

**ifcd**  
infos

INFOS  
FEMMES  
CHIRURGIENS  
DENTISTES

N°26 • Novembre 2008

REVUE DU SYNDICAT  
DES FEMMES  
CHIRURGIENS DENTISTES

# Dossier

## Le Patient au cabinet dentaire

**Actualités**  
Hôpital, patients,  
santé, territoires

**Zoom**  
Nomenclature

## Rentrée 2008



Cette rentrée de septembre 2008 a été marquée par la réflexion de la profession autour du projet gouvernemental « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ».

Le SFCD s'est rendu aux Assises de Santé Dentaire organisées par l'UJCD à Paris, et aux Universités d'été de la CNSD aux Issambres où les inquiétudes des uns et les espoirs des autres ont pu ressortir. Politiques, responsables syndicaux, caisses, complémentaires se sont rencontrés et ont mis à plat les difficultés de notre secteur.

De la part du gouvernement, le message est bien clair : la Santé Dentaire est au cœur de la Santé ; notre profession est bien une profession médicale à part entière. Nous sommes donc directement concernés par ce projet de réforme.

La répartition et l'offre de soins, la prévention et la politique de santé publique font partie des axes de cette réforme qui s'organisera au niveau régional par la création d'Agences Régionales de santé : les ARS. Comment seront intégrés les Chirurgiens-dentistes dans ce schéma et quelle sera leur représentativité ?

A noter que le secteur dentaire est un modèle révélateur ; concernant la précarité : le manque de soins dentaires en est le témoin (avec les maladies de peau et maladies respiratoires). Concernant la prévention dont les effets sont très sensibles dans notre domaine : c'est une évidence sur laquelle tout le monde s'accorde ! Le SFCD s'engage à travailler sur ce sujet où le manque d'opérativité des structures ralentit les effets attendus.

Le chirurgien-dentiste, dans un système conventionnel où la problématique tarifaire demeure, doit faire face aux échéances d'une réglementation sans cesse innovante et au spectre de la mondialisation où le nomadisme peut concerner les praticiens mais aussi les patients. Dans ce contexte, le SFCD s'efforce toujours de vous apporter de l'information (le livret Traçabilité en est le dernier exemple) et rappelle aussi que le patient doit se sentir acteur de sa santé et comprendre son engagement responsable, essentiel pour que l'aspect humain reste au cœur de notre métier de santé.



**Directrice de la publication :**  
Béatrice Gadrey

**Rédactrice en Chef :**  
Karine Guitard

**Ont participé :**  
Marie-José Aussonne  
Julie Bacqué  
Manon Bestaux  
Marie Brasset  
Catherine Fléchel  
Béatrice Gadrey  
Myriam Garnier  
Karine Guitard  
Patricia Huebert  
Philippe Jean  
Isabelle Marceau Mary  
Carole Petit  
Evelyne Peyrouy  
Hélène Pic  
Benjamin Ramond  
Sylvie Ratier  
Karin Van Garderen  
Pascale Videau Viguié  
Sophie Visse

**Publicité :**  
Sabrina LEPESQUEUR  
01 55 33 51 44  
sabrina@odyssey.fr

**SFCD**  
119, impasse roquemaurel  
Bt C n°143 - 31300 TOULOUSE  
**Tél : 05 34 36 40 44**  
**Fax : 05 34 36 40 43**  
**E mail : sfcd@sfcd.fr**  
**Site Internet : sfcd.fr**

**Conception réalisation :**  
marion@creartevents.ch  
Imprimé en France

Crédits photos : Diego Cervo, Andres Rodriguez, Mitch Chanet, Shocky, Yuri Arcurs, Melany Dieterle, Artmann Witte, Starush, Shocky, Pathathai Chungyam, János Gehring, Melany Dieterle, Pavel Siamionov, philippe Devanne, DM Ikitenko, JM Poujet, Beboy, Yuri Shirokov, Dusko, Vadim Kozlovsky, Pressmaster, Jeff Lapiéd, Penelope Berger, MS Mooser.

## 3 Edito

## 7 Evènement

- « Patients, santé et territoires » : Avant projet de loi
- Les rapports parlementaires 2008
- Conseillère du Conseil National de l'Ordre et Présidente de la commission Démographie : Myriam Garnier



## 13 Actualités professionnelles

- Groupe de travail de l'ADF sur le thème des : Assistantes Dentaires
- Congrès ADF 2008
- Lancement du site [www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)
- Stockholm : Congrès annuel de la FDI



## 17 Actualités syndicales

- Le SFCD et vous ...
- Soutenir
- Fédérer
- Construire
- Défendre
- Bulletin d'adhésion



## 25 Dossier

### **Le patient au cabinet dentaire**

- Femmes enceintes et radioprotection
- Enfants non-coopérants : Utilisation du MEOPA
- Personnes âgées dépendantes : Prise en charge au cabinet, au domicile
- Domident 31
- Handident Nord - [www.handident.com](http://www.handident.com)
- Personnes handicapées, normes d'accessibilité

## 33 Le chirurgien dentiste employeur

- Remplir les obligations d'employeur ... Quelques points à vérifier

## 37 Zoom

- Le point sur la nomenclature
- L'association : une cause commune

## 43 Expérience

- L'esprit... guide la main...

## 45 Billets d'humeur

- Coup de gueule... Sur l'informatique !
- Environnement de la traçabilité /traçabilité environnementale

## 47 Informations générales

- Entrepreneur individuel : La déclaration d'insaisissabilité des biens
- L'équation dentiste et informatique
- Prise en charge de la formation des Chirurgiens Dentistes FIF PL - Critères 2008
- Prise en charge de la formation de leurs salariés FAF PL / OPCA PL
- Découvrez et commandez nos livrets
- La Bourse ou la vie ?

## « Patients, santé et territoires »

### Avant projet de loi

**« Décideurs publics, acteurs du monde de la santé, simples citoyens, nous sommes tous pris au leurre du même effet d'optique lorsque nous attribuons nos gains de qualité et d'espérance de vie aux progrès de la médecine curative » disait Roselyne Bachelot-Narquin en avril 2008 aux Journées de la Prévention.**

Les missions de Santé Publique sont dévolues aux professionnels de santé de premier secours qui doivent être les relais de la prévention pour faire face aux problèmes de santé qui, en l'absence de politique de prévention novatrice, vont s'accroître dans les prochaines années.

« Le système de soins français souffre, sinon d'une hypertrophie du curatif et des soins, du moins d'une insuffisance de prévention ».

Il est indispensable de préserver le capital santé des jeunes et faire de la prévention une priorité.

**Art.1 :** interdiction de vendre de l'alcool aux mineurs, réduire l'offre d'alcool.

Les addictions sont la première cause de mortalité évitable.

Alcool et tabac sont responsables de plus de 100 000 morts par an.

**Art.2 :** interdiction des cigarettes bonbons. Ces cigarettes contiennent plus de goudron et de nicotine que les cigarettes normales, et leurs arômes de vanille et chocolat cachent l'âpreté des premières cigarettes, favorisent la consommation et donc la dépendance.

**Art.3 :** interdiction de la vente d'alcool au forfait dans les stations services, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et de la vente d'alcool à domicile.

L'infraction à la vente d'alcool est passible d'une amende de 5<sup>ème</sup> classe, mais dans les stations services elle est passible d'une amende délictuelle de 3750 €.

Les propriétaires des débits de boissons doivent être éduqués, encadrés et contrôlés.

**Art.4 :** réforme du dépistage en milieu scolaire, consultation obligatoire pour les 6 et 12 ans.

La population ciblée concerne 700 000 enfants de 6 ans, 680 000 enfants de 9 ans, 780 000 enfants de 12 ans et 590 000 enfants de 15 ans, soit environ 2,8 millions d'enfants.

La santé des femmes : renforcer le droit des femmes à contrôler leur fécondité.

**Art.5 :** améliorer les conditions d'accès à la

contraception, éduquer les femmes sur les produits cancérigènes.

Les infirmiers et infirmières pourront renouveler les prescriptions de moins d'un an, de contraceptifs oraux, pour un maximum de 6 mois.

**Art.6 :** éducation thérapeutique du patient et de sa famille concernant les maladies chroniques pour améliorer leur qualité de vie et réduire le nombre des hospitalisations par des conseils hygiéno-diététiques.

**Art.7 :** cancers liés au radon et à l'amiante. Décès liés au radon : de 1200 à 2900 par an. L'amiante est présente dans les matériaux de construction et de décoration, il faut les surveiller et faire des diagnostics.

**Art.8 :** création d'un établissement public autonome pour un accès de tous à des soins de qualité.

La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies et affections courantes seront pris en charge par le médecin traitant.

Il faut sensibiliser les médecins à l'économie de santé.

**Art.9 :** définition de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de santé de la population.

**Art.10 :** formation médicale initiale, mise en place d'un post-internat et mise à jour du contenu des formations médicales.

**Art.11 :** organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoires.

**Art.12 :** principe général de coopération entre les professionnels médicaux et paramédicaux.

**Art.13 :** définitions des missions et des modalités de création des centres de santé et du fonctionnement des maisons de santé.

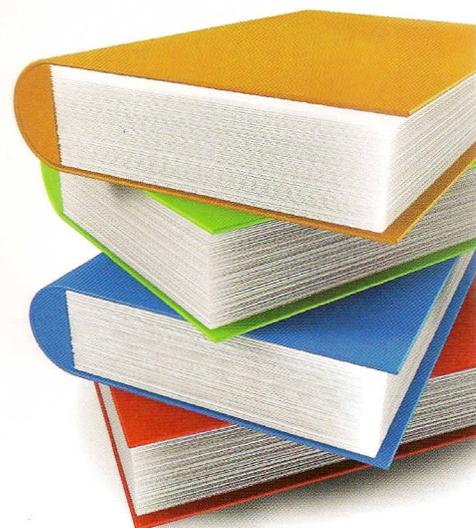
**Art.14 :** encadrement de l'activité de télémédecine.

C'est une pratique de médecine à distance qui se développe lentement mais qui est appelée à optimiser le système de santé.

**Art.15 :** limitation des refus de soins par les médecins et chirurgiens-dentistes, surtout vis-à-vis des patients CMU.

Pénalités financières importantes et suppression de la participation des caisses aux cotisations sociales des praticiens refusant des soins.

**Art.16 :** la formation continue et son évaluation. La formation continue est un droit et un devoir.



**Titre III :** modernisation des établissements de santé.

L'hôpital emploie près d'un million de professionnels : 270 000 infirmiers (es) et 100 000 médecins et internes. Ces professionnels ont une mission de service public et sont responsables de la qualité et de la sécurité des soins.

Leur rémunération comporte une part fixe et une part variable en fonction du degré de réalisation des objectifs définis chaque année. La commission Schwartz vise à ouvrir plus largement l'accès à la recherche et à l'enseignement aux praticiens hospitaliers non universitaires.

Les médecins comme les chirurgiens dentistes doivent participer à des épreuves anonymes de vérification des connaissances organisées par la profession et à la vérification de leur maîtrise du français, avant d'être engagés pour 3ans.

**Art.28 :** certification des comptes des établissements publics de santé.

Il faut s'assurer de la fiabilité de la comptabilité et des résultats pluriannuels élaborés sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population puis les soumettre au contrôle de la Cour des Comptes.

Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels, élabore sur la base d'une évaluation, les besoins de santé des populations, surtout des plus vulnérables (handicapés, personnes en perte d'autonomie) de la région.

Les professionnels devront améliorer leurs pratiques, se former et s'informer, participer aux actions de dépistage et de prévention, ainsi qu'à la continuité et à la bonne coordination des soins.

Si le projet de loi est accepté, toutes ces améliorations des pratiques de soins seront obligatoires, inspectées et contrôlées, le refus de participation des professionnels sera sanctionné.

# Les rapports parlementaires 2008

**En 2008, de nombreux rapports parlementaires intéressants notre profession ont été produits. Ils l'influencent directement et modèlent son évolution. Nous vous livrons ici les synthèses des principaux, élaborés par nos membres cadres.**

## Rapport Bach

**Secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences**

### **Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme : L1 SANTE**

La difficulté du concours commun organisé à la fin de la première année d'étude des trois filières santé (médecine, odontologie, maïeutique) se solde par l'échec d'un grand nombre de candidats. La pharmacie a également fait partie de ce groupe de réflexions, le concours à l'issue de la première année présentant la même problématique.

### **Observations**

En comparaison avec le nombre d'étudiants inscrits en première année, seule une minorité franchit l'obstacle du concours ouvrant l'entrée à la deuxième année ; de plus une fraction très élevée d'étudiants reçus a redoublé cette première année. Pour la majorité, la perte de deux années n'est pas justifiée.

Il est important de connaître le devenir des étudiants non reçus aux concours, qu'il s'agisse des reçus collés (moyenne sur l'ensemble des épreuves mais en raison du numerus clausus, non admis) ou des étudiants qui n'ont pas la moyenne.

La quasi totalité des étudiants ayant réussi leur première année sont titulaires d'un Bac S, alors que les professions de santé pourraient bénéficier de la présence d'étudiants d'autres origines.

### **Objectifs des réformes à opérer :**

- réorienter rapidement les étudiants les moins adaptés au L1 Santé afin de réduire le pourcentage de redoublants,
- rapprocher les quatre filières, médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie,
- améliorer la pédagogie : encadrement des étudiants (tutorat), amélioration du contenu des programmes,
- créer les conditions d'une équité financière,
- offrir de nouvelles passerelles entrantes et sortantes.

### **Propositions de réformes**

**1. Réorientation rapide des étudiants** les moins adaptés et réduction progressive du nombre d'étudiants inscrits en L1 Santé : information dans les lycées, dans les facultés avant l'entrée en première année.

Réorientation au terme du premier semestre (S1) envisagée dès le mois de janvier si note inférieure à 7/20 ou possibilité d'une deuxième chance après remise à niveau de 18 mois dans une filière scientifique ; orientation facilitée si double inscription initiale.

Réorientation des étudiants sous la barre d'admission au concours en fin de S2 : possibilité d'un rattrapage de 12 mois dans une filière scientifique (si note inférieure à 7/20).

Bonus aux meilleurs primants sous la barre d'admission au concours : proposition d'acceptation directe en L2 Santé

**2. Création d'un L1 Santé commun aux quatre filières de Santé.**

Les étudiants de médecine, d'odontologie et les étudiants sages-femmes restent attachés à une première année commune. Les étudiants en pharmacie souhaitent les rejoindre. L'existence d'enseignements spécifiques serait complétée par l'utilisation de coefficients différents pour chacune des disciplines dans les quatre concours, tout en gardant le même type d'épreuves pour les disciplines communes.

