens et pour la société.

POUR LE SFCD, LA PROMOTION DE LA SANTÉ EST UNE RÉPONSE PERTINENTE :

-> **aux défis économiques** : comme le cabinet entreprise ou la santé commerciale, de plus en plus présentés comme « inéluctables », parce que plus « efficaces » voire plus « innovants » !

-> **aux nouveaux défis de la santé environnementale** : comme les contaminations par les perturbateurs endocriniens, les nanoparticules, complètement occultés par les pouvoirs publics

Elle consiste à « définir les moyens pour faire de la santé un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques des personnes et des populations ».

« Le système de soins n'intervient ni sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé, ni sur les conditions de vie globale de la population ; il n'exerce qu'une influence très modérée sur les habitudes de vie ou les comportements ».

Peut-être faudrait-il le graver en lettres d'or au fronton du ministère de la santé ?

Dr Nathalie Ferrand

Nous remercions Patrick Velin (Aides) pour sa contribution précieuse.

QU'EST-CE QUE LA CHARTE D'OTAWA ?

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, s'est réunie à Ottawa sous l'égide de l'OMS. Elle a adopté le **21 novembre 1986 la « charte d'Ottawa » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous pour l'an 2000 et au-delà.**

Cette charte définit :

- **la promotion de la santé comme une démarche** ayant pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ;
- **la santé comme une ressource de vie** quotidienne et non comme but de la vie, en mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques ;
- **les déterminants de santé.** La charte liste les conditions indispensables à la santé, exigeant un certain nombre de conditions et de ressources préalables comme le logement, l'éducation, l'alimentation convenable, le revenu, le bénéfice d'un éco-système stable, l'apport durable de ressources, la justice sociale et le traitement équitable. Ainsi, divers facteurs peuvent favoriser ou lui porter atteinte : politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux et biologiques. Ainsi, les gens ne peuvent espérer parvenir à un état de santé optimal sans une intervention sur les différents facteurs qui favorisent ou altèrent la santé.

QU'EST-CE QUE L'ACCÈS AUX SOINS DANS LE CADRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ?

L'accès aux soins n'est qu'un des éléments de la promotion de la santé. Dans ce cadre, il faut de la proximité des professionnels de soins, c'est le maillage territorial ; du financement solidaire c'est-à-dire assis sur la Sécurité Sociale et l'AMC ; un financement universel, donc pour tous ; il s'appuie sur toutes les ressources de la personne, c'est-à-dire le milieu social, médico-social, éducatif, professionnel, familial,

Parce qu'une politique de promotion de la santé demande des moyens humains et financiers importants, multiples et pérennes, elle nécessite des choix politiques forts, capables de mobiliser et de mettre en œuvre l'ensemble de ses facteurs.

PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE, LA PROPOSITION SFCD

La prévention bucco-dentaire ne doit pas être la cerise sur le gâteau, mais le socle sur lequel doit se construire une politique publique de santé bucco-dentaire. Par sa position, le praticien est à même d'identifier un certain nombre de déterminants de la santé, qui peuvent influencer sur l'état de santé global de son patient-e en amont et en aval de la prise en charge, au sens de la promotion de la santé inscrite dans la loi de santé de 2016.

Le bucco-dentaire est la spécialité médicale où la prévention est la plus efficace : les résultats sont rapides et larges.

Un mauvais état bucco-dentaire a un impact dans la vie des personnes qui va bien au-delà de la santé des dents et gencives : c'est la relation sociale abîmée par un sourire édenté, ou la malnutrition consécutive à des molaires absentes rendant la mastication et la digestion difficiles.

La prévention bucco-dentaire mérite donc un investissement massif, qui assurera aux français les moyens d'une bonne santé bucco-dentaire, tout en diminuant fortement le reste à charge des soins prothétiques.

LE SFCD PROPOSE UNE DÉMARCHE DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE, S'INSCRIVANT :

■ **Dans les principes de la Charte d'Ottawa définissant la promotion de la santé, avec le renforcement de la santé communautaire comme axe d'intervention.** Les causes impactant la santé sont multiples. Les leviers d'amélioration le sont donc eux-aussi. Ils concernent aussi bien les champs agissant classiquement sur la santé, que ceux du médicosocial, de l'éducatif, de l'environnement, du politique et de l'industrie. Chacun doit faire sa part, politiques compris. Par exemple : sucres cachés dans l'alimentation industrielle : réglementation par décision politique et éducation à l'alimentation (choix des produits, savoir les cuisiner).

■ **Avec un financement sur fonds obligatoires** : ceux de la Sécurité Sociale et de l'ANI. La complémentaire obligatoire mutualise de fait les cotisations et permet une redistribution indispensable. Car tout financement privé est inégalitaire (pas d'argent, pas de soins) et conduit à une médecine à 2 vitesses.

■ **Dans une démarche singulière et adaptée aux besoins médicaux de chaque patient, grâce à un dispositif « Compte personnel de prévention Bucco-Dentaire », dont la porte d'entrée est un bilan global de prévention pour la santé bucco-dentaire, et permettant au patient de s'impliquer tout au long de la démarche.**

■ **Dans un engagement du patient** lorsqu'il actionne son compte pour une démarche de bonne santé BD (empowerment)

■ **Dans un engagement du professionnel de santé** bucco-dentaire visant à agir pour aider le patient à « garder ses dents toute sa vie » (pas d'objectif commercial)

■ **Dans une juste rémunération** d'un « bilan global de prévention bucco-dentaire », permettant de réorienter l'activité des cabinets dentaires vers la prévention et les soins précoces

■ **Dans une formation des équipes** en santé environnementale, pour réaliser ce bilan global

■ **Dans une réalisation de ce bilan** par des omnipraticiens, y compris dans des petites structures (cabinet individuel) qui font la richesse du maillage territorial, pour assurer l'accès de tous.

LA DÉMARCHE DU SFCD, MÉTHODOLOGIQUEMENT CONSTRUITE ET ÉVALUÉE, S'INSCRIT DONC DANS LES PRINCIPES SUIVANTS :

- **Avoir une démarche globale et positive** de la santé ;
- **Agir sur les déterminants de la santé** ;
- **Travailler en intersectorialité/interdisciplinarité** ;
- **Favoriser la participation active des patients-es** dans la démarche ;
- **Favoriser l'implication de tous les acteurs-rices** concernés-es dans une démarche de co-construction ;
- **Favoriser un contexte de partage de pouvoirs et de savoirs** ;
- **Valoriser et mutualiser les ressources** impliquées dans la démarche.

Notre objectif est de valider la pertinence de notre projet avec des acteurs pertinents, c'est à dire qui partagent les valeurs fondamentales qui sous-tendent ce projet.

C'est très ambitieux, et en même temps si les seuls projets présentés sont des projets basés sur un financement privé (donc inégalitaires), proposés par des fonds de pension (qui « soignent » surtout leurs actionnaires) ou corporatistes (qui « soignent » surtout les professionnels), le SFCD est convaincu que nous irons droit dans le mur. Humainement, socialement et politiquement.

Nous pensons que c'est le moment d'être disruptifs et innovants. Et que l'innovation est aussi (et surtout !) le fruit de l'intelligence HUMAINE, guidée par l'ETHIQUE.

RENCONTRE

LES SÉMINAIRES DU SFCD C'EST QUOI ?

Chaque année les cadres du SFCD se réunissent dans une région différente pour rencontrer les adhérents et les étudiants de la région pour travailler en commun sur un thème choisi en CA.

SÉMINAIRE DE RENNES 2018

Chacune arrive ... ou pas, après moultes péri-péties du fait des grèves de la SNCF et des contrôleurs aériens, comme elle le peut, avec ses connaissances, le fruit de ses recherches et le travail en intelligence collective peut commencer ! Entre une pause culture (passionnante visite guidée du Parlement de Bretagne et de la vieille ville de Rennes) et des dîners à la crêperie bien sûr, cette année, nous avons un programme chargé.

Tout d'abord, du travail interne au SFCD avec la préparation des élections de la CAR-CDSF. Présenter des candidates SFCD était un gros défi et nous y sommes parvenues. Le SFCD présente cette année pas moins de 9 adhérentes et 1 supporter.

Rendre notre site plus moderne, plus attractif, afin que le monde entier connaisse le SFCD est également un très gros défi, défi que va s'atteler à relever une équipe dynamique et au fait des nouveaux moyens et surtout besoins de communication de nos adhérentes, consœurs et confrères.

Ensuite, du travail sur la formation : la formation est un levier important de changement

des pratiques. Ce secteur subit actuellement une véritable révolution. D'un côté la mise en place du Compte Personnel de Formation qui permettra à tous de se former tout au long de sa vie pour pouvoir rester « dans le coup ». D'un autre côté l'arrivée de DATADOCK et l'obligation pour tous les organismes de formations d'être référencés sur cette plateforme de gage de qualité, si ils veulent voir leurs formations prises en charge par les organismes financeurs. Bien sûr FFCD est datadocké depuis le début de l'année 2018.

Enfin, du travail de réflexion avec un sujet passionnant : la prévention.

Partage d'informations, échange de connaissances en petits groupes, réflexion collective auquel trois consœurs bretonnes ont participé avec beaucoup d'attention et de dynamisme. Quand l'intelligence collective se met au service de la santé bucco-dentaire, il en ressort forcément une idée à laquelle personne isolément n'aurait pensé : le Compte Personnel de Prévention. Sur cette base, le SFCD a pu commencer à élaborer ses propositions pour la mise en œuvre de la prévention en France !

Drs Isabelle Morille et Nathalie Richard



Nous nous donnons rendez-vous pour notre prochain séminaire, à Strasbourg, du 21 au 24 mars 2019

Mais avant cela, « SAVE THE DATES » :

JOURNÉES DES CADRES
11 et 12 octobre 2018
à Toulouse

CONGRÈS ADF
du 27 novembre
au 1^{er} décembre 2018

Qui nous aime nous suivent !

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 PL, à la CARCDSF pour faire entendre la voix des femmes dans la profession.

> UNE PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE

> 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.



Retrouvez-nous aussi sur Twitter et Facebook :
SFCD Femmes Chirident

BULLETIN D'ADHESION au SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES 2018

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^{er} année d'exercice : _____

Mode d'exercice : _____

A compléter et à retourner avec votre règlement de :

- ☐ Membre actif : 300 €
☐ Première année d'exercice : 100 €
☐ Etudiante : Gratuit
☐ Retraitée : 100 €

Libellé à l'ordre du SFCD au : **Secrétariat SFCD - Service Adhésion**
18 rue Charles Portal, Bât. C1 - 81000 Albi

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 : **Secrétariat SFCD - Service Adhésion**
18 rue Charles Portal, Bât. C1 - 81000 Albi

Nom et prénom de la marraine adhérente au SFCD : _____

SAVOIR

L'ARTICLE 51 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018

Un nouveau cadre juridique pour faciliter les expérimentations

Pour les intervenants de cette matinée thématique, notre système de santé est à bout de souffle. Il ne répond plus à notre nouveau contexte : celui d'une transition épidémiologique, une transition sanitaire. Nous connaissons une période de baisse de la mortalité à tout âge, d'allongement de la durée de la vie, en même temps qu'une augmentation des maladies chroniques, des maladies dégénératives et des accidents, alors que diminuent les maladies infectieuses.

Ce nouveau contexte conduit à une augmentation des dépenses publiques de santé, car :

- on sait mieux soigner (amélioration des techniques et traitements médicaux, qui sont plus coûteux),
- on soigne tout le monde (prise en charge solidaire par la sécurité sociale),
- on soigne plus longtemps (maladies chroniques + vieillissement de la population).

Ce nouveau contexte rencontre sur son chemin des organisations de soins et des financements cloisonnés, un cadre budgétaire de dépenses publiques contraint et des modalités de financements pas toujours adéquates (comme le financement à l'acte). Selon les intervenants, il est donc nécessaire de faire évoluer tant l'organisation que le fonctionnement de notre système de santé.

Pour eux, ni le code de la santé publique et ni le code de la sécurité sociale ne permettraient cette évolution. Ils ne seraient pas assez transversaux (fonctionnement en silos) et/ou trop contraignants (nombreuses règles de protection

qui ne sembleraient pas si justifiées que cela). Etre créatif, accompagner des idées remontant du terrain qui pourraient permettre ce second souffle pour notre système de santé ne leur semble pas faisable avec le carcan de nos règles actuelles.

L'article 51 de la LFSS pour 2018 crée donc un nouveau cadre juridique pour passer outre cette réglementation contraignante et pour laisser libre court aux innovations.

Il s'agit de la mise en place d'un cadre expérimental pour encourager, accompagner et accélérer le déploiement de nouvelles organisations en santé et de nouveaux modes de financement des soins (par exemple paiement d'un « épisode de soin » et non plus d'un acte).

Ces expérimentations doivent concourir à améliorer :

- « la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale,
- les parcours des usagers, via notamment une meilleure coordination des acteurs,
- l'efficacité du système de santé,
- l'accès aux prises en charge (de prévention, sanitaires et médico-sociales) ».

Pour parvenir à ces objectifs, l'article 51 autorise désormais la possibilité de déroger à de nombreuses dispositions législatives, qui encadraient les exercices médicaux et protégeaient les patients. Pèle mèle, quelques exemples de dérogations :

- facturation, tarification, remboursement, prise en charge des produits de santé, paiement direct des honoraires par le malade, ...
- partage d'honoraires entre professionnels de santé, limitation des missions des établissements de santé (pour permettre des prestations d'hébergement non médicalisé), autorisation

SELON L'ARTICLE 51, LES EXPÉRIMENTATIONS DOIVENT CONCOURIR À AMÉLIORER 4 POINTS

Cependant, toutes les questions restent posées sur le contenu de ces objectifs confrontés aux acteurs en présence, qui peuvent être n'importe qui !

Qu'est-ce que l'amélioration de pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ?

Que recouvre l'amélioration des parcours des usagers, via notamment une meilleure coordination des acteurs ?

Qu'est-ce que l'amélioration de l'efficacité du système de santé ?

Et enfin, que recouvre l'amélioration de l'accès aux prises en charge (de prévention, sanitaire et médico-sociales) ?

d'activité de soins et d'équipements de matériels lourds (groupements), ... Il faut au moins une dérogation à des règles (de financement ou d'organisation) de droit commun¹ pour que le projet d'expérimentation soit recevable.

Cet article 51 crée également le fonds d'innovation en santé (FISS) pour accompagner ces expérimentations. Il sera alimenté autant que nécessaire par les ressources de la Sécurité Sociale. Les expérimentations se déploieront sur une durée maximale de 5 ans.

Les principaux critères de sélection des projets d'expérimentation sont :

- la faisabilité ;
- la reproductibilité ;
- le caractère innovant ;



■ l'efficacité par rapport à la qualité et aux coûts des soins.

TOUTE personne morale peut déposer un projet. Il n'existe aucune restriction concernant le statut juridique des porteurs de projets. Les associations d'usagers, les établissements de santé (publics ou privés), les fédérations et syndicats, les professionnels de santé, les entreprises, les professionnels de l'aide à domicile, les organismes complémentaires ou les collectivités territoriales peuvent être porteurs de projets. Un projet peut être proposé à l'initiative des acteurs ou en réponse à un appel à projet lancé par l'ARS par exemple. Même si de nombreuses incertitudes demeurent concernant la mise en œuvre de ce dispositif, le Conseil stratégique de l'innovation en santé présente cet article 51 « comme une véritable opportunité pour les différents acteurs, établissements et professionnels qui devraient d'ores et déjà s'en saisir et proposer à leurs agences régionales de santé des projets permettant une réelle adaptation de notre système de santé aux enjeux auxquels il est confronté ».

Sylvie Ratier

1/ L'article 51 ne permettrait toutefois pas de déroger aux dispositions relatives aux compétences des professionnels de santé, contrairement aux protocoles de coopération prévus par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

INFORMATION

ATTENTION : STOP ARNAQUES !