**3. Nouvelles modalités des concours :** de par la proposition de quatre concours distincts, chaque étudiant pourra choisir de se présenter à plusieurs concours.

**4. Améliorations pédagogiques :** instauration d'un tutorat, développement de supports éducatifs (enregistrements vidéo, internet...)

**5. Création de nouvelles voies d'entrée dans les filières de santé :** passerelles entrantes

- Entrée en « L2 Santé », court-circuitant le concours du L1, pour des étudiants engagés dans un cursus universitaire scientifique, au moins de niveau M2.

- Entrée en L2 Santé d'étudiants « reçus-collés », ayant choisi de ne pas redoubler et d'intégrer un L2 en faculté de sciences, puis y ayant validé le L3.

- Entrée en L3 Santé de diplômés de certaines Grandes Ecoles ou de titulaires d'un doctorat d'université.

- Entrée réservée aux titulaires d'un diplôme de l'une des trois autres filières de santé :

pour les médecins, les pharmaciens et les odontologistes : entrée directe en L3 Santé pour l'une quelconque des filières ; pour les sages-femmes, entrée directe en L2 Santé

- Entrée en L2 Santé par un deuxième concours, réservé aux titulaires d'un baccalauréat autre que S, avec un nombre très limité de places et remise à niveau scientifique.

- Entrée en L2 Santé de diplômés de certaines professions de santé, en particulier les infirmières.

**6. Passerelles sortantes.**

- Cursus universitaires généralistes :

La validation du L1 dans une des quatre filières santé pourra permettre aux étudiants d'accéder à d'autres filières universitaires, notamment : L2 de différentes filières scientifiques, L3 d'une filière scientifique biologique, L2 hors filière scientifique.

- Cursus universitaires professionnalisants :

Dans le domaine de la Santé : l'équivalence avec une première année de certaines écoles paramédicales universitarisées, telles que les écoles d'orthoptiste, d'orthophoniste et d'audioprothésiste.

Dans le domaine des Sciences : les formations professionnelles permettant d'exercer des métiers proches de la santé devraient être créées dans les domaines notamment d'ingénierie de la santé, des sciences de l'ingénieur.

Par ailleurs, des accords devraient être trouvés avec certains I.U.T qui donneraient la possibilité à des étudiants d'entrer en L2, leur permettant ainsi d'obtenir une Licence Professionnelle dans les domaines de la biotechnologie, de la bio-informatique, et des sciences de la santé.

- Formations professionnelles courtes, non universitaires :

A partir d'un L1 Santé, il serait important de donner l'équivalence de la première année en vue de permettre à certains étudiants d'accéder plus rapidement à différentes formations telles que Technicien de Laboratoire d'Analyses Médicales, Ecole de Préparateurs en Pharmacie, Hygiéniste dentaire (?)\*, Opticien...

- Ecoles paramédicales : accès aux étudiants ayant validé le L1 Santé à certaines écoles paramédicales telles que celles d'Infirmières, de Masseurs Kinésithérapeutes

- Nouveaux métiers de la Santé : possibilité de réorientation d'étudiants ayant validé le L1 Santé vers des métiers nouveaux dans le domaine des soins, de la Recherche ou des biotechnologies.

### **Conclusion**

La nécessité d'imposer un numerus clausus au recrutement des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des sages-femmes, a engendré une situation très tendue devenue inacceptable tant pour les étudiants que pour

les enseignants. Le nombre excessif d'étudiants inscrits dans ces études gêne considérablement la mise en œuvre d'un enseignement de qualité et est à l'origine d'un gâchis de temps et de motivation pour les étudiants de très bon niveau. Une réforme profonde de l'organisation actuelle de cette première année est demandée par tous, étudiants et enseignants. Le rapport présente une série de propositions permettant tout à la fois de réorienter rapidement les étudiants les moins adaptés vers d'autres voies très valorisantes, d'améliorer la qualité de l'enseignement et d'ouvrir les quatre filières sur les études scientifiques et les autres métiers de la santé.

Enfin, il convient de rappeler que dans le cadre de la loi LRU 2007, une certaine autonomie devra être laissée à chaque université, en recommandant néanmoins une harmonisation des programmes et des modalités de concours.

Dr Pascale Videau-Viguié

\* NDLR

## Rapport Larcher

### Les missions de l'hôpital

#### Il consiste à redéfinir les missions de l'hôpital en France :

**1. Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge**

En améliorant les liens entre l'hôpital et la médecine de ville (médecins généralistes et paramédicaux) pour permettre une organisation du suivi des soins des patients (surtout les personnes âgées et les malades chroniques et les handicapés).

**2. Optimiser l'offre de soins hospitalière au niveau des territoires dans une optique de qualité et d'efficacité :**

- en créant une « communauté hospitalière de territoire » ou « rapprochement » des hôpitaux d'un même territoire pour permettre d'offrir des soins de qualité aux meilleurs coûts : donc spécialisation de certains établissements et restructuration des plateaux techniques. Les activités avec plateaux techniques lourds (chirurgicaux et obstétriques) seront centralisées dans les grands centres hospitaliers ;
- en redéfinissant les conditions de fonctionnement des établissements privés, sachant que la majorité des établissements de santé sont financés par des fonds publics. Il faut que les acteurs des établissements privés participent à la mission de service public.

**3. Préserver l'avenir de l'hôpital public en**

*garantissant son dynamisme.* Il faut moderniser le statut de l'hôpital public et le rendre moins rigide pour pouvoir aboutir à une performance améliorée.

Améliorer son pilotage en répartissant les pouvoirs et les responsabilités.

Revaloriser les rémunérations et les statuts des hospitaliers et les rendre plus attractives.

Favoriser la mobilité professionnelle pour tous les hospitaliers.

**4. Développer l'enseignement et la recherche**  
*L'enseignement et la recherche médicale sont étroitement liés : ils doivent le rester et même être dynamisés en assouplissant les procédures administratives, en améliorant les sources de financement, en créant des pôles de recherche plus grands, en adaptant la formation médicale et paramédicale...*

Dr Patricia Huebert

## Rapport Ritter

### La création des agences régionales de santé

#### La rédaction de ce rapport est issue du constat suivant :

- actuellement, le pilotage régional par les services de l'état, de l'assurance maladie, et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) n'est pas satisfaisant ;
- d'où la nécessité d'un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé avec respect des particularités régionales au sein d'agences régionales de santé (ARS).

Une concertation aura lieu en vue de la création de ces agences : 1996 avait vu la création des agences régionales d'hospitalisation, les ARS seraient l'aboutissement, avec une coopération ordonnée entre l'état et l'assurance maladie.

#### Les enjeux :

- accentuer la régionalisation des politiques de santé,
- renforcer le caractère préventif des politiques de santé,
- recentrer l'offre de soin vers les soins primaires,
- faciliter les restructurations et promouvoir l'efficacité hospitalière,
- recomposer l'offre hospitalière au profit du médical social.

En effet, les inégalités restent importantes malgré des dépenses considérables.

#### Les défauts du système actuel :

- cloisonnement entre les structures et les acteurs de santé,

- manque de lisibilité du système,
- insuffisance de démocratie sanitaire.

#### Il faudrait :

- mieux structurer et maîtriser l'offre ambulatoire,
- renforcer la structuration et l'efficacité hospitalière,
- recomposer l'offre hospitalière au profit du médical social.

#### Les ARS auraient une fonction de contrôle et d'action sur les comportements devant relever de la responsabilité des ARS, d'où :

- une meilleure organisation des parcours de santé pour les handicapés et personnes âgées;
- une meilleure prévention, les groupements régionaux de santé seraient alors intégrés aux ARS ;
- les veille et sécurité sanitaires dépendraient à la fois des ARS et des préfetures.

#### Pour ce faire, 2 leviers majeurs d'amélioration :

**1)** Unifier le pilotage territorial du système de santé par une répartition simplifiée des compétences et des prises de décisions.

**2)** Responsabiliser le pilotage régional par une meilleure adaptation aux particularités régionales et lier organisation du système de soins et efficacité.

Concrètement, en vue d'améliorer les réponses aux besoins et maîtriser les dépenses, cela reviendrait à :

- renforcer la prévention
- organiser la permanence et gradation des soins
- améliorer le parcours des patients,
- organiser l'offre en fonction des besoins.

Entrerait notamment dans le champs d'action des ARS la formation des professionnels de santé avec la possibilité de fixer des quotas et de régionaliser des examens nationaux classants (Sage femme, Chirurgiens dentiste.)

Les ARS seraient un relais entre l'état qui assure sa mission de solidarité nationale et les départements via la région qui applique.

Le Statut juridique des ARS est à définir, un directeur nommé en conseil des ministres représenterait l'exécutif.

Le conseil de l'ARS serait chargé d'organiser les planifications en concertation avec les élus locaux, usagers, professionnels de santé.

Une évaluation des résultats se ferait tous les ans, du résultat de cette évaluation dépendrait le maintien du directeur à son poste.

Dr Evelynne Peyrouly

# Conseillère du Conseil National de l'Ordre et Présidente de la commission Démographie

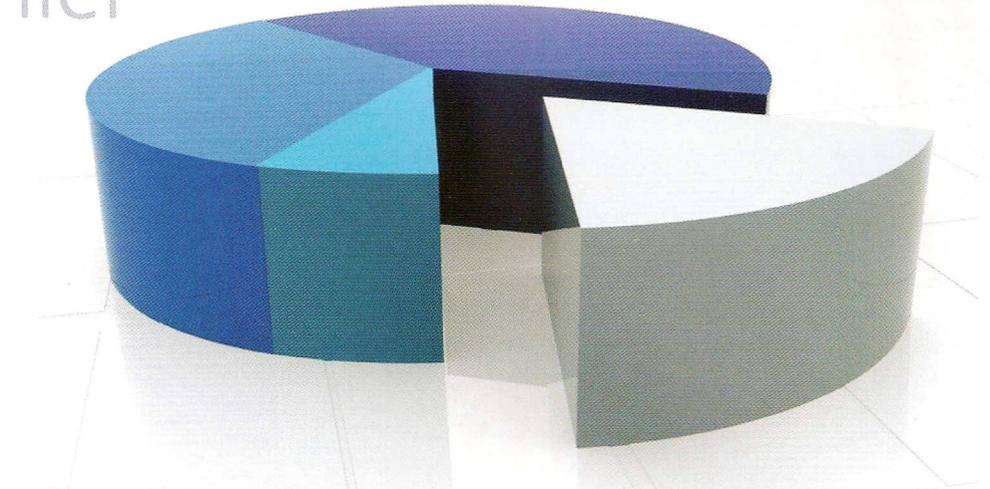
## Myriam Garnier

Il y a quelques mois, notre jeune et dynamique consœur, Myriam Garnier, a été élue au Conseil National de l'Ordre. Son sourire, sa compétence et son entrain lui ont permis de s'intégrer rapidement dans ce conseil très masculin qui tout de suite a été charmé par cette jeune femme bien décidée à faire évoluer cette institution de sages.

Née à Angers où est implantée sa famille depuis plusieurs générations, encouragée par l'exemple de sa mère et de ses grands-mères qui se sont épanouies dans une vie active de manager, jamais Myriam n'a imaginé pouvoir se consacrer uniquement à une vie de femme au foyer. Ne comptant que sur son dynamisme et sa volonté inflexible, elle a tout mis en œuvre, son diplôme en poche, pour défendre et promouvoir sa profession de Chirurgien-Dentiste, et faire de sa vie un perpétuel challenge.

Mère de trois enfants de 19, 17 et 12 ans, elle est diplômée de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nantes en 1985. Elle s'est installée au Lion d'Angers, bourg de 3000 habitants avec 4 autres chirurgiens-dentistes. Sa vie professionnelle est primordiale mais, comme pour de nombreuses femmes, ses enfants sont une priorité qu'elle sait imposer à ses confrères. La vie à la campagne est plaisante et douce, le travail ne manque pas et les patients sont confiants et motivés, aussi prévoit-elle d'exercer en 2010 dans un cabinet de 1000m<sup>2</sup> qui regroupera tous les professionnels de santé de la commune.

« Il faut inciter les jeunes à choisir d'exercer en milieu rural, et à s'installer dans des zones à faible densité de praticiens et à fort potentiel de travail. Les besoins en soins y sont en forte augmentation en raison de la migration de la population urbaine. Bientôt, les contraintes seront telles que les confrères devront se regrouper dans des pôles de soins dentaires qui seuls permettront de répondre facilement, avec une sécurité optimale, aux besoins de santé publique, quitte à imaginer des mesures pour permettre à certains patients (âgés, à mobilité réduite, handicapés...) de s'y déplacer. Les patients comme les praticiens ont tout à y gagner ».



La démographie est une des préoccupations de Myriam qui, dès son arrivée au CNO a mis sur pied la commission Démographie qu'elle préside; jamais le déficit démographique n'a été aussi aigu. Elle a recensé toutes les aides à l'installation dans les régions sous-médicalisées, et constaté que ces incitations sont méconnues, et que très peu de confrères en profitent.

Il faudrait encourager les Facultés à informer les étudiants de ces aides, et demander aux Conseils Départementaux et Régionaux de communiquer davantage sur ces mesures. On pourrait aussi imaginer une majoration de la rémunération des actes réalisés dans ces zones, mais le principal levier reste l'augmentation du numerus clausus accompagné d'une évaluation des besoins réels en soins dentaires.

**Dès 2004, le nombre de chirurgiens-dentistes a commencé à diminuer, et la moyenne d'âge de notre profession est une des plus élevées de toutes les professions médicales.**

La densité moyenne en France est de 65 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Notre numerus clausus n'a augmenté que de 22% alors que dans le même temps celui des médecins augmentait de 100% et celui des pharmaciens de 35%.

Pour retarder la pénurie de chirurgiens-dentistes, le numerus clausus, aujourd'hui de 977, devrait passer rapidement à 1200, mais la formation correcte des étudiants par les Facultés semble difficile, à budget constant.

Si les mesures incitatives ne sont pas suffisantes

pour que les professionnels s'installent dans les régions sous médicalisées, il est à prévoir dans les 4 à 5 ans des mesures coercitives un peu comme ce qui existe pour l'installation des pharmaciens, ce qui remettrait en cause notre liberté d'installation.