« CONFORMITÉ CLÉ EN MAIN RDPG »

Ces derniers mois, la CNIL a publiquement dénoncé, à plusieurs reprises, les agissements de sociétés promettant de manière peu scrupuleuse une mise en conformité « clé en main » au RGPD.



Leur technique : insister sur les sanctions financières encourues, se présenter comme « labellisées », « certifiées » ou « recommandées » par la CNIL et vous adresser une simple documentation ou vous proposer un échange à minima en guise d'accompagnement. Dans cette dernière ligne droite avant l'entrée en application du règlement européen (le 25 mai), la CNIL appelle une nouvelle fois à la vigilance et rappelle que de tels démarchages ne se font pas à son initiative ou avec son soutien.

La mise en conformité au RGPD nécessite plus qu'un simple échange ou l'envoi d'une documentation sur le RGPD. Il est nécessaire, avant tout engagement, de chercher en ligne des informations sur la société qui prend contact avec vous. Si le doute persiste, vous pouvez contacter la CNIL au 01 53 73 22 22.

ESCROQUERIE DOSSIERS AD'AP ET REGISTRE D'ACCESSIBILITÉ

Des sociétés, se faisant passer pour des organismes officiels, démarchent par téléphone et mail, les professionnels recevant du public (ERP) pour la réalisation de diagnostics, du conseil, de l'assistance dans le cadre de l'Ad'AP... ou pour vous permettre de mettre à disposition de vos patients le Registre d'accessibilité.



Attention aux démarchages agressifs et menaçants ! Par téléphone, fax ou mail, en se faisant passer parfois pour une autorité administrative ! Soyez vigilants et ayez les bons réflexes :

- > Consultez les sites internet gouvernementaux, méfiez-vous des méthodes jugées agressives.
- > Ne donnez jamais vos coordonnées bancaires par téléphone.
- > N'hésitez pas à vous informer auprès des services de l'État (DDT, DDPP, etc...) dans le cadre de la procédure Ad'AP.
- > Consultez la C.C.I ou la Chambre de Métiers et de l'Artisanat sur la fiabilité de l'entreprise avant de vous engager.

Si vous êtes victime d'une escroquerie : faites immédiatement opposition auprès de votre banque et saisissez la justice en déposant plainte.

ANNUAIRES PROFESSIONNELS

La pratique des annuaires professionnels destinés à faire connaître les entreprises s'est fortement développée depuis quelques années. Sous couvert d'être présentées comme des organismes officiels, ces entreprises vous proposent de mettre vos coordonnées à jour. Normalement, vous n'avez aucune mise à jour d'annuaire à effectuer, qu'elle soit payante ou « apparemment » gratuite !



PROTECTION DE DONNÉES

DONNÉES DE SANTÉ, ENTRE ÉTHIQUE ET INNOVATION

Les cabinets dentaires sont des « entreprises » concernées particulièrement par ce nouveau règlement européen de protection de données, puisque nous récoltons des données de santé, donc ultra-sensibles.

Le 14 mars, ce thème brûlant d’actualité a été abordé de façon ouverte et intelligente par la Fédération des « mutuelles de proximité ». L’un des objectifs de ce colloque était d’examiner la faisabilité de « l’intégration du numérique dans le respect des valeurs mutualistes ». Les intervenants divers (économiste de la santé, médecin, président de syndicat, ordre des médecins, commission informatique et liberté, Sécu, start-up) ont présenté leur point de vue, parfois très opposé. D’un côté les bénéfices du numérique et des données de santé (la recherche médicale, l’autonomie du patient, l’automatisation des tâches répétitives, la compilation des informations dans un petit volume). De l’autre, les alertes sur la protection de données ultra-sensibles que sont les données de santé, la déshumanisation de la relation patient-praticien, le remplacement des humains par

les machines. Les lois apparaissent pour le citoyen comme la seule garantie de protection de ses données. Car ces données restent techniquement diffusables sans savoir exactement où elles partent, ni pour quelle utilisation. Reste entière la question des moyens alloués (humains, techniques et financiers). Ils sont nécessaires au contrôle et à la sanction des entreprises qui contreviendraient aux nouvelles règles européennes contenues dans le Règlement Général de la Protection des Données (RGPD). Ce texte s’applique à compter du 25 mai prochain et impactera concrètement les cabinets dentaires*.

Les complémentaires sont des entreprises qui collectent ces données ultra-sensibles : la FDPM (Fédération Diversité Proximité Mutualiste) souhaitent qu’elles obéissent à une charte de bonnes pratiques,

s’engageant auprès de leurs adhérents à ne pas diffuser leurs données, pour conserver leur confiance.

En conclusion des débats, le président de la FDPM a insisté sur le respect de l’être humain mais aussi des droits fondamentaux des citoyens, au premier rang desquels : la Liberté. Jean-Louis SPAN en a appelé à la responsabilité de tous : citoyens, législateurs, entreprises et institutions. Il demande que soit inscrit dans la Constitution ou la Déclaration des droits de l’Homme et du Citoyen le caractère inaliénable et incessible des données numériques d’une personne.

Le SFCD souscrit à cette position, partageant les valeurs exprimées, d’humanisme et d’éthique.

RGPD : LES IMPACTS SUR LE CABINET DENTAIRE

Le dernier scandale de Facebook et des 87 millions (!) de compte dont les données ont été aspirées par une société privée pour modifier des votes, nous fait prendre conscience de la grande fragilité des systèmes techniques de protection des données. C’est la Loi qui est chargée de compenser ce défaut, en mettant de très fortes sanctions en cas de non-respect (4% du chiffre d’affaire de l’année).

Pour se mettre en règle avec le RGPD, il faut :

- **rédiger un document interne au cabinet,** décrivant comment sont protégées les données confidentielles ;
- **donner la possibilité au patient de savoir comment ses données sont protégées,** comment il peut les modifier ou les supprimer (droit à l’oubli). Les logiciels vont s’adapter aux nouvelles normes de la RGPD et des mises à jour seront à faire ;
- **envisager toutes les conséquences** (notamment juridiques) d’une perte (destruction, vol) de ces données au sein du cabinet ;
- **revoir la clause de confidentialité** avec le prestataire de service informatique (lui aussi soumis au RGPD) ;
- **assurer les capacités d’archivage** et de restitution des données ;
- **signaler à la CNIL tout incident** de sécurité concernant ces données.



UNAPL

L’ACCÈS PARTIEL

Le SFCD a participé au congrès de l’UNAPL, en décembre 2017. Martin FROHN, de la Commission Européenne, est intervenu sur l’accès partiel : manifestement, il y a un quiproquo entre la lecture de l’Europe et celle de la France. Nous avons demandé à le rencontrer, et avons été reçus à Bruxelles par Mme Weissange et Mr Zaglmayer.

Première surprise : nous étions le seul syndicat dentaire à avoir fait cette demande !

Deuxième surprise : l’explication de ces juristes de la commission européenne, spécialisés dans l’accès partiel pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. Pour eux, l’objectif général est de garantir la libre circulation des gens et notamment des travailleurs. L’Europe ne peut pas interdire à quelqu’un de faire ce qu’il sait faire. Tout ce qui entrave cette libre circulation (comme les monopoles) est interdit.

Sauf quand il y a une impérieuse nécessité : c’est le cas de la santé, et de la protection de la population.

L’accès partiel a été conçu d’après un jugement de la Cour de Justice Européenne : on ne peut interdire à quelqu’un d’exercer, sauf quand cet exercice présente une menace pour la santé de la population. Ce qui serait le cas d’un métier sous-qualifié : il lui est seulement autorisé un accès partiel aux soins.

La France a interprété différemment l’accès partiel : elle l’a présenté comme une autorisation à exercer une partie d’une activité jusque-là dévolue à une seule profession (exemple des hygiénistes et des denturologues, par rapport aux chirurgiens-dentistes), afin que la concurrence entre professionnels permette des prix plus bas.