On peut aussi imaginer une formation revalorisée de nos assistantes dentaires et ainsi pouvoir déléguer certains actes de prévention, prophylaxie... ou peut-être envisager la création d'hygiénistes pour soulager les confrères des tâches les moins techniques.

Myriam aime citer John Gray « les hommes sortent de Mars et les femmes de Vénus », nous exerçons la même profession chacun avec nos qualités propres, et nous faisons les uns comme les autres, bénéficier nos patients de soins attentifs de qualité toujours plus sécurisés.

Le nombre de femmes praticiens a vocation à augmenter sensiblement dans le futur, la proportion d'étudiantes étant de 60%. La profession aura besoin de leur force, de leur compétence mais aussi de leur intuition, de leur sens de la famille et de l'organisation. La dentisterie a tout à y gagner, les femmes étant performantes dans leur métier, dans la gestion du temps et dans le relationnel.

La féminisation de la profession doit être appréciée comme une chance, il n'y a pas de raison de la redouter, car les jeunes confrères et consœurs ne sont pas décidés à tout sacrifier pour leur vie professionnelle comme ont pu le faire leurs aînés.

## Congrès ADF 2008

**Le congrès 2008 se tiendra du 25 au 29 novembre au Palais des Congrès de Paris, sur le thème : «L'esprit guide la main»**

(L'exposition ouvrira ses portes le 26 novembre)

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

■ **sur notre Stand :**

- du 25 au samedi 29 novembre 2008 au 1<sup>er</sup> Etage du Palais des Congrès, dans le pavillon ADF

■ **au cours des Forums,** auxquels participent :

- **Béatrice Gadrey et Sylvie Ratier le 26 novembre** sur le thème de la « Tracabilité »
- **Marie Brassat et Sylvie Ratier le 27 novembre** sur le thème de « Réussir son installation »

■ **au cours de notre Assemblée Générale :**

- le **vendredi 28 novembre 2008** à partir de 12h00 en salle 311-312 du Palais des Congrès, 3<sup>ème</sup> Etage, côté Neuilly.

# Groupe de travail de l'ADF sur le thème des : Assistants Dentaires



**L'ADF a réactivé, début 2008, un ancien groupe de travail sur le thème général des assistantes dentaires. Ce groupe est dirigé par Patrick Hescot et Nicolas Maillac.**

Ce groupe a pour objet la «refonte» du métier d'Assistante Dentaire : appartenan- ce Code santé publique ou du travail, référentiel métier,

niveau de recrutement, formation, mission,.... Isabelle Marceau-Mary participe à ce groupe de travail et y représente le SFCD.

En 2007, lors de son séminaire, le SFCD a travaillé sur ce thème et avait élaboré une synthèse de ces réflexions.

Historiquement, le métier d'assistante dentaire a permis de faire évoluer le personnel en place dans les cabinets dentaires par le biais du dispositif de la formation continue. L'obligation pour les chirurgiens dentistes d'engager du personnel qualifié ne s'est pas accompagnée de la mise en place d'une formation initiale d'assistante dentaire. Les chirurgiens dentistes ont alors dû assumer la formation de leur personnel. Le métier d'assistante dentaire est une des rares professions pour laquelle il faut trouver un employeur avant d'accéder à la formation. Les centres d'orientation ne peuvent donc pas diriger les élèves vers cette profession.

Aujourd'hui, le contrat de professionnalisation entraîne un engagement de 18 mois entre le praticien, l'assistante dentaire stagiaire et le centre de formation. Dès le départ, l'embauche du stagiaire est obligatoire (CDD, CDI, Contrat de formation). Il n'y a pas d'autre alternative car il n'existe pas d'accès direct à une formation initiale. Cette situation aboutit à une difficulté d'embauche. (66% des praticiens n'ont pas d'assistante dentaire<sup>1</sup>). Les chirurgiens dentistes employeurs financent, seuls, cette formation professionnelle, par le biais des cotisations obligatoires de formation professionnelle (collectées par AGRR pour l'OPCA), normalement prévue pour la formation continue.

Concernant la formation actuelle, nous constatons des disparités d'un centre de formation à l'autre. Les chirurgiens dentistes ne peuvent pas toujours assumer la tâche et la responsabilité de tuteurs.

L'ensemble de la profession dentaire gagnerait à la création d'une véritable formation initiale d'assistante dentaire parallèlement à la formation continue professionnelle existante. La formation initiale, complétée d'une véritable formation continue, permettrait une meilleure valorisation du métier.

<sup>1</sup>Lettre du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, N° 52 de novembre 2006.

## Lancement du site www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Depuis le mois de septembre, le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens dentiste s'est doté d'un nouveau site Internet.



### Les points forts du nouveau site de l'Ordre :

- **Proposer des services aux chirurgiens-dentistes :** petites annonces et enrichissement de sa fiche praticien à destination des patients.
- **S'informer en temps réel :** un système de news mises à jour régulièrement, une veille juridique, un module de recherche des organismes de formation continue, un accès aux contrats d'exercice.
- **Sécuriser son exercice :** toutes les informations réglementaires et leurs applications pratiques.
- **Aider les patients** à résoudre les conflits en amont.

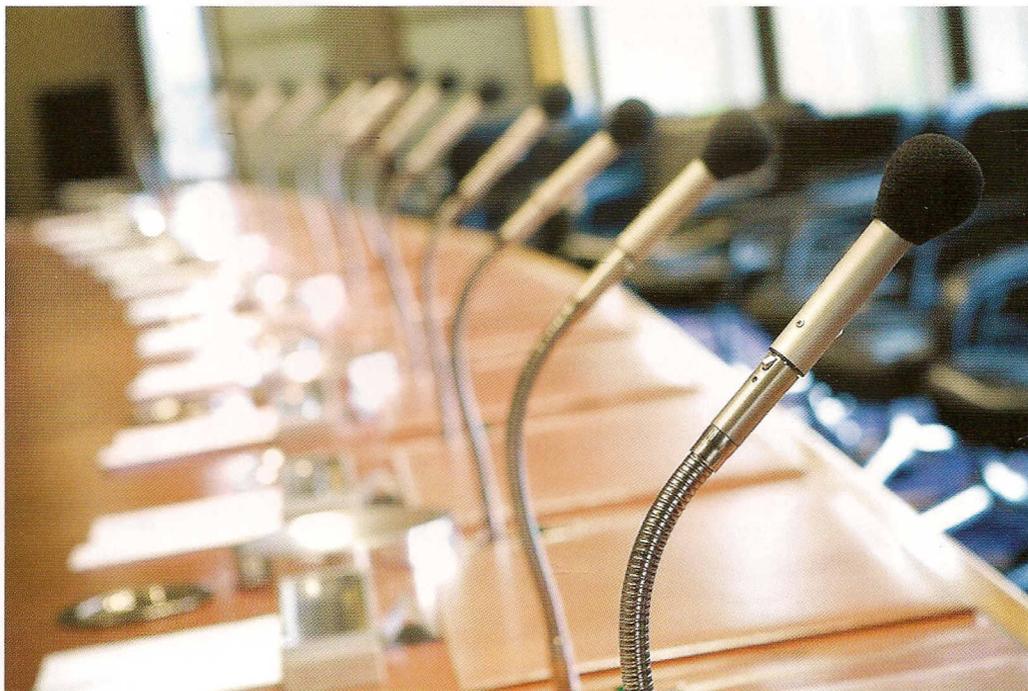
## Stockholm

# Congrès annuel de la FDI

***Après le Moyen-Orient, la Fédération dentaire internationale a renoué avec l'Europe pour l'organisation de son congrès. C'était à Stockholm, ville des contrastes et berceau du «prix Nobel», que le congrès dentaire mondial s'est réuni du 24 au 27 septembre sur le thème : «Ouvrir la voie de la prévention.»***

Le congrès de la fédération dentaire internationale se déroulait cette année dans le calme et la fraîcheur automnale de la Suède. Ce pays si souvent cité en modèle social, connaît lui aussi des interrogations quant à la pérennité de son système, les réformes se mettent en place comme nous l'a exposé le ministre de la santé et des affaires sociales suédoise jeudi 25 septembre.

Le vendredi 26 septembre, je participais au forum WOMEN WORLD WIDE qui avait



pour thème : **le cœur des femmes bat différemment.** Le SFCD participait activement à ce forum cette année.

- BRITA PETERSON (Allemagne) ouvrait la session en temps que présidente de WWW.

- NINA JOHNSTON, hôpital universitaire Uppsala, Suède présentait la première conférence sur le thème de la FDI pour 2008: « Ouvrir la voie de la prévention ». Ses dons d'oratrice, sa rigueur scientifique et son humour ont conquis la salle où l'auditoire mixte a pu mesurer l'importance du sujet. Les prédispositions des femmes aux maladies cardiaques sont très souvent sous estimées voire niées et la prévention mal conduite. La différence des genres est plus importante qu'on ne le pense en physiologie.

- Dr ASHA SAMANT, New jersey dental school, poursuivait avec un état des lieux des méfaits d'une mauvaise santé bucco dentaire chez les femmes de milieux fragilisées, tout âge confondu et leur répercussion sur la santé en général.

- Dr OSBORNE Christine, royaume Uni, nous parlait des maladies cardiovasculaires et leur répercussion sur le parodonte.

- En fin de matinée, un compte rendu des activités de la Women World Wide débutait par l'exposé de MICHELE AERDEN, présidente de la FDI de 2005 à 2007 et qui nous fera l'honneur de participer à notre assemblée générale le vendredi 26 novembre à l'ADF. Lors de sa présidence elle s'est attachée à promouvoir la santé bucco dentaire dans le monde et il est important que les femmes prennent conscience de cet enjeu, elle nous encourageait à participer davantage avec son enthousiasme habituel.

- BODIL FRANKANDER , Suède, faisait un exposé sur l'exercice de la dentisterie au féminin.

- EVELYNE PEYROUTY, France, représentante du SFCD, a fait un bref exposé de 15mn sur les femmes chirurgiens dentistes en France.

Les questions posées ont montré un vif intérêt pour notre travail et notre organisation, ce qui nous encourage à participer davantage à la women worldwide.

- VESNA FURTINGER, Croatie, clôturait la matinée avec un exposé sur le e-learning, une chance pour l'accès à la formation continue de qualité pour les femmes chirurgiens dentistes des pays de l'Est encore insuffisamment pourvus en universités. Mais la qualité de l'enseignement s'impose et à l'heure actuelle aucun contrôle ne garantit de cette qualité...à l'étude à la WWW.

Cette matinée bien remplie se terminait avec la promesse de se retrouver au prochain congrès à SINGAPOUR du 2 au 5 septembre 2009.

## Le SFCD et vous ...



**Nombreux sont ceux qui croient que les femmes chirurgiens dentistes se sont constituées récemment en syndicat. Mais il existe depuis 1935 !**

Il a été créé parce que les femmes chirurgiens dentistes ont toujours eu à résoudre des problèmes spécifiques. Il a aujourd'hui encore plus de sens, quand près de 60% des diplômés sont des femmes. Si cet aspect «féminin» de notre syndicat demeure important ; il n'est cependant qu'une des faces de notre engagement, car nous souhaitons agir pour l'ensemble de la profession, nous voulons le faire aux côtés des autres organisations professionnelles qui l'ont d'ailleurs parfaitement compris aujourd'hui : cela n'a pas toujours été le cas !

### Un syndicat complémentaire ... mais différent !

#### Peu de consœurs dans les instances dirigeantes. Pourquoi?

Les femmes qui travaillent, c'est bien connu ont le nez dans le guidon durant les 20 ans de présence des enfants à la maison, la gestion du frigo et celle des 2 mois de vacances !!! Certes il y a du progrès dans le partage des tâches hommes/femmes, mais beaucoup de charges familiales restent portées par les femmes! Le rôle du Syndicat est de stimuler les adhérentes quand elles se sentent disponibles à occuper des places dans les différentes organi-

sations de la profession. Pour cela, nous avons un fonctionnement simple et efficace, conformément à notre charte. Un bureau national de 5 membres, un conseil d'administration de 12 consœurs, toutes bénévoles, dirigent les opérations, avec l'aide de notre juriste, Sylvie Ratier, notre seule salariée.

Nous avons des rendez vous annuels importants : sur de temps concentrés, efficacité maximum ! Un séminaire de printemps avec un thème choisi (les assistantes dentaires, l'éthique médicale, la formation continue, les besoins des chirurgiens dentistes...) et des journées des cadres à l'automne pour faire le point sur nos actions et nous former aux réalités de représentantes syndicales (prendre la parole en public, gérer son stress, ...).

Nous travaillons des dossiers, par exemple :

- **le dossier maternité a donné lieu en 1995 à l'octroi d'allocation maternité pour toutes les femmes professionnelles libérales ;**
- **le dossier prévention a participé à la mise en place des examens bucco dentaires des 6 / 12 ans ;**
- **le dossier nomenclature a abouti en 2007 à l'élaboration d'une véritable NGAP commentée avec question réponse de nombreuses CPAM régionales ;**

et vous femmes chirurgiens dentistes pouvez en mesurer la réalité pratique dans votre exercice quotidien.



### Pourquoi un syndicat et pas une association?

Un syndicat sera reçu par les instances dirigeantes, pas une association. En revanche étant mono-catégorielles nous ne sommes pas représentatives.

Alors, notre représentativité, il nous a fallu la conquérir. Nous sommes aujourd'hui présentes dans la plupart des organisations professionnelles et nous sommes invitées par les pouvoirs publics à donner notre avis chaque fois qu'une décision importante doit être prise.

Nous sommes très fières, d'ailleurs, que notre présidente, Béatrice Gadrey, soit la vice présidente du congrès ADF 2009.

Nous avons mis l'accent sur l'information : chaque adhérente reçoit notre lettre info ainsi que des flash infos dès qu'une nouvelle information ou réglementation arrive tandis que notre numéro spécial ADF présente à l'ensemble de la profession notre travail annuel, nos axes de réflexions, ... Notre site retransmet l'ensemble de notre travail, il est une mine d'information et de nombreux documents sont désormais téléchargeables.

Aujourd'hui l'audience de notre syndicat doit être plus large pour apporter, en permanence, informations, conseils, services. Nous devons nous unir pour soigner nos patients le mieux possible et surmonter les difficultés de notre exercice et de notre vie privée. Venez nous rejoindre et défendre avec nous cette belle profession que nous avons choisie.

# Soutenir



## La permanence juridique

Pour obtenir des renseignements pratiques, un point de droit, une aide ponctuelle, **Sylvie Ratier, notre juriste**, assure une permanence juridique au numéro suivant : **05 34 36 40 44** les lundi et mercredi matins de 8h00 à 13h00 et le jeudi après midi de 14h00 à 17h00.

## Des services

Un ensemble de services de professionnels mis à la disposition de nos adhérentes : nous avons recherché les meilleures prestations au meilleur prix pour vous !



### En matière de traçabilité

Protocole d'accord MDTRACE / SFCF

**PREMIER LOGICIEL INDEPENDANT DE TRACABILITE, DE MATERIAU-VIGILANCE DESTINE AUX CABINETS DENTAIRES**

Une interface simplifiée permettant de gérer :

- la traçabilité de la pré-désinfection
- la traçabilité de la stérilisation
- la matériau vigilance
- la gestion de stock
- la gestion des commandes fournisseurs
- le suivi des équipements

... avec saisie rapide par lecteur code-barre

### En matière de radioprotection

Protocole d'accord VERITAS / SFCF

Des inspecteurs spécialisés en rayonnements ionisants ainsi que d'autres en électricité situés sur l'ensemble de la France pour vous proposer, à tarifs préférentiels :

- la vérification des appareils et installations,
- des conseils techniques à une nouvelle installation (avis sur plan, élimination au maximum du plomb par la méthode analytique),
- une mise en contact avec des PCR en fonction des régions et des possibilités des contacts Veritas.

### En matière de contrat d'assurance/prévoyance

Protocole d'accord  
ACTIV CONSEIL / SFCF

Consultant indépendant de tout organisme. Domaines d'intervention :

- retraite,
- prévoyance,
- placements,
- SEL,

### En matière d'hygiène et d'asepsie

- Gamasonic
- Melag France

## Des contacts de proximité

**Le SFCF a développé des antennes régionales pour vous assurer des contact de proximité**

### Alsace Lorraine

*Dr Maryse Dillenseger*  
26, rue de la Vallée - 57800 Rosbruck  
Tél/Fax : 03 87 81 19 78  
E-mail : maryse.dillenseger@wanadoo.fr

### Aquitaine

*Pascale Videau-Viguié*  
86 avenue Michel Picon - 33550 LANGOIRAN  
Tél/Fax : 05 56 67 54 04  
E-mail : VidVig.Pascale@wanadoo.fr

### Bretagne

*Stéphanie Boimare-Carroquet*  
6, place des 4 vents. 56400 Auray  
Tél : 02 97 24 06 65  
E-mail : stephanieboimare@hotmail.fr

### Centre

*Isabelle Marceau-Mary*  
23, place du Martroi - 45260 Lorris  
Tél : 02 38 92 35 70 - Fax : 02 38 92 39 30  
E-mail : marceau.isabelle@wanadoo.fr

### Languedoc Roussillon

*Liliane Malaval*  
6, place du Château - 30820 Caveirac  
Tél : 04 66 81 30 05

### Midi-Pyrénées

*Catherine Thèze-Vignes*  
4, rue du 8 mai - 65460 Bazet  
Tél/Fax : 05 62 33 41 37  
E-mail : vitheflo@club-internet.fr

### Nord

*Catherine Flechel*  
13, rue S Cordier - 62300 Lens  
Tél : 02 21 28 23 41 - Fax : 03 21 41 23 66  
E-mail : cflechel@yahoo.fr

### Normandie

*Delphine Hautin*  
Rue du Général Journois - 76750 Buchy  
Tél : 02 35 34 41 80 - Fax : 02 35 60 86 51

### Paca

*Béa Gadrey*  
343, rue Rolland Garros. 83600 Fréjus  
Tél : 04 94 51 17 87 Fax : 04 94 17 19 37  
E-mail : gadral@wanadoo.fr

### Paris Ile-de-France

*Agnès Sandeau Jorigny*  
75, rue Rémy Dumoncel - 77210 Avon  
Tél : 01 60 72 28 49 - Fax : 01 60 39 01 95  
E-mail : Agnes.Jorigny@wanadoo.fr

### Picardie

*Marie Brasset*  
6 rue Henri Barbusse - 02100 Saint Quentin  
Tél/Fax : 03 23 04 05 42  
E-mail : marie.brasset@wanadoo.fr

### Poitou Charentes

*Muriel Foueytille*  
5, rue Réaumur - 17600 Saujon  
Tél : 06 86 59 32 32 - Fax : 05 46 02 97 56

### Vosges

*Carol Petit*  
Maison Médicale du Breuil.  
8, quai Jules Fery - 88210 Senones.  
Tél : 03 29 57 96 23 - Fax : 03 29 57 89 60  
E-mail : petit.carol@wanadoo.fr

## Calendrier SFCD 2008

## SFCD

- **Bureau** : 16 janvier, 4 mars, 1<sup>er</sup> avril, 20 mai, 2 juillet, 2 septembre, 6 novembre et 8 décembre
- **Conseil d'administration** : 3 avril et 28 novembre
- **Assemblée Générale** : 28 novembre
- **Séminaire de printemps** : 4 et 5 avril
- **Journée des cadres d'automne** : 3 et 4 octobre

## ADF participation :

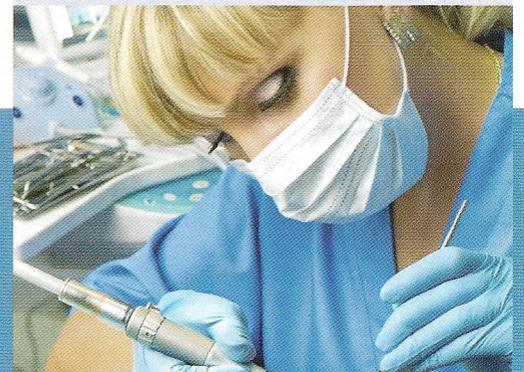
- De **Béatrice Gadrey** aux réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales
- D'**Isabelle Marceau Mary** au groupe de travail sur les Assistantes Dentaires
- Au Congrès ADF
- De **Béatrice Gadrey et Sylvie Ratier** au Forum ADF « Tracabilité »
- De **Marie Brassat et Sylvie Ratier** au Forum ADF « Réussir son installation »
- De nos **déléguées aux réunions respectives des commissions** : Béatrice Gadrey et Nicole Vinot pour Formation Continue - Pascale Videau Vigié pour Informatique - Marie Brassat pour Prévoyance - Marie Graindorge pour Information - Catherine Larra pour Des statuts et Martine Pigeon pour Qualité.

## Participation :

- De **Béatrice Gadrey et d'Isabelle Marceau-Mary** aux Assises de la Santé Bucco dentaire à la Maison de la Mutualité à Paris organisées par l'UJCD
- De **Béatrice Gadrey** au Cocktail de rentrée organisée par CNO à la Mairie du XVI<sup>ème</sup> à Paris
- De **Béatrice Gadrey** aux Universités d'été de la CNSD aux Isambres
- De **Catherine Larra, Béa Gadrey et Sylvie Ratier** Journées dentaires de Marseille
- D'**Evelyne Peyrouty** au Congrès de la FDI à Dubaï
- De **Béatrice Gadrey** au Congrès de l'AFIO à Nantes

**FIF-PL** participation aux réunions des commissions pour les Chirugiens Dentistes et de la Section Santé de Catherine Flechel

**UNAPL** participation de Karin van Garderen aux réunions et rencontres nationales



# Fédérer

## Séminaire de printemps 2008 SFCD du vendredi 4 Avril au samedi 5 avril à SULLY/LOIRE

C'est une région très sympathique, pendant le premier week-end d'Avril qui a accueilli le séminaire de printemps des cadres du SFCD. Convivial, gastronomique, culturel et instructif, le séminaire a été une réussite tant sur le plan confraternel que sur le plan travail avec le soleil en cadeau ce qui a été d'autant plus agréable.

**Convivial** : les membres du bureau du SFCD de la région centre avaient tout prévu pour un travail agréable et efficace.

**Gastronomique** : les pauses déjeuner et dîner étaient un ravissement pour les papilles.

**Culturel** : les pauses détente nous ont permis entre autre la découverte du prestigieux château de SULLY (XIV-XVII<sup>e</sup> S) appartenant à la route historique de la vallée des rois, 2<sup>ème</sup> château en suivant la Loire.

**Instructif** : un programme intense nous attendait : 3<sup>ème</sup> partie d'un cycle sur la connaissance et la maîtrise de soi instruit par notre conférencière Mme Marie-Jo Aussonne.

## Les journées des cadres d'automne 2008

les 3 et 4 octobre à Paris

Journées toujours conviviales et studieuses. Nous avons achevé avec Marie José Aussonne son programme de formation sur la communication et la connaissance de soi. Amusantes et ludiques pour certaines, perturbantes pour d'autres, ces journées ont été très captivantes et instructives.

Et comme chaque année une journée a été consacrée au bilan de l'année passée et à la discussion des projets et dossiers à traiter pour l'année suivante : différents thèmes à aborder radioprotection, livret, site internet, etc..., réponses à donner aux consoeurs.

Dr Patricia Hueber-Tardot

### Le programme a pu être résumé par 7 points importants :

- 1- Comprendre le mécanisme du stress
- 2- Syndrome de Hans Selye : SGA : les 3 étapes de l'adaptation du stress.
- 3- Comment identifier le stress
- 4- Les causes du stress
- 5- Redonner la parole aux besoins
- 6- Gérer ses émotions avec les 4 émotions de base et les émotions infructueuses.
- 7- Trucs et astuces anti-stress

En conclusion, un séminaire très utile pour la gestion de sa vie professionnelle, syndicaliste et personnelle.

La 4<sup>ème</sup> et dernière partie est prévue début Octobre à Paris.

Dr Carol Petit

## Mise en place d'une section « Women Dentists Worldwide »

au sein de la FDI

Durant l'été 2007, le SFCD a été contacté par la FDI ( Fédération Dentaire Internationale) pour rejoindre un groupe de travail « Femmes Dentistes » constitué en 1996 et une nouvelle section « Women Dentists Worldwilde ».

**Cette section devrait permettre aux femmes, encore trop rares aux niveaux décisionnels, de participer aux débats intéressant notre profession.** Aussi avons nous besoin de chacune d'entre vous pour avoir des données de terrain indispensables à un travail reflétant la réalité de notre exercice en France.

**Occuper la place qui est la leur au niveau international a toujours été une préoccupation pour les membres du SFCD.** Cette mission avait fait l'objet d'une mention particulière dans les statuts de 1935, avait initié la rencontre de 2000 au cours du congrès de la FDI de Paris « Mondial des femmes chirurgiens dentistes » et a guidé la prise de parole de notre consœur Evelyne Peyrouty au cours du congrès de la FDI de Stockholm de cette année.

# Construire



## Formations FFCD

**FFCD propose pour l'année 2008 des formations sur le thème de l'ergonomie<sup>1</sup>. Des tarifs préférentiels sont proposés pour les adhérentes du SFCD !**

### • FORMATION URGENCE AU CABINET DENTAIRE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE DANS LE RESPECT DE LA DEONTOLOGIE

- Faire face aux situations d'urgence sans stress
- Invitation à un voyage au pays du stress : mécanismes, clignotants, croyances conscientes ou inconscientes, outils de gestion.

#### Programme :

##### Le stress : toute une histoire!

Les boîtes à outils : l'Analyse Transactionnelle ou les Etats du Moi qui nous gouvernent, nos drivers, comprendre et apprivoiser nos émotions, le trépied de l'équilibre.

Gérer sa vie, ses valeurs, gérer son temps, ses priorités.

##### Dates et Lieux - 2009 :

2 avril, Orléans • 18 juin, Bordeaux  
1<sup>er</sup> octobre, Paris • 22 octobre, Lille  
10 décembre, Amiens

<sup>1</sup>Ergonomie : science de l'adaptation du travail à l'homme. Elle porte sur l'amélioration des postes et de l'ambiance de travail, sur la diminution de la fatigue physique et nerveuse, sur l'enrichissement des tâches, etc.

### • FORMATION TRACABILITE MISE EN PLACE LA TRACABILITE AU CABINET DENTAIRE

- Tracer sans même s'en apercevoir ?
- Organiser de façon rationnelle, cohérente et facile la traçabilité au cabinet dentaire.

#### Programme :

- Quand, pourquoi comment
- Quelques exemples précis
- Le but

##### Dates et Lieux - 2009 :

29 janvier, Fréjus • 23 avril, Toulouse

#### Formations conçues pour accueillir l'équipe dentaire :

assistantes dentaires et chirurgiens dentistes trouveront un dialogue commun permettant une application directe des formations au cabinet dentaire.

#### Formation susceptible d'être prise en charge

par le FIF PL pour le Chirurgien dentiste.  
Formations prise en charge par l'OPCA PL pour les Assistantes dentaires (DIF,...).



## Le site SFCD.fr

**Des nombreuses rubriques vous y attendent :**

- **Efficaces** : Info pratiques, gestion cabinet
- **Etonnantes** : Noté pour vous, Femmes, Santé,
- **Malignes** : Trucs et astuces, Ou chercher?

#### Et aussi :

- **Des dossiers** de réflexions et/ou de synthèse
- **Le coin des ortho**
- **Des outils** pour vous en tant que femme, professionnelle libérale, chirurgien dentiste, employeur : plaquette, documents à télécharger (traçabilité, chirurgien dentiste employeur,...)
- **La présentation de nos parutions** : Lettre et Flash Info
- **Une newsletter**

**Adhérez rapidement et facilement au SFCD en téléchargeant notre bulletin de puis le site SFCD.fr ou en le retrouvant en page 23**

## Le Blog BFCD.fr

**BFCD, c'est la convivialité selon les nouveaux modes de communication.**

Ce blog a pour volonté de créer du lien, de créer une communauté de FCD qui partagent leurs expériences au quotidien, au jour le jour, c'est un peu le relais au niveau national et virtuel des réunions locales du SFCD qui tiennent tant à cœur de ses adhérentes.

**N'hésitez pas à vous y rendre, chaque mois, un sujet de discussion vous est proposé pour échanger vos points de vue.**

## Les livrets

• **Nomenclature** : comment l'utiliser à bon escient : une véritable NGAP commentée point par point avec les réponses aux points prêtant à discussion. Un travail syndical, mené en partenariat avec des chirurgiens dentistes conseils pour vous permettre d'utiliser cette nomenclature au mieux de l'intérêt de tous : patient, praticien et Caisse d'assurance maladie.