Pour le SFCD, il y a visiblement maldonne entre :

■ **l’Europe** (qui souhaite faire circuler les professionnels et supprimer les monopoles qui n’ont pas d’intérêt général) ;

■ **le gouvernement** français (qui souhaite lever les freins des corps intermédiaires pour développer la croissance et apporter des réponses aux déserts médicaux par exemple) ;

■ **les professionnels** (dont les syndicats sont positionnés sur de la défense corporatiste).

Le SFCD note d’ailleurs pour les syndicats de professions libérales, des maladresses de communication (« la sanctuarisation du secteur de la santé permettrait de protéger les professionnels de santé »), et même des ambiguïtés de leurs propositions/acceptations avec des dérives vers l’exercice marchand et sous-traitant :

■ **contrat de mise à disposition de plateaux techniques dans une clinique commerciale** (livret ADF sur l’extension du plateau technique) ;

■ **structure d’exercice pour optimisation,** « dopage » de l’activité, rendue nécessaire par la tension économique, les obligations et normes, les investissements numériques. Ces normes et investissements favorisent les grosses structures et font disparaître les petits cabinets, abîmant ainsi le maillage territorial (est-ce un objectif ou une conséquence ?) ;

■ **ouverture aux investisseurs** financiers et transformation des professionnels libéraux en sous-traitants ;

■ **orientation des formations** proposées par des organismes de formation commerciaux vers des « office manager ».

Quelques jours après, le SFCD participait au colloque « Santé et déontologie » à la faculté de droit d’Assas, à Paris.

Pour ces éminents juristes, le code de déontologie peut être compris et utilisé comme un outil anti-concurrentiel. Or le code de déontologie est une loi de protection du tiers vulnérable : c’est la seule acceptation universelle soignants-soignés, juridique et européenne.

Ils remarquent :

- le vocabulaire des lois européennes, qui pèse de plus en plus sur les codes de déontologie
- l’enjeu considérable des données de santé : préoccupation majeure pour eux
- la nécessité d’une déontologie de la confiance (pas de confiance sans éthique)

Le SFCD a pu exposer toutes ces informations et ses analyses devant la commission des affaires européennes de l’UNAPL, en insistant sur la responsabilité des syndicats de professions libérales :

■ **quant à leurs arguments et leur communication :** seule la protection des patients est un objectif politiquement audible, juridiquement acceptable et éthiquement partagé ;

■ **quant à ce qu’ils initient par leurs propositions :** si les professions elles-mêmes prennent le chemin de la marchandisation, il n’y a plus de raison pour les pouvoirs publics de ne pas légiférer en ce sens ;

■ **quant à ce qui est à affirmer comme intangibles :** la primauté de la relation humaine et de confiance, la proximité territoriale, l’éthique et la déontologie, la responsabilité due à l’indépendance du professionnel, pour défendre la vulnérabilité et la singularité humaine, en conservant le sens de nos métiers.

Le sens de nos métiers, c’est :

■ **un objectif :** service, réponse aux besoins des patients

■ **une conséquence :** structure économiquement viable pour continuer à répondre aux besoins

L’inversion de l’objectif et de la conséquence est clairement néfaste aux patients, et très rapidement aux professionnels.

Le SFCD est convaincu que la dynamique économique est possible dans le respect de la dignité de la personne humaine (professionnel et profane).

Dr Nathalie Ferrand

DROITS DES FEMMES

CONGÉ MATERNITÉ UNIQUE :
LE SFCD REÇU PAR MARIE-PIERRE RIXAIN

Missionnée par le Premier Ministre,
Marie-Pierre RIXAIN a reçu notre
délégation le 13 mars dernier.

Après avoir fait un rappel de l'implication his-
torique du SFCD sur la couverture maternité
des femmes professionnelles libérales, nous
lui avons exposé notre analyse et nos
propositions.

En 1995, nous avions besoin d'indemnités
maternité, la couverture étant quasi inexis-
tante. Ce que nous avons obtenu avec
l'UNAPL, après avoir dissocié le statut des pro-
fessionnelles de celui des conjointes de pro-
fessionnels libéraux, auxquelles nous étions
assimilées.

En 2018, les besoins ont changé : ils sont
davantage sur la préservation de notre
outil de travail, pour mener une gros-
sesse et une reprise d'activité sereine.

Période franche garantie par la loi pour
alléger voire être exonérée de charges
(fiscales, sociales, réglementaires, employeur,
bancaires), aménagement d'un contrat de
remplacement « maternité » respectant les
particularités de cet arrêt provisoire d'exer-
cice, transfert des frais de garde de la 2042
vers la 2035 pour les compter comme charges



professionnelles: Marie-Pierre RIXAIN nous a
écoutés avec attention et intérêt.

Elle a fait preuve d'une remarquable
connaissance du dossier de l'Avantage
Supplémentaire Maternité et du chan-
tage qu'il représente pour les femmes
médecins : contre l'engagement à limi-
ter leurs honoraires, elles bénéficient de
9000 euros supplémentaires pour 3 mois
d'arrêt maternité. Cette inégalité de traite-
ment avec les hommes n'est pas passée
inaperçue pour cette ancienne profes-
sionnelle libérale, présidente de la commis-

sion Droit des Femmes à l'Assemblée Natio-
nale.

Nous avons pu aussi lui présenter la formation
que nous développons pour les chirurgiens-
dentistes et leurs équipes, pour le repérage,
la prise en charge et l'orientation des femmes
victimes de violences dans leur couple.
Comme pour le thème des perturbateurs
endocriniens, pour lequel le SFCD a manifesté
un intérêt précurseur, nous avons convenu de
nous revoir ultérieurement.

Dr Nathalie Delphin



Qui est Marie-Pierre Rixain ?

- Marie-Pierre Rixain est membre de LREM.
- Elle est diplômée de l'Institut d'études politiques de Toulouse (promotion 1999).
- Elle travaille avec le député Jacques Barrot puis devient consultante indépendante sur les réseaux de santé dans le secteur périnatal, le rapprochement entre futurs parents et professionnels de santé et la prévention.
- Elle est élue députée de l'Essonne en 2017 et en juillet 2017, elle est élue présidente de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale, où elle succède à la députée Catherine Coutelle.
- Elle siège à la Commission des Affaires culturelles et de l'Éducation.

STRESS

LE BURN OUT PROFESSIONNEL
CHEZ LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Après les soignants hospitaliers,
les médecins libéraux, voilà le tour des
dentistes de se déclarer touchés par
l'épuisement professionnel (58%)
(cf. enquête parue sur la Lettre de l'ordre
n°166).

Cet épuisement s'accompagne d'une perte
d'accomplissement professionnel (54%) et une
dépersonnalisation des relations avec le patient
(73%), voire des issues suicidaires (14%).
Les classiques mesures d'urgence vont être mises
en place (plateforme téléphonique d'aide).

Mais, l'Ordre conclue fort à propos qu' « il
s'agit non seulement d'apporter des solu-
tions concrètes à ces détresses, mais éga-
lement d'engager une politique pour les
prévenir ».

Les connaître et les prévenir... et pas seulement
les dépister, ou les traiter !

Les connaître, en sachant et en comprenant
qu'elles sont personnelles, propres à chaque
personne.
Les prévenir, c'est agir sur les causes, comme la
perte de sens dans notre métier, quand le
professionnel de soin se retrouve non plus soi-
gnant mais « offreur de soin », « prestataire de
service », « manager ».

Ces causes se multiplient, s'accroissent, se diver-
sifient : c'est le stress d'être jugé notamment sur
Internet comme un hôtel ou un film, de voir ses
patients détournés vers des réseaux de soins et
centres low cost.

Ce sont les heures de travail et les cadences
qui augmentent dangereusement, les relations
avec les services administratifs qui se dégradent
(cités par 66% des praticiens ayant répondu à
l'enquête !).

C'est surtout le manque de visibilité totale sur
notre avenir professionnel, et les négociations
conventionnelles actuelles ne nous rassurent
pas.