• **Traçabilité, entre pratique et qualité** : à travers quelques exemples précis, un mode d'emploi pour mettre en place la traçabilité au cabinet dentaire.

# Défendre



## Syndicalisme au féminin ou féminisme

**Bien que le nombre de femmes chirurgiens dentistes augmente, nous restons la profession médicale la moins féminisée et cependant la seule ayant un syndicat de femmes. Original, me direz-vous...**

Quel intérêt puisque nous sommes l'égale des hommes et que d'autres syndicats de chirurgiens dentistes nous représentent.

Enfin... dans les textes avec une lente progression au cours du XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècle et grâce aux convictions humanistes nées au XVIII<sup>e</sup> siècle.

1935, quelques consœurs sont refoulées de la salle de réunion où les débats faisaient rage pour savoir de quelle manière la profession allait s'organiser. Les femmes ne votaient pas à cette époque.

Qu'à cela ne tienne, elles aussi avaient le droit de réfléchir à leur avenir professionnel et de défendre leurs intérêts; pas la peine d'y passer une décennie.

Un syndicat de femmes allait se constituer avant la confédération nationale des syndicats dentaires et l'union des jeunes chirurgiens dentistes.

Il ne peut y avoir de confusion entre ces organisations et nous.

### Pourquoi nous tenons tant à notre indépendance ?

Je reprendrai les propos d'une sympathisante « qui s'occupera de nous si les femmes ne le font pas elles mêmes », je n'y avais pas pensé en ces termes!

...Egalité de droit ne veut pas dire uniformité et négation des différences.

Les femmes adaptent leur vie professionnelle à leur vie familiale, les hommes adaptent leur vie familiale à leur vie professionnelle. Les

revendications et les priorités ne seront pas forcément formulées de la même manière.

La société change, la majorité des hommes et des femmes choisissent leur vie mais l'amélioration de la vie professionnelle passe, en France, par l'action syndicale.

Les femmes chirurgiens dentistes travaillent autant que leurs confrères, parfois dans des conditions plus difficiles encore.

### Devons nous le faire au sein d'une organisation mixte ?

Nous constatons que de plus en plus de confrères s'intéressent à notre travail...mais ! Nous constatons que dans les assemblées mixtes les femmes n'imposent pas leur point de vu, elles s'expriment peu, s'y sentent mal à l'aise pour certaines. Elles croient peu en elles-mêmes et restent encore dans l'ombre...

Nous restons attachées à la liberté de parole que partagent les consœurs dans leurs diverses sensibilités. Elles sont plus loquaces et constructives dans la convivialité.

Nos propositions doivent les aider à se prendre en charge pour que demain elles soient mieux représentées dans nos instances mixtes, elles sont aujourd'hui moins de 4%.

De la même façon que la formation continue est indispensable, penser notre exercice et en améliorer sa pratique sont essentiels à une vie professionnelle harmonieuse.

Pour que nos propositions soient prises en compte nous devons être avant tout ouvertes d'esprit et constructives, convaincues de notre rôle à jouer pour l'avenir.

Chères consœurs, pour cet avenir que nous construisons, nous avons besoin de vos idées et de votre participation...

Dr Evelyne Peyrouty

## Beaucoup de sujets nous préoccupent :

- **nos droits et devoirs**  
en tant que chirurgiens dentistes conventionnés, les limites, les avantages, les effets pervers,
- **la formation continue**  
et la validation des acquis,
- **la compétence**  
montrer que le niveau de la dentisterie n'est pas diminué pour autant parce que nous sommes des femmes,
- **la reprise de l'activité**  
après une interruption liée aux déplacements du conjoint, à l'éducation des enfants, ...
- **la démographie,**
- **la spécialisation** croissante,
- **l'organisation** du travail,
- **le personnel** et sa formation, sa gestion...

Chaque jour qui passe trouve de nouveaux sujets de préoccupation. Dans cette société qui ne jure que par l'individu, le syndicat propose une réflexion collective de femmes sur leur profession.

Ce n'est pas du féminisme... C'est du syndicalisme même si l'essence de la revendication est féministe.

**Dire que nous devons faire entendre notre voix et être représentées dans les instances professionnelles est légitime ; nous serons 50% à exercer demain, nous sommes 35% aujourd'hui.**



## adhérer, c'est facile

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

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

**05 34 36 40 44**

## le SFCD vous offre

- **La participation de nos cadres dans différentes commissions ADF** (information, informatique, prévoyance et formation continue), ainsi qu'au FIF PI et à la CARCD pour faire entendre la voix des femmes dans la profession.
- **Un service juridique.**
- **Des supports et des outils nécessaires à votre activité:** fiches techniques, plaquettes, ...
- **Une brochure Info Femmes Chirurgiens Dentistes.**
- **Des infos flash:** une information synthétique, rapide et d'actualité par mail ou par courrier.
- **Des séminaires annuels** pour les responsables syndicales afin d'établir des bases de travail et collaborer avec d'autres organismes et pouvoirs publics.
- **Des réunions d'informations, des assemblées générales nationales et régionales** permettant de débattre et d'échanger nos expériences.

«**Vous** êtes de plus en plus nombreuses à choisir cette passionnante profession de chirurgien dentiste (57% d'étudiantes dans les facultés en 2007) 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**»

### BULLETIN D'ADHESION au SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES 2009



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Année de diplôme : \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> année d'exercice : \_\_\_\_\_ Mode d'exercice : \_\_\_\_\_

**A compléter et à retourner avant le 31 mars 2009 avec votre règlement de :**

**Membre actif : 195 €**    **Première année d'exercice : 100 €**    **Retraitée : 70 €**

Libellé à l'ordre du SFCD au : Dr Pascale Videau-Viguié - 86, avenue Michel Picon - 33550 LANGOIRAN

## Dossier 2008

# Le patient au cabinet dentaire

## Second volet : l'accueil du patient

2

*Les patients attendent  
de notre part et de celle  
de nos salariées un « bon » accueil.*

Souvenez vous, l'enquête de la SOFRES commandée par l'ADF en 2001 avait révélé que pour 45 % des personnes interrogées, les relations humaines (absence d'écoute, de cordialité ou d'explication sur les soins apportés) étaient le deuxième motif de non fidélité au praticien, après l'absence de propreté et d'hygiène et avant la douleur ressentie lors des soins.

C'est dire l'importance que revêt donc non seulement le premier rendez vous, mais toute la gestion du passage du patient au sein du cabinet.

Pour savoir l'accueillir, il faut connaître son patient. Pour mieux le satisfaire, il convient donc de l'appréhender dans toute sa spécificité.

Après avoir vu les différentes typologies de patients et la gestion des urgences dans notre précédent numéro, nous nous attarderons dans ce deuxième volet de notre dossier annuel sur des patients plus spécifiques que sont :

- **les femmes enceintes**
- **les enfants**
- **les personnes âgées**
- **les personnes handicapées**



# Femmes enceintes

## Et radioprotection

**Selon une étude américaine publiée dans le «Journal of the American Medical Association»:**

**Les radiographies dentaires pendant la grossesse augmenteraient le risque de petit poids à la naissance**

PARIS, 29 avril (APM Santé) - Les femmes enceintes subissant des radiographies dentaires présenteraient un risque accru d'accoucher d'un bébé de petit poids à la naissance, soulignent les résultats d'une étude américaine publiée dans le «Journal of the American Medical Association».

Différentes études ont déjà souligné le lien entre l'exposition aux radiations ionisantes de la petite fille, de l'adolescente ou de la femme enceinte et une augmentation du risque de donner naissance à un bébé de petit poids (moins de 2,5 kg), rappellent les membres de l'équipe de médecins et de dentistes de l'université de Washington, à Seattle, conduite par le Dr Philippe Hujuel.

Mais ces différentes données concernaient principalement l'exposition à des doses importantes de rayonnements (comme les radiothérapies faisant partie du traitement des cancers de l'enfant) ou à des irradiations portant sur tout l'organisme (radiographie de la colonne vertébrale pour détecter une scoliose, par exemple).

Jusqu'ici la question du lien entre l'exposition

de la mère aux rayonnements et le petit poids de naissance de l'enfant est donc restée en suspens, explique le Dr Philippe Hujuel : résulte-t-il de l'atteinte directe des organes reproducteurs par les radiations ou de l'atteinte de la fonction de la thyroïde ?

Cette glande, située dans le cou, libère notamment des hormones indispensables à la croissance et à la maturation du système nerveux, sous l'influence d'autres hormones secrétées par deux structures cérébrales : l'hypothalamus et l'hypophyse. L'échange d'informations nerveuses et hormonales entre toutes ces structures, reliées dans un réseau d'interactions complexes connu sous le nom d'axe hypothalamo-hypophysaire, module notamment la libération d'hormone de croissance ou d'hormones sexuelles féminines. Or les radiographies dentaires s'accompagnent d'une irradiation ciblée de l'axe hypothalamo-hypophysio-thyroïdien, pour laquelle l'importance de l'exposition peut être évaluée, note le Dr Philippe Hujuel.

Les femmes enceintes devraient éviter les radios chez le dentiste, qui favorisent la naissance d'enfants de faible poids, selon une étude publiée mardi aux Etats-Unis. Le lien entre les radiations utilisées en milieu médical et le poids du nouveau-né était connu mais l'effet des rayons-X largement utilisés pour le diagnostic dentaire n'avait jamais été établi, selon les chercheurs qui publient leur étude

### Risques ?

**Il faut savoir qu'une radiographie rétro-alvéolaire correspond à moins de 1mGy (moins pour les numériques) ; cela correspond au pire (selon l'angulation) à 1µGy d'exposition au niveau de l'utérus.**

Or selon un consensus, au-dessous de 100 mGy, il n'y a pas d'incidence probable sur le fœtus.

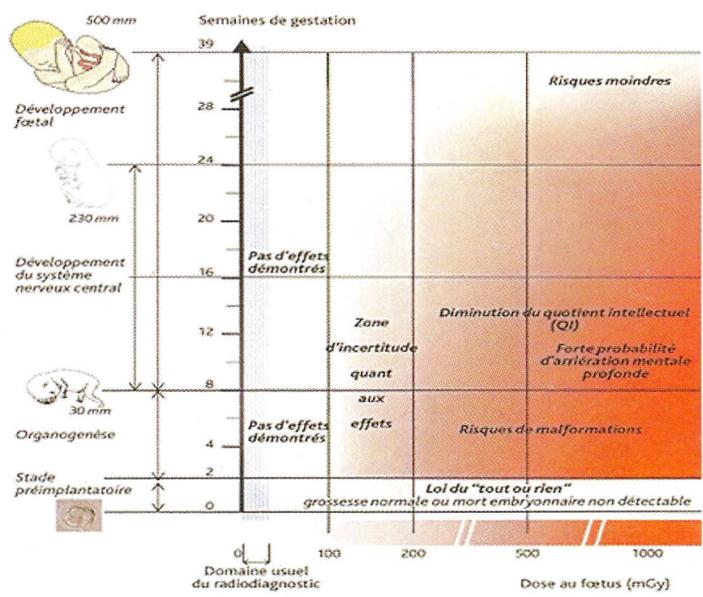
Le tablier de plomb en cabinet dentaire qui recouvre le ventre des futures mamans est donc un placebo... Car effectivement l'organe le plus sensible et donc à protéger est la thyroïde de la patiente. L'étude référée dans l'article de Benjamin Ramond est à prendre en considération, surtout pour les praticiennes qui doivent absolument sortir de la pièce lors de la prise des clichés mais bien entendu aussi pour les patientes pour lesquelles il est recommandé au moins de faire porter un collier thyroïdien.

Mais tous les auteurs s'accordaient à dire que les examens justifiés chez la femme enceinte n'avaient pas lieu d'être différés. Cette étude remet les choses en question....

Il est aussi important de savoir que nos doses en cabinets dentaires seraient susceptibles d'altérer la pré implantation de l'ovaire fécondé dans l'utérus.

Par contre au dessus de 100 mGy, on distingue 2 périodes critiques : l'organogénèse du 9<sup>ème</sup> au 60<sup>ème</sup> jours où il y a des risques malformatifs majorés, et au niveau du fœtus du 60<sup>ème</sup> au 270<sup>ème</sup> jours où là aussi des malformations sont possibles. A priori la fin de la grossesse ne serait plus une période à risque.

*Dr Karine Guitard*



dans l'édition du 28 avril du Journal of the American Medical Association (JAMA).

### Information à recueillir auprès de toute femme en âge de procréer :

Toujours interroger sur un éventuel état de grossesse à toutes les étapes de prise en charge (rdv, accueil, réalisation de l'acte)

**Benjamin Ramond, Bureau Véritas**

# Enfants non-coopérants

## Utilisation du MEOPA

**Les soins dentaires chez l'enfant sont particuliers et il n'est pas rare d'être confronté au refus de soin d'un enfant.**

Devant l'impossibilité de réaliser des actes pourtant nécessaires au maintien d'une bonne santé bucco-dentaire et générale de ces patients, le praticien est vite démuni. En effet, les moyens dont il dispose sont peu nombreux et le rythme imposé par l'activité libérale ne permet pas toujours de s'adapter à ces patients.

Cependant ni l'abstention thérapeutique (mise en péril de la santé de l'enfant), ni l'acharnement (risque important de détourner durablement l'enfant et le futur adulte des soins dentaires) ne sont une solution acceptable.

A Toulouse, au sein de l'hôpital des enfants situé à Purpan, le service d'odontologie pédiatrique permet la prise en charge de tels patients (jusqu'à l'âge de 15 ans et 3 mois). En pratique, les soins s'adressent aux enfants souffrant de fentes palatines, polycariés (carie du biberon), en refus de soins (peur, mauvaise expérience...), souffrants de handicap ou atteints de maladie génétique avec répercussions dentaires.

La plupart des enfants sont soignés au fauteuil. Après une première consultation ayant permis de faire le bilan dentaire et de présenter à l'enfant (et aux parents) les soignants, le local et le matériel, les rendez-vous sont planifiés.

Pour chaque rendez-vous, une prémédication (CODENFAN® et ATARAX® soit de la codéine et l'hydroxyzine) est associée au MEOPA (mélange équimolaire d'azote et d'oxygène).

**L'utilisation du MEOPA en milieu hospitalier pour l'odontologie est possible en France depuis 2001.**

C'est une procédure de choix avec peu de contre-indications qui permet de réduire l'anxiété, limite le réflexe nauséeux consécutif à l'angoisse, diminue le souvenir des soins pratiqués et permet une légère analgésie. Ce produit est efficace en 3 minutes et les effets se dissipent en quelques minutes après l'arrêt de l'inhalation ce qui permet à l'enfant de quitter l'hôpital immédiatement.

Dans la majorité des cas, cette procédure permet de réaliser les soins et de rendre

confiance à l'enfant qui pourra par la suite reprendre un suivi en cabinet de ville. L'échec est néanmoins possible. Le cadre hospitalier permet alors d'associer le MEOPA avec une prémédication aux benzodiazépines, en l'occurrence le midazolam.

Le midazolam est une molécule largement utilisée en première intention dans de nombreux pays mais encore assez peu d'usage courant en France où elle est réservée au cadre hospitalier.

Cette molécule possède des effets hypnotique, anticonvulsivant, myorelaxant, amnésiant et anxiolytique qui ont été largement utilisés en médecine et en dentisterie.

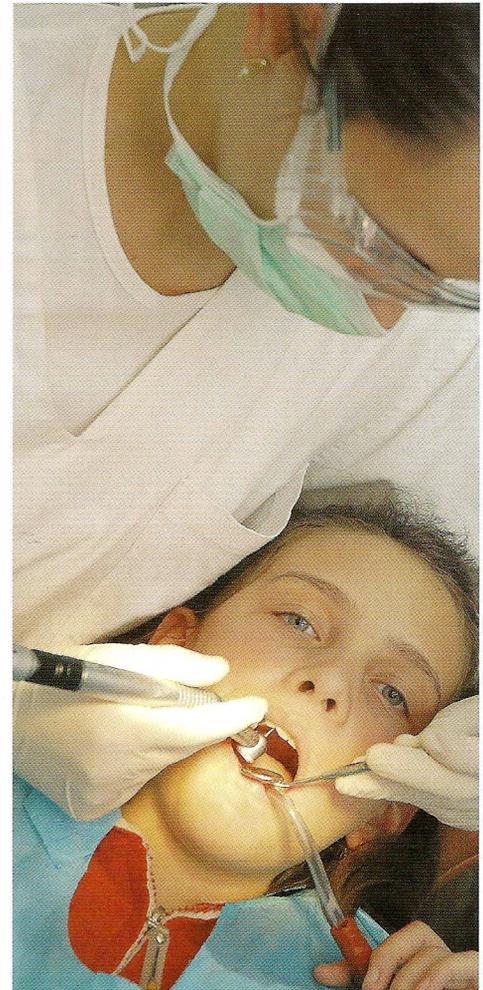
Même si le protocole est plus contraignant pour l'enfant et sa famille (obligation d'arriver 1 heure avant le soin et de rester à l'hôpital 2 heures après sous surveillance médicale), il permet encore les soins à l'état vigile.

Enfin, en dernier recours, dans le cas où ces deux types de prise en charge sont impossibles et que l'état bucco-dentaire le justifie, l'enfant pourra être traité sous anesthésie générale. L'enfant rentre le matin (ou la veille s'il vient de trop loin) et repart le soir même. Tous les soins sont alors réalisés en une fois.

Les soins chez l'enfant difficile sont toujours possibles et les parents souvent très concernés par la santé de leur enfant sont prêts à accepter les contraintes liées à la prise en charge hospitalière (kilomètres, temps d'attente pour obtenir un rendez-vous...) s'ils ont l'assurance que leur enfant sera soigné.

*Dr Julie Bacque*

**Pour retrouver les coordonnées, jours de consultation et noms des médecins de l'Hôpital des Enfants de Purpan à Toulouse, rendez-vous sur notre site, [www.sfcd.fr](http://www.sfcd.fr), rubrique Région Pyrénées.**



Pour en savoir plus :

1 - Berthet A, Droz D, Manière MC, Naulin-Ili C, Tardieu C. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Quintessence International, 2007 - 2 - Bourguignon L, Aouadi-Chaour F, Houachine F, Nemoz M, Gharib F, Megard R, Bory EN. Prémédications sédatives chez les patients opposants. Réalités Cliniques, 2005 ; 16(3) :267-274 - 3 - Collado V, Faulks D, Hennequin M. Choisir la procédure de sédation en fonction des besoins du patient. Réalités Cliniques, 2005 ; 16(3) : 201-219 - 4 - Dahllöf G. Administration de benzodiazépines chez les jeunes enfants. Réalités Cliniques, 2005 ; 16(3) :231-240 - 5 - Gaudy JF, Arreto CD, Alimi D, Brule S, Donnadiou S, Landru MM. Manuel d'analgésie en odontostomatologie. Masson, 2005 - 6 - Hennequin M, Collado V, Faulks D, Koscielny S, Onody P. Sédation consciente par inhalation chez l'enfant présentant des troubles du développement. 11<sup>e</sup> journée UNESCO, La douleur de l'enfant, quelles réponses ?, fev 2004, 47-50 - 7 - Hennequin M, Manière M.-C, Albecker-Grappe S, Faulks D, Berthet A, Tardieu C, Droz D, Wolikow M, Koscielny S, Onody P. The use of prefixed 50% N2O / 50% O2 mixture as a drug for sedation in patients with special needs: a prospective multicentric trial. J Clinical Psychopharm. - 8 - Manley MC, Skelly AM, Hamilton AG. Dental treatment for people with challenging behaviour: general anaesthesia or sedation? Br Dent J. 2000 Apr 8;188(7):358-60. - 9 - Pischaiyong T, Trairatvorakul C, Jirakijja J, Yuktarnonda W. Comparison of the effectiveness of oral diazepam and midazolam for the sedation of autistic patients during dental treatment. Pediatr Dent. 2005 May-Jun;27(3):198-206. - 10 - Primosch RE, Bender F. Factors associated with administration route when using midazolam for pediatric conscious sedation. ASDC J Dent Child. 2001 Jul-Aug;68(4):233-8, 228.

# Personnes âgées dépendantes

## Prise en charge au cabinet, au domicile

Depuis quelques années, je suis régulièrement sollicitée par le personnel de l'EHPAD de ma ville (Établissement hospitalier de personnes âgées dépendantes) pour prendre en charge les soins dentaires de certains pensionnaires. Les vacations dentaires dans les EHPAD sont inexistantes et les locaux inadaptés à la réalisation de soins dentaires dans des conditions favorables. Par ailleurs, il existe bien une valise portable mise à disposition des praticiens par chaque Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, mais son accès est mal aisé à cause de l'éloignement géographique entre les locaux de l'ordre et les locaux des EHPAD.

**Pour les personnes à mobilité réduite ou celles qui sont alitées, je me rend sur place pour la première consultation.** Cette visite me permet de faire connaissance avec le patient, de contrôler son état bucco-dentaire (hygiène, besoin de soins), d'entendre sa demande et de vérifier sa possibilité de coopération et de déplacement. Parfois, il est possible d'effectuer les soins sur place (empreinte de réparation de prothèse, essai, livraison de prothèse adjointe, etc). Ce n'est pas très confortable, ni pour le patient ni pour le praticien, mais cela permet d'économiser du temps et du personnel. De plus les personnes âgées adorent avoir de la visite même si c'est le dentiste !

**Quand cela est possible, j'organise le déplacement du patient jusqu'au cabinet dentaire.** Cette organisation demande quelques efforts personnels : il faut prendre contact avec le médecin traitant, le personnel médical de l'EHPAD, la famille (ou le tuteur) et la personne de l'établissement (ou l'ambulancier) qui est chargée de véhiculer la personne âgée. **Bien sur il faut, pour cela, que l'accès du cabinet soit aux normes** (cf article ci contre)

La **prise de contact avec le médecin traitant** est importante : il délivre le bon de transport pour le déplacement des patients et nous renseigne sur leur état de santé, les contre-indications de soins et les médications en cours : environ 70% d'entre eux révèlent des atteintes neurologiques et cardio-vasculaires et dans la majorité présente des pathologies associées (métaboliques et endocriniennes, rhumatologiques, respiratoires, pertes sensorielles...). La polymédication et les effets secondaires sont très fréquents (hypofonction salivaire due aux psychotropes par exemple).

Les **renseignements administratifs du patient** (état civil, n° de sécu, ALD, famille ou tutelle à contacter, etc.) sont établis à l'aide du secrétariat de l'établissement.

**L'organisation du transport du patient et son transfert sur le fauteuil** dépendent toujours de son état de santé et de sa mobi-

lité : valide, en fauteuil roulant ou alité. Dans tous les cas le fauteuil doit être accessible et adapté. Lorsque le déplacement nécessite une organisation compliquée, il est préférable de prévoir des séances assez longues pour éviter des voyages trop répétés ; mais attention à bien respecter les possibilités physiques d'un patient toujours fragile et se fatigant rapidement (la moyenne d'âge des résidents est de 83 ans). Les soins peuvent alors être réalisés et une fois terminés le retour est organisé de la même façon. Il peut être nécessaire de revoir le patient pour un contrôle, je me rend alors à son chevet pour voir s'il a bien supporté cette « aventure ». Il est utile, pour le suivi du patient par les infirmier(e)s et le médecin traitant, de réaliser une **fiche de liaison** pour noter tous les soins réalisés et à réaliser et transmettre des directives de suivi des soins (médication, repas...).

La santé orale des personnes âgées dépendantes demande à être améliorée : locaux disponibles et adaptés, facilités d'accès aux soins dentaires pour tous, motivation des familles et du personnel médical, prévention, création de postes supplémentaires de personnel soignant correctement formés... mais il serait, déjà, judicieux de mettre en place des visites de contrôle systématiques pour les résidents en EHPAD.

*Dr Patricia Hueber Tardot*

## Domident 31

### **Se déplacer pour nos aînés, se déplacer pour mieux soigner**

Depuis une quarantaine d'années, le vieillissement de la population française augmente régulièrement. Avec l'accroissement de l'espérance de vie, apparaît le problème de la dépendance des personnes âgées. Beaucoup de familles se trouvent confrontées au problème de la prise en charge de l'un des leurs, parents ou grands-parents, devenu dépendant, pour lequel il faut réorganiser tout un cadre de vie et de soins. Les professionnels de santé sont particulièrement exposés à la prise en charge spécifique de ces patients vulnérables et aujourd'hui ils ne peuvent ignorer le problème de la dépendance.

Parmi eux, les chirurgiens dentistes ont un défi à relever. Se déplacer pour aller soigner des personnes sur leur lieu de vie constitue une des difficultés auxquelles les praticiens sont de plus en plus confrontés : technique de soins spécifique, achat de matériel spécifique onéreux (valise de soins), gestion d'emploi du temps difficile, rémunération des actes inadaptée.

De cette réflexion est née DOMIDENT 31. Présent sur le secteur de TOULOUSE et de ses environs, DOMIDENT 31 assure des soins bucco-dentaires ambulatoires auprès des personnes âgées dépendantes sur le lieu de vie habituel (à domicile ou en institution). Une trentaine de praticiens libéraux ont signé la charte de DOMIDENT 31. Ils ont été sollicités pour réaliser des soins auprès de cette population qui n'avait plus accès aux soins bucco-dentaires. En fonction du lieu géographique, des besoins du patient, le chirurgien dentiste coordonnateur de DOMIDENT 31 se met en relation avec le praticien membre disponible sur le secteur : la situation clinique est précisée (état général, antécédents médicaux, degré de dépendance) et le matériel transportable, adapté, ergonomique est acheminé. Le praticien peut alors intervenir dans des conditions sanitaires performantes.

**DOMIDENT 31 est un outil au service :**

- des personnes âgées dépendantes pour lesquelles la santé bucco-dentaire joue un rôle capital dans la nutrition et contribue ainsi au maintien et à l'amélioration de leur état général et de leur qualité de vie,
- de leur famille qui sont couramment confrontées aux difficultés de la prise en charge de leurs aînés,

- des chirurgiens dentistes qui trouvent un soutien logistique et technique au service de leurs patients âgés fragilisés, des professionnels de la gériatrie (médecins, infirmières, auxiliaires de vie, etc) qui trouvent un interlocuteur pour résoudre les problèmes bucco-dentaires.

La reconnaissance officielle des partenaires publics, privés (Conseil de l'Ordre, ARH, URCAM, Fondation de France) et les financements accordés montrent que DOMIDENT 31 répond de façon concrète et efficace à un besoin de santé publique actuel.

**A présent, les perspectives de DOMIDENT 31 sont nombreuses :** élargissement du secteur géographique, mise en place d'actions de formation, prise en compte du déplacement ...

Il faut souhaiter que DOMIDENT 31 puisse se développer davantage et que s'épanouisse ce projet à la fois ambitieux et pragmatique, inscrit dans une démarche de solidarité entre les générations, entre les professionnels de santé avec pour horizon l'amélioration de la qualité de vie et de soin de nos aînés.

*Dr Marie-Hélène LACOSTE-FERRE*

**Présidente - Coordinatrice du réseau DOMIDENT 31**  
Pour contacter le secrétariat de Domident : voir notre site Internet : [SFCD.fr](http://SFCD.fr), Rubrique Région Midi Pyrénées

# Handident Nord

www.handident.com

Dans le Nord Pas de Calais, un réseau régional d'accès à la santé bucco dentaire pour personnes en situation de handicap existe depuis mai 2004 : HANDIDENT [www.handident.com](http://www.handident.com)

Ce réseau a été créé par l'association des paralysés de France et le comité régional de l'ordre des chirurgiens dentistes, suite à la loi du 4 mars 2002 (solidarité envers les personnes handicapées (voir [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)))

## **Handident a plusieurs objectifs :**

Tout d'abord, rassembler différents acteurs motivés par l'approche et les soins des personnes handicapées et les faire se rencontrer lors de formations. Nous avons eu, par exemple récemment, une journée sur la trisomie 21 avec le docteur Chelala, un pédiatre du SESSAD et Martine Hannequin de l'UFR de Clermont- Ferrand.

Cette journée s'adressait tant aux chirurgiens dentistes, qu'aux médecins, aux infirmières de centres d'handicapés, psychomotriciennes, etc.,

Ensuite, développer la prévention au sein même des centres accueillant des jeunes handicapés : par la formation du personnel soignant, encadré par des chirurgiens dentistes en adaptant le brossage en fonction du handicap, et par des dépistages.

Enfin l'association aide à l'accessibilité des cabinets dentaires des praticiens adhérents, notamment l'accès pour les fauteuils roulants. Handident est financé par une dotation régionale pour le financement des réseaux URCAM et ARH.