C'est aussi le manque de maîtrise.
La maîtrise du détail, du planning, de la prise en
charge : la maîtrise ! Et les candidats au burn out
présentent souvent un profil de maîtrise

Heureusement il y a les formations pour
apprendre à prendre du recul, gérer son stress et
conserver le sourire !

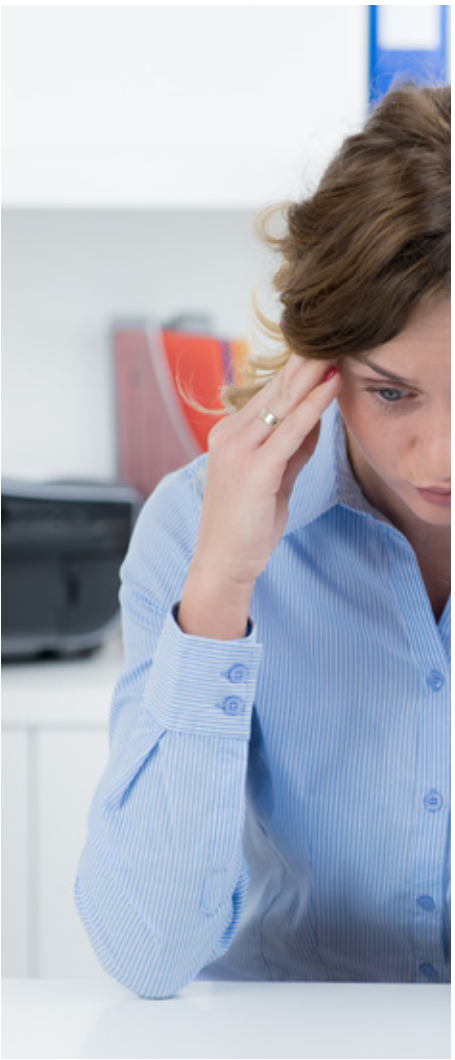
Oui, mais les formations nous aident seulement
(et c'est déjà pas mal !) à prendre un peu de
recul, à faire des choix de vie par rapport à ses
besoins profonds. Elles aident par des leviers qui
sont propres à la personne. Mais n'agissent pas
sur les causes profondes, qui sont collectives, qui
touchent tous les chirurgiens-dentistes.

Et même au-delà de notre profession, tous les
soignants.

Et même au-delà des soignants : 30% des
jeunes avocats abandonnent la robe dans les 10
ans qui suivent leur entrée dans les prétoires !
Les policiers, eux, ont des cliniques spécialisées
pour les retaper après avoir disjoncté.
Et deux agriculteurs par jour se suicident (732 en
2016, chiffre de la MSA).

Ce sont les signes cliniques d'une société qui
va mal. Perte de sens, déshumanisation, accé-
lération du temps, jugement. Les actions indi-
viduelles, de survie, ne seront plus suffisantes.
La bienveillance, quand elle n'est qu'un mot de
communicant se fracassant sur la réalité, est pire
que tout.

Ne laissons pas s'organiser le burn out.
Evitons l'apparition de la maladie et apprenons à
reconnaître les signes.



Engageons-nous
collectivement pour dire
notre besoin
de relations humaines,
de considération, d'amour,
de temps de vivre.

Par exemple avec le SFCD !

Dr Nathalie Ferrand

SAVOIR

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

« NE RÉPARER RIEN QUE LE DOMMAGE »,

CET EXTRAIT DES RECOMMANDATIONS FAITES PAR LE DR GUY COLLET, PRÉSIDENT DE L’AFIO, PARU DANS LE MAGAZINE CONVERGENCES D’OCTOBRE 2017, NOUS A FORTEMENT INTERPELÉ.

Ou quand le soupçon pèse sur la victime pour la rendre coupable.

La violence faite aux femmes renvoie au côté le plus sombre de l’humain, son désir de posséder un autre être humain, d’en faire sa chose, selon son bon vouloir. Cette forme de violence est difficilement appréhendable pour quelqu’un qui n’a jamais eu à subir ce « genre de chose » pourrait-on dire de façon très « pudique ».

A l’heure de l’égalité des droits entre les femmes et les hommes proclamée par la loi et mieux encore du dernier projet de loi contre les violences sexuelles et sexistes, la violence faite aux femmes, dans notre société civilisée, policée, moderne apparait comme circonscrite, gérée et prise en charge. Pour beaucoup, cette violence, bien heureusement, reste lointaine, inimaginable et même parfois inconcevable. Pour 1 femme sur 10, elle est quotidienne. Après avoir écouté les interventions du Juge Durand ou du Docteur Salmona, à moins d’être parfaitement obtu, l’auditeur néophyte est enfin en mesure de COMPRENDRE. Il n’a pas besoin d’avoir vécu dans sa chair et dans son âme cette violence pour en comprendre les mécanismes et les conséquences.

En cela, la formation organisée par la MIPROF fait preuve d’un activisme certain. Il aura fallu toute la fougue et l’engagement d’Ernestine Ronai pour arriver à mettre sur pieds cette première approche des violences faites aux femmes pour les chirurgiens-dentistes. Ces professionnels de santé en première ligne pour détecter, prendre en charge, orienter et parfois procéder à la réhabilitation orale

des femmes victimes doivent être formés à cette thématique afin de ne pas continuer, eux aussi, à entretenir le soupçon ... sur la victime ! Cette formation a été rendue obligatoire par la loi du 4 aout 2014. Dit-elle la vérité en désignant elle-même les lésions ? Ne cherche-t-elle pas à se refaire faire la bouche aux frais de la collectivité ou de son agresseur ? N’aurait-elle pas pu prendre mieux soin de sa bouche, son hygiène laissant visiblement à désirer ? Vu la médiocre qualité de ses bridges, est-il étonnant qu’ils n’aient pas résisté aux coups ? Vu leur état antérieur, est-il étonnant que ces dents se soient fracturées, d’ailleurs celles qui sont exemptes de composites sont bien restées en place ?!

Répondre à ces questions est la mission du juge. Pour y répondre, il s’appuiera, bien sûr, sur le rapport de l’expert¹ odontologique, qui lui-même s’appuiera sur le CMI rédigé par le chirurgien-dentiste. Mais il s’appuiera aussi et surtout sur un dossier d’instruction complet. Ensuite, pour permettre au juge de trancher, la doctrine² met à sa disposition plusieurs théories pour rechercher la causalité : théorie de l’équivalence des conditions³, théorie de la causalité adéquate⁴. Il pourra utiliser l’une ou l’autre, en vertu de sa souveraineté, en fonction du but qu’il veut atteindre. Retenir une vision large ou restrictive du lien de causalité est de son pouvoir. Ce pouvoir n’appartient qu’à lui seul, car lui seul a tous les éléments en main pour pouvoir trancher. La mission de l’expert odontologique consiste à recenser toutes les causes du dommage dentaire, à partir du dossier médical dentaire, parfois de l’examen de la victime et bien sûr du



CMI rédigé par le chirurgien-dentiste. D’où peut bien sortir la notion « d’exclusive à l’agression »⁵ que devrait rechercher l’expert pour « permettre une réparation du dommage, rien que du dommage »⁶ ??? Pas de l’article 1240 du code civil en tout cas. Ni de la doctrine ni de la jurisprudence⁷. De l’ordre de mission défini par le juge ? Parfois, il est vrai ! Et dans ce cas précis, le juge ne participe-t-il pas également au consensus faisant peser des soupçons de culpabilité sur la femme victime de violences ? Mais en tout état de cause, l’expert est et reste un expert et n’est pas un juge.

En matière de rédaction d’un CMI, la mission du chirurgien-dentiste est simple. Ecouter avec bienveillance, recueillir et consigner les propos avec la distanciation nécessaire, examiner avec précaution et répertorier rigoureusement l’ensemble des éléments permettant réparation et « retour à l’ordre social ».

Tout cela, le chirurgien-dentiste sait le faire, avec plus ou moins d’aisance et d’expérience. Par contre ne pas participer aux soupçons qui ne manqueront pas de s’abattre sur la victime transformée en coupable, c’est ici que cela devient difficile s’il ne CONNAIT pas et ne COM-

Recommandations aux praticiens GUY COLLET Président de l’AFIO, Convergences octobre 2017

« En première partie du parcours de réhabilitation orale d’une femme victime de violences se situe la visite chez un chirurgien-dentiste.

Celui-ci rédige un certificat médical initial (CMI) précisant les lésions souvent désignées par la victime. S’il s’agit du praticien traitant, une charge émotionnelle à effet souvent négatif se surajoute à cet examen. Plus tardivement, quelques fois même un ou deux ans plus tard, l’expert odontologique a la lourde tâche de « trancher » sur les séquelles imputables de manière directe, certaine et exclusive à l’agression. Passant au-delà de cette charge émotionnelle, l’expert, souvent considéré comme impitoyable, doit rédiger un rapport en se basant sur le CMI, mais pas seulement : l’état bucco-dentaire avant l’agression doit être recherché afin de déterminer si les dents incriminées avaient fait l’objet de soins dont la qualité ou l’ancienneté auraient pu favoriser les séquelles actuelles.

C’est pourquoi nous recommandons aux praticiens :

- 1) de consigner scrupuleusement sur le CMI les lésions observées,
- 2) d’informer la victime sur les possibilités de dédommagement par le tiers responsable via son assurance ou une démarche judiciaire,
- 3) de constituer et de remettre à la victime son entier dossier dentaire,
- 4) si besoin est, de réparer la victime avec des dispositifs prothétiques transitoires lui permettant de retrouver une fonction de mastication correcte et un aspect esthétique décent.

L’Association française d’identification odontologique s’est engagée dans cette campagne pour la défense des femmes victimes de violences dans le souci de leur permettre une réparation du dommage, mais rien que du dommage, en référence à l’article 1382 du code civil. »

PREND pas les mécanismes et les conséquences des violences faites aux femmes.

« Chercher la « culpabilité » ou même la « responsabilité » de la victime d’un acte de violence n’éclaire pas la scène, ne dévoile pas la «vérité», au contraire cette démarche crée une « embrouille » supplémentaire au service du « système agresseur »⁸.

Participer à la lutte contre les violences faites aux femmes et jouer pleinement son rôle de soignant, c’est peut être justement se donner les moyens de connaître et comprendre ce « véritable fléau sociétal qui touche potentiellement une femme sur dix entrant dans notre cabinet »⁹. C’est se donner les moyens pour arrêter de

soupçonner les femmes d’être coupables de ce qui leur arrive et enfin, se donner les moyens de cesser d’être coresponsable des abus de pouvoirs sous toutes les formes qu’elles subissent.

Sylvie Ratier & Dr Marion Lagunes

SOURCES
1/ Selon la compagnie des experts de justice près la Cour d’Appel de Colmar : dans le cas où un juge de la mise en état, un tribunal ou une cour, s’estiment insuffisamment informés, ils décident d’ordonner une expertise en définissant une MISSION qui ne peut porter que sur des questions techniques. Il ne peut pas trancher des questions d’ordre juridique.
L’expert entend les parties, recueille leurs observations, dits et explications, procède aux constatations, décrit les éléments du litige, les analyse, évalue le coût de ses préconisations et donne un avis, formulant ses conclusions sur ses recherches techniques.
2/ Ensemble des travaux ayant pour objet d’exposer ou d’interpréter le droit et qui constituent l’une des sources des sciences juridiques.
Selon la théorie de l’équivalence des conditions, tous les faits qui ont concouru à la production du dommage doivent être retenus, de manière équivalente, comme les causes juridiques dudit dommage, sans qu’il y ait lieu de les distinguer, ni de les hiérarchiser.
3/ Selon la théorie de la causalité adéquate, tous les faits qui ont concouru à la production du dommage ne sont pas des causes juridiques, dans la mesure où chacun possède un degré d’implication différent dans la survenance du dommage Tous ne sont pas placés sur un pied d’égalité.
4/ Guy Collet, chirurgien-dentiste, expert odontologique, pré-

« Un acte de violence est commis. La suite devrait être simple : voici les faits, voilà l’auteur, voilà la victime.

La Police puis la Justice devraient pouvoir remplir leurs missions et permettre l’apaisement attendu de tous. Le retour à l’ordre social devrait suivre grâce au jugement qui dira : untel(untelle) est responsable de tel acte sur untel(untelle). Untel(untelle) est blessé(e), traumatisé(e), décédé(e) du fait des actes commis par untel(untelle). Nous le savons trop bien, ce n’est jamais aussi simple. Dès que l’acte de violence est connu, naît le soupçon... sur la victime.

Ce soupçon bénéficie d’un surprenant consensus : la victime elle-même, l’auteur, nombreux policiers, magistrats, personnes de l’entourage, la supposent coupable »

Extrait de : Causalité circulaire et coresponsabilité Pour une autre approche des violences ; par Sokhna Fall, vice-présidente de l’association Mémoire traumatique et victimologie.

L’article 1240 du Code civil (article 1382 jusqu’à la réforme du droit des obligations entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2016) pose le principe de la responsabilité du fait personnel.
« Tout fait quelconque de l’homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer » : en d’autres termes, lorsque la faute d’une personne cause un préjudice à un tiers, le responsable doit indemniser la victime.

sident de l’AFIO, Convergences, page 17, octobre 2017.
5/ Idem note 3
6/ Ensemble des arrêts et des jugements qu’ont rendu les Cours et les Tribunaux pour la solution d’une situation juridique donnée.
7/ Sokhna Fall, vice-présidente de l’association Mémoire traumatique et victimologie : Causalité circulaire et coresponsabilité.
8/ Nathalie Ferrand, chirurgien-dentiste, Convergences, page 18, octobre 2017

COMPRENDRE

LA RETRAITE

Le système de retraite français, tel qu'il existe aujourd'hui, s'est mis en place progressivement.

Le régime de base :
Le régime général a été créé en 1945 pour l'ensemble des salariés du privé. D'autres régimes se sont mis en place pour répondre aux spécificités des différentes catégories professionnelles. Ainsi la CNAV-PL (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales) est créée en 1948 et regroupe 10 caisses de retraite des professions libérales. Aujourd'hui, tous ces régimes (ils sont 35) ont tendance à se rapprocher, réforme après réforme, mais demeurent distincts. Les projets des derniers gouvernements visent à un rapprochement pour une concentration en un seul régime !

Le régime complémentaire :
A partir de 1947, pour pallier l'insuffisance des pensions servies du régime général, des régimes complémentaires se mettent en place pour certaines catégories professionnelles. En 1950, le régime de base pour les chirurgiens-dentistes libéraux se complète donc par le régime complémentaire. Au sein de la CNAVPL, dix sections (médecins, dentistes...) gèrent leur régime complémentaire. C'est la CARCD pour les chirurgiens-dentistes libéraux devenue CARCDSF suite au rapprochement avec la caisse des sages-femmes. En 1972, le régime complémentaire des salariés du régime général, géré par l'Arrco et l'Agirc, devient obligatoire. Progressivement, tous les régimes complémentaires deviennent obligatoires.

Le PCV (Prestations Complémentaires de Vieillesse) : une particularité pour les professionnels de santé libéraux conventionnés.

Le régime vieillesse des Chirurgiens-Dentistes, créé en 1960 est devenu en 2007, le régime Prestations Complémentaires de Vieillesse (PCV). Les chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés ont donc un troisième régime de retraite, dont l'adhésion qui leur est réservée, est obligatoire. La cotisation est versée pour partie par les professionnels et pour l'autre par la caisse nationale de l'assurance maladie Sécurité Sociale en contre partie de la signature de la convention nationale.

La Prévoyance :
En 1962, La CARCD, qui gère la protection sociale des professionnels chirurgiens-dentistes libéraux, pour pallier une carence dans la prévoyance, crée le régime invalidité-décès, destiné à permettre une couverture des praticiens et de leurs proches.