**Quelques chiffres :** sur 94 personnes en situation de handicap dans un centre de la région, 29% n'ont jamais vu de dentistes, 67% ont besoin de soins et 57% ont une hygiène bucco dentaire insuffisante.

Les praticiens adhérents ont une formation à la sédation consciente devant permettre des soins en cabinet dentaire de ville.

Si l'exécution des soins demeure trop difficile,

il se met en place dans la région des cabinets en milieu hospitalier ayant la possibilité d'utiliser la sédation par le MEOPA, mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote.

Enfin il reste en dernier recours la pratique des soins, toujours en milieu hospitalier, avec un dentiste ou un stomatologue travaillant sous anesthésie générale.

Les 118 Praticiens adhérents à l'association Handident doivent sortir de l'empathie pour être efficaces auprès des personnes des 87 établissements sanitaires de la Région.

Grâce au réseau ils ont la possibilité de se former afin de ne pas laisser tomber ces patients. Il y a un numéro d'appel et Hassina Guerroumi, la directrice, est là pour aider les parents d'enfants, les personnels soignants des centres et les praticiens afin de trouver la meilleure solution.

*Dr Catherine Flechel,  
adhérente Handident*

## Personnes handicapées, normes d'accessibilité

**La loi sur l'égalité des chances du 11 janvier 2005 avait promis aux personnes handicapées, des lieux de vie plus adaptés aux handicaps.**

**Il a fallu attendre longtemps l'arrêté permettant l'application de ces principes. C'est désormais chose faite avec l'arrêté du 30 novembre 2007.**

### **Le principe**

Le texte précise les nouvelles règles d'accessibilité des personnes handicapées dans les constructions neuves et s'applique à toute rénovation demandant un permis de construire.

### **Les obligations**

Dans les parties communes, neuves ou rénovées, l'espace doit être suffisamment large pour qu'un fauteuil roulant puisse faire demi-tour et ne doit pas être un parcours semé d'embûches. L'ascenseur, obligatoire dans les immeubles de plus de trois étages (R+3), doit desservir chaque niveau. Les parkings doivent être accessibles en fauteuil roulant.

### **Une attestation de travaux**

Dans les bâtiments neufs, c'est le promoteur qui doit respecter les normes et les intégrer dans son cahier des charges. Dans les travaux

de rénovation, c'est l'attestation d'un contrôleur technique qui fera foi. L'accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées doit être attestée en fin de travaux.

Un arrêté du 22 mars 2007, paru au JO du 5 avril 2007, définit les modalités d'application du décret n°2006-555. Il fixe les dispositions relatives à l'attestation constatant que les travaux sur certains bâtiments respectent les règles d'accessibilité aux personnes handicapées.

### **Les exceptions**

Lorsque techniquement, il est impossible de réaliser ces travaux dans l'immeuble existant ou que ces travaux nuiraient à la qualité architecturale d'un édifice inscrit ou classé, le préfet peut accorder une dérogation.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, à l'issue de tous travaux soumis à permis de construire, les maîtres d'ouvrage doivent fournir aux autorités administratives, une attestation de prise en compte des règles d'accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées. Cette nouvelle obligation résulte de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances qui l'a introduite dans l'article L. 111-7-4 du code de la construction et de l'habitation. La forme et le contenu de cette attestation sont définis dans les articles R. 111-19-21 à

R. 111-19-24 du code de la construction résultant du décret n° 2006-555. Cette attestation doit être établie à l'issue des travaux. Elle peut être établie soit par un contrôleur technique agréé, soit par un architecte, autre que celui qui a signé la demande de permis de construire.

Le maître d'ouvrage est tenu de l'adresser à l'autorité qui a délivré le permis de construire et au maire de la commune où ont été réalisés les travaux, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'achèvement des travaux. Des sanctions pénales sont prévues en cas de non respect de ces obligations.

Ces nouvelles contraintes sont en fait des prises en compte de « l'handicap » qui peut toucher chacun d'entre nous. Bien des circonstances de vie réduisent la mobilité, la vieillesse comme la petite enfance d'ailleurs.

Qui n'a jamais trébuché sur une petite marche de 5 cm non visible !!!

Prendre des mesures pour rendre notre cabinet accessible peut résulter plus d'une philosophie de vie que d'une démarche obligatoire et contraignante. Les principes d'application résulteront alors du bon sens.

*Dr Marie Brassat*

# Remplir les obligations d'employeur

## ... Quelques points à vérifier

### Les affichages réglementaires

Le Code du Travail prévoit qu'un certain nombre d'informations essentielles soient affichées dans les locaux de l'entreprise.

Tout employeur qui ne respecterait pas ces obligations encourt des sanctions : Articles L.620-5, R.232-12-20, L.135-7, R.135-1, R.122-12, L.620-2, D.212-18, D.223-4, L.123-7, L.140-7, R.140-2, R.236-7. La plupart du temps, ces dispositions doivent être affichées sous peine d'amende de 3ème classe (1.500 Euros).

Il s'agit notamment :

- **Dispositions du code du travail**
- **Disposition lutte contre le harcèlement**
- **Disposition pour l'égalité professionnelle homme femme**
- **Interdiction de fumer**
- Le projet de loi de **lutte contre les discriminations** a été définitivement adopté le 15 mai 2008. Ce texte transpose en droit français 5 directives communautaires.

Pour l'essentiel, ce texte :

- précise les **définitions de la discrimination directe**, indirecte et des faits qui leur sont assimilés;
- renforce la **protection des victimes** en prévoyant un aménagement de la charge de la preuve ;
- **impose l'affichage** du texte des articles 225-1 à 225-4 du Code pénal «dans les lieux de travail ainsi que dans les locaux ou à la porte des locaux où se fait l'embauche».

**D'autre part, doivent aussi être affichés, par exemple :** le logo pour la protection contre les rayons ionisants, les procédures à suivre au cabinet : procédure de décontamination, de stérilisation, conduite à tenir en cas d'accident, ...

### La formation continue :

**adapter les salariés à l'évolution de leur emploi tout au long de l'exécution des contrats de travail**

La convention collective applicable aux cabinets dentaires prévoit des qualifications attachées aux profils de postes énoncés. Il convient donc de les respecter, à l'aide de contrats de profes-



### La prévention des risques

L'évaluation a priori des risques professionnels consiste à **identifier et classer les risques auxquels sont soumis les salariés du cabinet**, en vue de mettre en place des actions de prévention adaptées. Elle constitue l'étape initiale d'une politique de santé et de sécurité au travail.

Le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 a introduit dans le Code du travail une nouvelle disposition réglementaire destinée à «formaliser» cette étape cruciale de la démarche d'évaluation des risques : désormais, **les résultats de cette évaluation doivent être transcrits dans un «document unique»**.

sionnalisation par exemple. D'autre part, l'employeur a l'obligation d'assurer l'adaptation des salariés à leur poste de travail, notamment par la formation, et de veiller au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations.

Il en est de même lors de licenciements pour motif économique : à l'obligation de reclassement des salariés concernés s'ajoute celle visant à assurer leur adaptation au nouvel emploi, notamment par une formation

adéquate et suffisante. Sous certaines conditions, l'entreprise peut bénéficier d'une aide à la conception d'un plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences comprenant notamment des actions de formation destinées à assurer l'adaptation des salariés à l'évolution de leurs emplois.

Il s'agit principalement du **DIF**. (voir page 51)

### Le temps de travail

La publicité des horaires, le décompte du temps de travail et l'enregistrement des horaires font l'objet de dispositions légales particulières. Le respect de ces dispositions est important car, en cas de litige sur le nombre d'heures de travail, l'employeur sera amené à fournir des éléments justificatifs.

**Définition :** La durée du travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives, sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.

### Limites<sup>(1)</sup> :

- Durée légale du travail : **35 heures par semaine**
- Durée annuelle en heures effectivement accomplies : **1587 heures**
- Durée maximale quotidienne : **10 heures**
- Durée maximale hebdomadaire sur une semaine : **46 heures**

- Durée maximale hebdomadaire moyenne :

**44 heures sur 12 semaines consécutives**

<sup>(1)</sup>Ces limites n'impliquent pas l'interdiction de travailler au-delà mais leur dépassement est strictement encadré par les textes et ouvre droit à des compensations en temps et/ou en salaire (heures supplémentaires, repos compensateur...).

**Organisation du temps de travail possible<sup>(2)</sup> :**

**1. Sur la journée : de 4 à 6 jours**

**par semaine**

**2. Par équipes**

**3. Selon un cycle de travail**

**sur plusieurs semaines**

**4. Modulation annuelle avec**

**une saison haute et une saison basse**

<sup>(2)</sup>Chaque type d'organisation obéit à des règles précises fixées par les textes légaux ou conventionnels.

**Repos obligatoires :**

Repos hebdomadaire : 24 heures en principe le dimanche

- **Repos quotidien** : en principe 12 heures par jour
- **Pause quotidienne** : 20 minutes par période de 6 heures de travail continu
- **Congés payés** : 2.5 jours acquis par mois soit 30 jours ouvrables par année travaillée
- **Jours fériés** : L'ensemble du personnel des cabinets dentaires bénéficie des congés suivants, sans retenue de salaire : jour de l'An ; lundi de Pâques ; 1er Mai ; 8 Mai ; Ascension ; lundi de Pentecôte ; 14 Juillet ; 15 Août ; Toussaint ; 11 Novembre ; Noël. Les heures de travail ainsi perdues par suite du chômage de ces jours, ne peuvent donner lieu à récupération. Les usages locaux ayant, dans certains cas et certaines régions, institué des jours chômés, les employeurs respecteront ces us et coutumes.

**Contrôle du temps de travail :**

- **Champ d'application** : les cabinets dentaires, soumis à la durée légale du travail, sont tenus de veiller au respect des **dispositions légales et conventionnelles** relatives à la **durée et à l'aménagement** du temps de travail.
- **Périmètre du suivi** : pour cela, il doit exister un moyen de décompte des heures de travail permettant de connaître le nombre journalier d'heures de travail effectif accomplies et de vérifier l'application des dispositions relatives :
  - aux durées maximales journalière et hebdomadaire de travail



**Les heures supplémentaires**

**Heures supplémentaires : ce qui a changé depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007 pour les employeurs.**

Pour alléger le coût de ces heures, la loi du 21 août 2007 instaure de nouveaux avantages qui se traduisent, pour l'employeur, par une déduction forfaitaire sur les charges patronales, diminuant ainsi le coût de chaque heure supplémentaire, et, pour le salarié, par une réduction des cotisations salariales (augmentant ainsi le net perçu) et une exonération fiscale.

Les heures complémentaires effectuées par les salariés à temps partiel sont également concernées, mais sans incitations financières particulières pour les employeurs.

Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2007, pour les heures effectuées à compter de cette date.

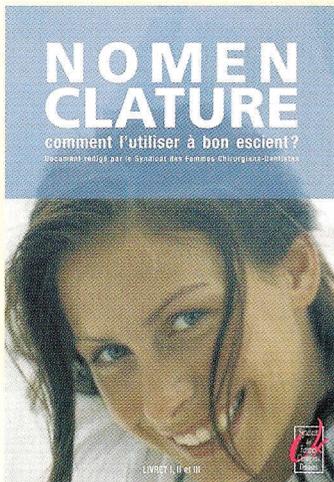
- à la rémunération des heures supplémentaires ou à l'octroi de repos compensateurs de remplacement
- au contingent légal ou conventionnel des heures supplémentaires
- au repos compensateur de droit commun
- aux formes particulières d'organisation du travail (RTT, annualisation,...)

- aux heures de récupération dans les cas prévus par les textes
- aux horaires individualisés
- aux régimes des différentes absences (congé, maladie...)

**Modalités de contrôle** : Le contrôle de la durée du travail de chaque salarié doit être rendu possible par :

- soit par l'enregistrement quotidien des horaires de travail
  - par l'employeur qui remettra une copie du document au salarié à chaque paie,
  - par le salarié, sous la responsabilité de l'employeur. Le salarié pourra demander copie du document d'enregistrement avec le bulletin de paie.
- soit par l'affichage des horaires de travail (en cas d'horaires collectifs concernant plusieurs salariés occupés en un même lieu). L'employeur affiche pour chaque jour de la semaine les heures auxquelles commence et finit chaque période de travail. L'affichage des horaires suppose une impossibilité d'être employé en dehors de ceux-ci.

# Le point sur la nomenclature



## Modifications de la nomenclature :

### ■ Curetage péri-apical avec ou sans résection apicale :

Par décision du 13 décembre 2007 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie :

L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les chirurgiens-dentistes : Au titre III – Actes portant sur la tête, chapitre VII.- Dents gencives, Section II. – Soins chirurgicaux, à l'article 2 - Traitement des lésions osseuses et gingivales, le coefficient de l'acte : porté à DC 24, au lieu de DC 15. JORF n° 0058 du 8 mars 2008 p 4324, texte n° 32, NOR : SJSU0820117S.

Cette nouvelle cotation est applicable depuis le 9 mars 2008.

### ■ Les implants inscrits à la NGAP en cas d'agénésies multiples :

Par décision du 3 avril 2007 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie :

L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins et les chirurgiens-dentistes :

**AU TITRE III :** "Actes portant sur la tête", chapitre VII : "Dents, gencives", est ajoutée la section IV.

**SECTION IV :** Agénésies dentaires multiples.

#### ARTICLE 1<sup>ER</sup>

##### Conditions de prise en charge par l'assurance maladie chez l'enfant.

Traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l'enfant : oligodontie mandibulaire (agénésie d'au moins 6

dents permanentes à l'arcade mandibulaire, non compris les dents de sagesse) avec pose de 2 implants (voire 4 maximum) uniquement dans la région antérieure mandibulaire, au-delà de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, après échec ou intolérance de la prothèse conventionnelle.

Un protocole de soins doit être établi dans les conditions prévues à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

#### ARTICLE 2

##### Etape préimplantaire chez l'enfant :

bilan avant pose d'implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux.

- Enregistrement des rapports maxillo-mandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur..... **D ou K 17**

- Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel..... **D ou K 51**

- Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire..... **D ou K 73**

- Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire..... **D ou K 49**

- Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical..... **D ou K 16**

#### ARTICLE 3

##### Etape implantaire chez l'enfant :

pose et dépose d'implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux.