La Capitalisation :
Aux retraites de base et complémentaires peuvent s'ajouter des formes d'épargne retraite collective ou individuelle. Issue d'une épargne personnelle, elle fonctionne comme une épargne individuelle, facultative. Dans un système par capitalisation, chaque assuré (et le cas échéant son employeur) verse des cotisations qui lui restent acquises, et qui lui seront reversées au moment du départ en retraite sous forme de rente ou de capital. Les cotisations versées sont investies en placements financiers qui seront liquidés au moment du départ. C'est par exemple certaines formes d'épargne retraite réglementées comme le plan d'épargne-retraite populaire (PERP) et le plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO). Dans un tel système, les sommes versées au retraité dépendent des versements effectués durant sa vie active et de la performance des placements choisis.

UNE GRANDE DIVERSITÉ DE RÉGIMES DE RETRAITE :

Au total, la France a hérité de son histoire de 35 caisses de retraite régimes de base et régimes complémentaires confondus.
Les Français cotisent en moyenne à 2,3 caisses différentes au cours de leur existence. D'abord parce qu'ils sont le plus souvent affiliés à au moins deux caisses simultanément (pour leur régime de base et pour leur régime complémentaire), ensuite parce qu'ils changent de profession, de statut professionnel au cours de leur carrière.

■ Le régime général couvre la majorité des actifs ; 9 Français sur 10 y cotisent au cours de leur parcours professionnel.
Dans ce régime général, le régime de base est géré par la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) ; Le régime complémentaire est géré par l'Arrco (tous les salariés) et l'Agirc (cadres uniquement) et pour les salariés non-titulaires du public par l'Ircantec (Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques). Le statut des salariés agricoles est désormais aligné, pour ce qui est de la retraite, sur les salariés du régime général. La seule différence est que la caisse du régime de base n'est pas la CNAV, mais la MSA (Mutualité sociale agricole).

■ Les régimes de la fonction publique (17% des cotisants) couvrent l'ensemble des agents de l'Etat, des collectivités locales et des hôpitaux. Ils comportent désormais, depuis 2005, un régime complémentaire, la Retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP).

■ Les régimes des non-salariés (10% des cotisants) sont gérés par des caisses qui assurent à la fois le régime de base et le régime complémentaire. Il s'agit du RSI

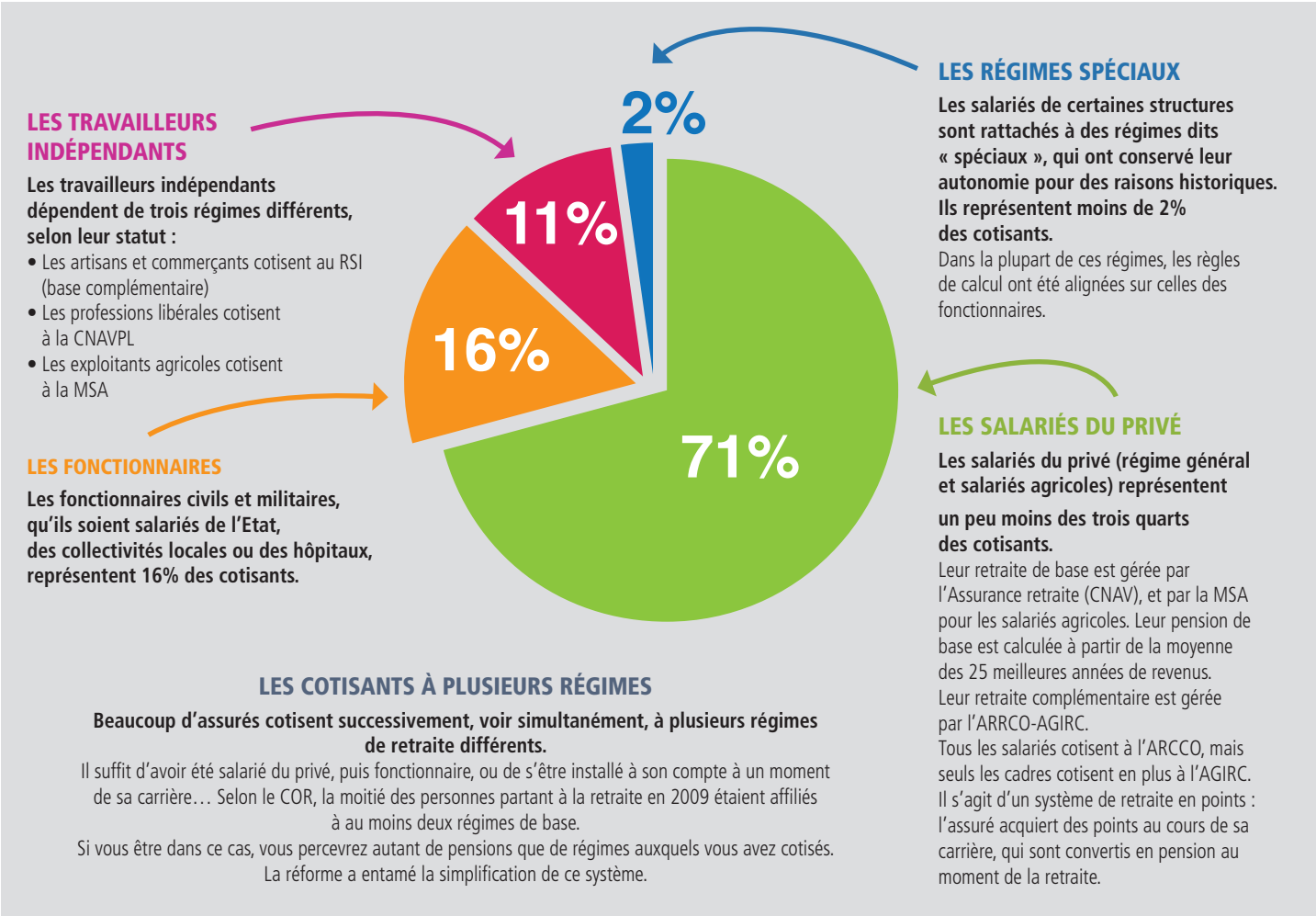
(Régime social des indépendants) pour les artisans, commerçants et industriels et de la CNAV-VPL (Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales) pour les professions libérales.

■ Les régimes spéciaux (2% des cotisants) réunissent les caisses autonomes de diverses professions et entreprises publiques (RATP, SNCF, CNIEG, marins, mineurs, Opéra de Paris ...).

Les régimes obligatoires (de base et complémentaires) fonctionnent par répartition intergénérationnelle et solidaire : les cotisations versées aujourd'hui servent à payer immédiatement les retraites d'aujourd'hui tout en ouvrant aux actifs des droits pour leur future retraite. Le système est donc fondé sur une solidarité entre les générations. C'est un système où chaque retraité reçoit une pension qui est proportionnelle au montant des cotisations qu'il a versées au cours de sa carrière.

Les cotisations sont proportionnelles au revenu. Les pensions, en conséquence, le sont aussi. Mais notre système est aussi solidaire : il permet d'ouvrir des droits pour la retraite même quand on n'a pas ou très peu cotisé, avec des mécanismes de solidarité visant à corriger les inégalités face à la retraite, par suite de maladie, arrêt de travail... ou toute autre raison.

Drs Marie Brasset et Nathalie Richard



LE FFCD EST
DATADOCKÉ !



La loi du 5 mars 2014 confie à tous les financeurs de la formation professionnelle la responsabilité du suivi et du contrôle de la qualité des organismes de formation avec lesquels ils travaillent, pour améliorer la transparence de l'offre de formation et favoriser une montée en charge progressive de la qualité des actions de formation.

Son décret d'application du 30 juin 2015 définit 6 critères et 21 indicateurs qui permettent de juger de la qualité des prestations proposées.

DataDock permet aux organismes de formation d'être datadockés c'est-à-dire déclarés référençables par les financeurs de la formation professionnelle continue.

Ce sont aux financeurs de prendre ensuite la décision d'inscrire les organismes de formation sur leurs catalogues.

Depuis le début de l'année, Actalians ne rembourse plus les formations proposées par un organisme non datadocké. Ce sera pareil dès le mois de juillet pour le FIF-PL.



Présidente : Nathalie FERRAND
Trésorière : Pascale VIDEAU-VIGUIÉ
Secrétaire générale : Alice DELMON

-> Notre permanence téléphonique :
05.81.02.41.93

(le lundi matin et le jeudi matin, de 9h00 à 13h00)

-> Notre adresse mail :
ffcd.secretariat@gmail.com

FORMATIONS

Formations pour :

CHIRURGIENS-DENTISTES, ASSISTANTS DENTAIRE,
SECRÉTAIRES, TOUTE L'ÉQUIPE D'UN CABINET DENTAIRE

Écoute personnalisée • Ateliers de groupes • Cas cliniques • Suivis de formation
Nombre limité de participants.

CALENDRIER DES FORMATIONS FFCD 2018

DATES	THÈMES	LIEU
1 et 2 juin	L'approche naturopathique en dentaire	Toulouse
7 juin	Les TMS	Bordeaux
12 juin	La radioprotection des patients	Rennes
14 juin	Qu'appelle-t-on perturbateurs endocriniens ?	La Rochelle
6 septembre	Accueil et prise en charge au cabinet dentaire des femmes victimes de violences	Lens
10 septembre	Accueil et prise en charge au cabinet dentaire des femmes victimes de violences	Toulouse
13 septembre	Praticien/Patient : Retour à l'équilibre	La Rochelle
28 septembre	Praticien/Patient : Retour à l'équilibre	Toulouse
11 octobre	L'aromathérapie en odontologie	Bordeaux
18 octobre	Accueil et prise en charge au cabinet dentaire des femmes victimes de violences	Bordeaux
26 et 27 octobre	L'approche naturopathique en dentaire	Strasbourg
8 novembre	L'aromathérapie en odontologie	Rennes
6 décembre	La radioprotection des patients	Orléans
13 décembre	L'aromathérapie en odontologie	Toulouse

■ Tarifs des formations : selon le thème entre 260 € et 290 € par journée.

■ Nos formations sont susceptibles d'être prises en charge par le FIF-PL pour les praticiens (nes) ou par Actalians pour les assistants (tes) dans la limite du budget disponible.

Le déjeuner est compris dans le prix de la formation.

Muriel Gayraud

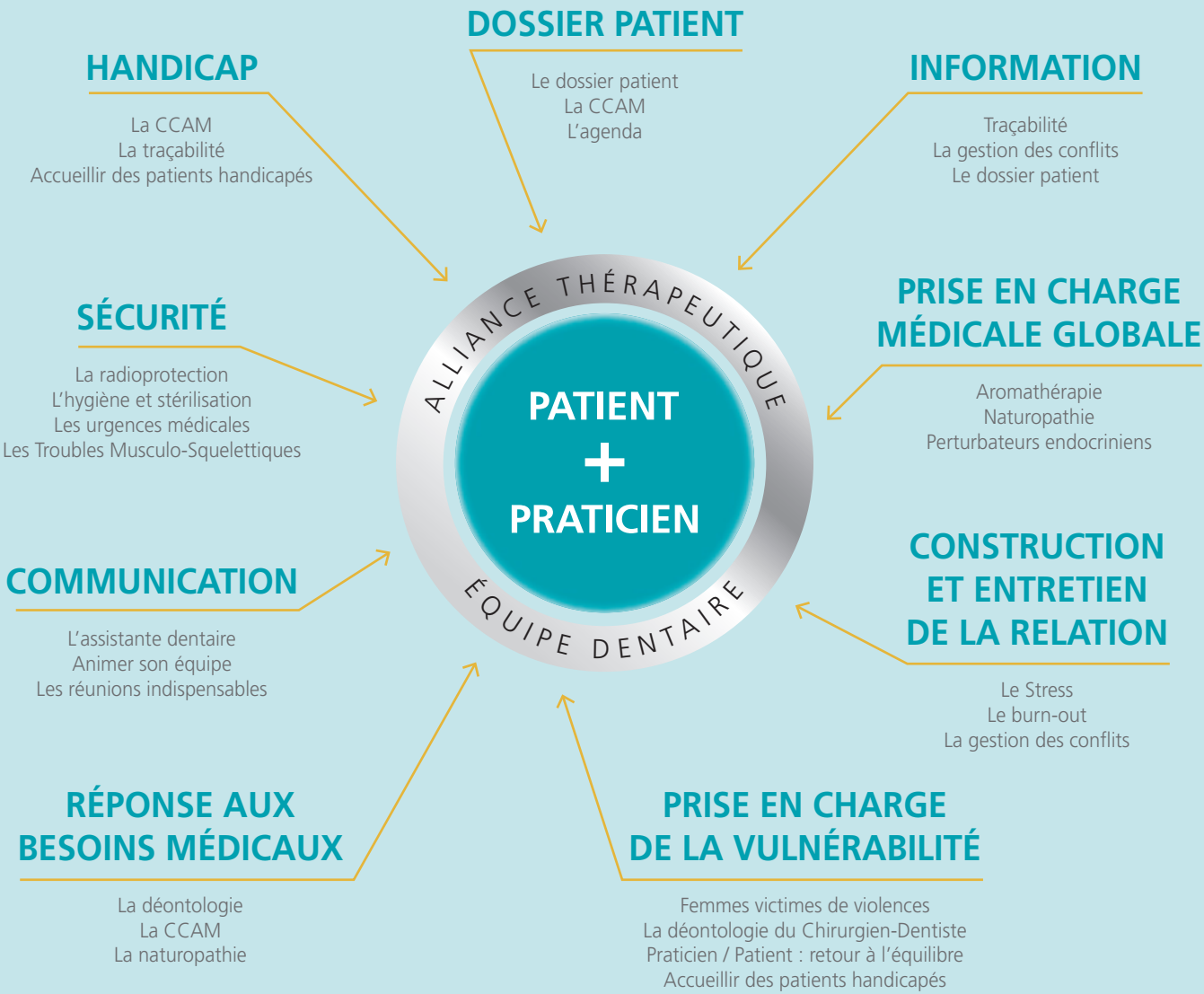
Retrouvez toutes nos formations
en région sur notre site **sfcd.fr**



RELATION

LA RELATION PATIENT / PRATICIEN
AU CŒUR DE NOS FORMATIONS

POUR UNE PRISE EN CHARGE SEREINE AU SEIN DU CABINET DENTAIRE



ÉLECTIONS CARCDSF : **VOTEZ SFCD !**

Vous êtes appelés à élire vos représentants au Conseil d'Administration de la CARCDSF

(Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes et des Sages-Femmes)

Vous partagez nos valeurs d'équité, de justice et solidarité,
vous faites confiance à notre sens des responsabilités et à notre probité

alors jusqu'au 15 juin, un geste simple : votez SFCD !

**Cette année le SFCD présente 10 candidatures, un binôme par collège votant
et deux dans le collège n°4 :**

COLLÈGE 3

- Titulaire : **Linda Martin** (département 22)
- Suppléant : **Nathalie Gastard-Gauvin** (département 35)

COLLÈGE 1

- Titulaire : **Claire Dupayage** (département 62)
- Suppléant : **Brigitte Tarissi** (département 62)

COLLÈGE 4

- Titulaire : **Catherine Boule** (département 33)
- Suppléant : **Claire Mestre** (département 31)
- Titulaire : **Nathalie Richard** (département 11)
- Suppléant : **Marianne Franchi** (département 17)

COLLÈGE 5

- Titulaire : **Alice Delmon** (département 26)
- Suppléant : **Jean-David Lavoine** (département 26)

Regions on map: BRETAGNE, NORMANDIE, HAUTS-DE-FRANCE, ÎLE-DE-FRANCE, PAYS-DE-LA-LOIRE, DROM, NOUVELLE-AQUITAINE, AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, OCCITANIE, PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR, CORSE.

*Chaque voix est utile, votez et faites voter
autour de vous pour nos candidats !*