*Le recours à une anesthésie générale peut être nécessaire ; dans ce cas, le code des actes d'anesthésie figure dans la classification commune des actes médicaux.*

##### Pose d'implant préprothétique intraosseux intrabuccal :

- le premier implant au cours de la même séance de pose d'implants .... **DC ou KC 210**

- chacun des suivants jusqu'au 4<sup>e</sup> implant au cours de la même séance de pose d'implants ..... **DC ou KC 176**

##### Dégagement et activation d'implant préprothétique intraosseux intrabuccal :

- le premier implant au cours de la même séance de dégagement et activation d'implants..... **DC ou KC 45**

- chacun des suivants jusqu'au 4<sup>e</sup> implant au cours de la même séance de dégagement et activation d'implants ..... **DC ou KC 33**

En cas de pose d'implant avec dégagement et activation au cours de la même séance, la cotation du dégagement et de l'activation sera réduite de 50 %.

##### Pose de moyen de liaison sur implants intrabuccaux :

- le premier moyen de liaison unitaire sur implant au cours de la même séance de pose de moyen de liaison..... **DC ou KC 77**

- chacun des suivants jusqu'au 4<sup>e</sup> moyen de liaison unitaire sur implant au cours de la même séance de pose de moyen

de liaison ..... **DC ou KC 71**

- Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire..... **DC ou KC 9**

##### Ablation d'un implant préprothétique intraosseux intrabuccal avec résection osseuse :

- le premier implant au cours de la même séance d'ablation d'implants ... **DC ou KC 42**

- chacun des suivants au cours de la même séance d'ablation d'implants..... **DC ou KC 9**

#### ARTICLE 4

##### Etape prothétique chez l'enfant :

prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire.

- Pose d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine comportant moins de 9 dents..... **SPR ou PRO 50**

- Pose d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine comportant de 9 à 13 dents..... **SPR ou PRO 70**

- Pose d'une prothèse amovible complète mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine..... **SPR ou PRO 85**

- Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra-implantaire..... **SPR ou PRO 15**

JORF du 27 juin 2007 texte 27 sur 117, NOR : SJSU0721725S

#### ■ Cotations

##### Comment coter un collage de fragment de dent fracturé ?

C'est une équivalence à SC 17. Comme c'est un acte en urgence, on ne fait pas la DEP.

La cotation est SC 17 (ou SC 20 pour un enfant de moins de 13 ans) sans entente directe ni dépassement d'honoraire.

##### Soins chirurgicaux :

**Rappel de la première partie, dispositions générales de la NGAP. Article 11. Actes multiples au cours de la même séance.**

**A)** Actes effectués dans la même séance qu'une consultation.

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exceptions prévues ci-dessous.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

##### Exceptions :

**a)** Le cumul des honoraires prévus pour la radiographie pulmonaire avec les honoraires de la consultation est autorisé pour les médecins pneumo-phtisiologues qualifiés.

**b)** La consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

**c)** le cumul des honoraires prévus pour l'électrocardiogramme avec les honoraires de la

consultation ou de la visite est autorisé dans les conditions précisées au titre VII, chapitre V, article 1. Cependant, en cas d'actes multiples au cours de la même séance, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec la consultation ou la visite.

**B)** Actes en K, KC, KCC, KE, D, DC, SF, SFI, AMI, AIS, AMP, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance.

**1.** Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre. Le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient. Toutefois, le second acte est noté à 75 % de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50 % de son coefficient.

**2.** En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués (1).

(1) Exemple. - Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée : K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

**3.** lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes. Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1° et 2° ci-dessus.

**4.** Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :

- aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes;
- à l'électrodiagnostic de stimulation et à l'électromyogramme figurant au titre III, chapitre I article 1. ;
- en odontostomatologie, lorsqu'un acte isolé distinct est accompli lors d'une des séances d'un traitement global.
- Aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques.

**Tous les actes de chirurgie entrent dans l'application de l'article 11 B de la NGAP (1<sup>er</sup> acte tarif plein, 2<sup>ème</sup> acte 1/2 tarif, 3<sup>ème</sup> acte et suivants ne donnant pas lieu à honoraires, sauf pour les extractions de dents définitives, pour les extractions de**

### **dents lactéales et les extractions de dents de sagesse.**

Exemples : • Ext 46, 47, 44, 14 et 15 dans une même séance : DC 16 + DC 8 + DC 8 + DC 8 + DC 8 • Ext 46, 85, 84 dans une même séance : DC 16 + DC 8 + DC 4

### **Par contre, l'article 11 B s'applique pour la gingivectomie :**

La gingivectomie doit porter sur toutes les dents présentes sur le sextant concerné. Le sextant doit être considéré comme étant un site denté totalement ou partiellement.

La nomenclature définit 3 sextants par arcade : de canine à canine, et de prémolaire à dent de sagesse (soit pour le maxillaire supérieur de 18 à 14, de 13 à 23, et de 24 à 28).

Qu'il y ait une seule dent ou plusieurs dents présentes, la cotation est DC 20 (1 seul DC 20 par sextant)

La cotation maximale ne peut excéder 6 DC 20 (6 séances différentes) pour les 2 arcades dentaires avec application de l'article 11 B si plusieurs sextants sont traités au cours de la même séance : exemple : 4 sextants dans la même séance DC 20 + 20/2 + 0 + 0.

Si plusieurs dents sont présentes sur le sextant concerné et qu'une gingivectomie est réalisée sur 1 seule dent, cette gingivectomie ne peut être cotée.

La gingivectomie constitue un traitement chirurgical d'exérèse de la gencive pathologique d'origine hormonale, médicamenteuse ou bactérienne.

Les indications de la gingivectomie sont :

- L'hyperplasie gingivale.
  - Les poches parodontales supra-osseuses avec des parois gingivales de type fibreux.
  - L'allongement coronaire ne nécessitant pas de résection osseuse (ne peut donner lieu à cotation car compris dans le coefficient de l'obturation coronaire ou de la prothèse conjointe.
- Ainsi, le traitement de poches parodontales avec retentissement osseux et intra-osseux ne rentre pas dans cette acceptation.

### **Questions, réponses :**

#### **Comment coter une facette collée ?**

**Seule l'obturation d'une cavité entraîne une cotation.**

HN donc avec devis obligatoire

#### **Comment coter les inter de 2 bridges sur la même arcade dans une même séquence de soins: ex : bridge 15-17 remplaçant 16 et bridge 25-27 remplaçant 26 ?**

C'est l'entité prothétique qui compte. Il y a 2 bridges dento-portés donc 2 SPR 30, chaque inter de bridge correspondant à la cotation d'une PPA résine.

#### **Comment coter les gouttières en cas de bruxisme ?**

• 1<sup>ère</sup> réponse : D60 non opposable. Le montant

des honoraires est fixé par entente directe avec le patient avec devis obligatoire. C'est la cotation prévue à la NGAP, 2<sup>ème</sup> Partie, Titre III, Chapitre VIII pour « une prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé ».

• 2<sup>ème</sup> réponse : D60, acte par assimilation, soumis à entente préalable et opposable.

L'équilibration occlusale ou les meulages sélectifs qui sont réalisés sont hors nomenclature. La gouttière est considérée comme une étape de soin du dysfonctionnement de l'ATM. Il s'agit d'un traitement symptomatologique du SADAM. C'est une étape du traitement qui sera suivi d'un HN pour le reste.

Etant donné les différences d'interprétation d'une région à l'autre, il est vivement conseillé de demander à votre chirurgien-dentiste conseil.

### **Comment coter les couronnes sur implant ?**

Les prothèses sur implant peuvent donner lieu à la cotation des appareillages correspondant aux édentements corrigés. Les cotations ainsi appliquées sont celles d'un appareil résine.

C'est l'entité prothétique qui compte.

- 1 couronne sur implant : SPR30
- 2 couronnes sur implant solidarisées remplaçant 15 et 16 : 1 SPR30 (1 seule entité prothétique)
- 2 couronnes sur implant non solidarisées sur 15 et 16 : 2 SPR30 (2 entités prothétiques dans ce cas)
- 4 couronnes sur implant non solidarisées : 4 SPR30
- 4 couronnes sur implant solidarisées : SPR35

### **Couronnes céramo-céramiques :**

Une étude est en cours par la HAS afin de faire le point sur les prothèses dentaires à infrastructure céramique en vue de l'évolution de la prise en charge et de la nomenclature.

### **CMU-C :**

**Prise en charge d'actes en dehors du panier de soins ou d'actes hors nomenclature.**

(point réglementaire 70 du 08 12 2006)

**1)** Prise en charge des actes en dehors du panier de soins. Lorsque les exigences d'un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire vont au-delà de ce que prévoit le panier de soins, exemple une couronne céramo-métallique sur une molaire alors que les textes ne prévoient qu'une couronne métallique, le ministère préconise, une prise en charge à la hauteur du panier de soins CMU complémentaire et le différentiel entre le coût total et le montant CMU complémentaire à la charge du patient.

En effet, légalement il n'est pas possible de réduire les droits d'un patient au motif que celui-ci souhaite faire une dépense qui dépasse le panier de soins.

**2)** Prise en charge des actes en hors nomenclature.

ture. Les actes dentaires hors nomenclature peuvent être proposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire par les chirurgiens dentistes.

Néanmoins, l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale prévoit que la CMU complémentaire prend en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale admis au remboursement.

En conséquence, les soins non inscrits à la nomenclature seront facturés en totalité à l'assuré, l'assurance maladie n'intervenant pas en l'espèce.

**Les actes en dehors du panier de soins ou les actes HN peuvent être réalisés sur tous les patients bénéficiaires de la CMU à condition d'établir un devis préalable, avec notamment une information claire sur le reste à charge que le patient bénéficiaire de la CMU aura à supporter.**

**Prise en charge de 6 semestres de traitement ODF.**

(arrêté du 27 mars 2007 paru au J O du 2 mai 2007 et modifiant l'arrêté du 30 mai 2006).

*Dr Nicole Vinot*

## RECAPITULATIF DES COTATIONS DE PROTHESES IMPLANTO-PORTEES ET DENTO-IMPLANTO-PORTEES

SITUATION CLINIQUE	COTATION
<b>2 couronnes unitaires</b> implanto-portées contiguës ou non	<b>2 SPR 30</b>
<b>Remplacement de 11-12-21-22 par :</b> 1 <sup>er</sup> cas : 4 couronnes unitaires, implanto-portées 2 <sup>ème</sup> cas : 4 couronnes solidarisées, implanto-portées	<b>4 SPR 30</b> <b>1 SPR 35</b>
<b>Remplacement de 14-15-16-17</b> par un bridge implanto-porté 3 implants : 14-16-17 ; 1 inter : 15.	<b>SPR 35</b>
<b>Bridge implanto-dento-porté</b> 14 : dent délabré ; 15 : inter ; 16 : implant	<b>SPR 50</b> <b>+ SPR 30</b>
<b>Dans la même séance, pose de :</b> - Bridge implanto-porté : 14-15-16 (2 piliers sur implants + inter 15 ) - Bridge implanto-dento-porté : 24-25-26 (24 dent saine, 25 inter, 26 implant )	<b>SPR 30</b> <b>+</b> <b>SPR 30</b>

Par contre, il n'y a aucune prise en charge par la sécurité sociale de tout ce qui concerne la pose des implants, sauf en cas d'agénésies multiples , ni pour les examens ou les interventions préalables à la pose de ces implants, ainsi que les contrôles de maintenance. Exemples : comblement de sinus , greffe osseuse, greffe gingivale, radios de contrôle...

Tous ces actes sont en HN quand ils ne figurent pas à la NGAP ou NR quand ils sont à la NGAP (comme c'est en vu de la pose d'un implant qui est HN, les conditions ne sont pas remplies pour la prise en charge par l'assurance maladie).

# L'association : une cause commune

**Travailler en association, au sein d'un cabinet dentaire, doit être en premier lieu, un choix réfléchi.**

Qui dit association dit alliance, synergie entre un ou plusieurs partenaires réunis dans une entreprise commune.

Sans règles et sans prise de conscience des obligations et des engagements de chacun, le risque est grand de voir, rapidement, l'union se déliter.

L'objectif de cet article est de nous permettre de réfléchir sur les avantages et les contraintes liés à une association, en s'appuyant sur le vécu et les expériences de chacune, le but final étant de s'approprier les données nécessaires à la création d'une association la plus harmonieuse possible.

**Avoir une vision claire du « pourquoi s'associer », permettra de mettre en place les fondements de l'association :**

- Le but prioritaire de l'association est-il de faciliter la gestion matérielle (partage des frais, du cabinet et de sa structure...)?

- Le choix est-il dicté par le besoin ou la nécessité de fonctionner à partir des compétences et des spécialités de chacun ?

- L'association obéit-elle au goût de travailler en équipe, partager un savoir, des expériences ?

- Enfin, peut-on envisager que, dans certains cas et pour différentes raisons, elle soit inévitable ?

**Après avoir défini le « pourquoi », passons au « comment » en gardant en mémoire deux éléments importants :**

L'aspect individualiste du métier et la forte notion d'indépendance peuvent freiner l'intégration dans un groupe.

Une association induit le partage et l'acceptation du fonctionnement de l'autre (ou des autres). D'où l'importance du choix de son (ou de ses) associé.

Nous pouvons, d'une façon non exhaustive, lister différents critères de choix. Le choix définitif, sera probablement influencé par le but prioritaire de l'association.

Vous pouvez envisager l'alliance avec un homme, une autre femme. Ceux-ci peuvent être plus jeunes et moins expérimentés que vous ou plus âgés et plus expérimentés.

Certaines circonstances peuvent être également à l'origine de l'association : partage d'un

objectif commun, rencontres, affinités, collaborateur, copain/copine, mari/épouse...

Les éléments en relation avec la culture, le tempérament seront aussi à prendre en considération.

**Dans tous les cas, vous serez confrontées, au fil du temps, aux questions essentielles attachées à la cause commune :**

- qui prend les décisions ? Pourquoi ?
- quel leadership ? Le pouvoir ou l'hégémonie mal définis au départ sont de nature insidieuse et génératrice de conflits. Quel équilibre adopter ?
- l'importance de la structure a-t-elle une incidence sur le fonctionnement. (En accepter les avantages mais aussi les contraintes) ?
- chacun a-t-il la capacité et est-il prêt à assumer et à gérer les dépenses relatives à sa pratique (matériel professionnel, choix du labo-prothésiste, produits...) et les dépenses communes à l'association ?

## L'association, du vécu !

Avec l'année 2009 qui approche, je voudrais ici vous faire part de mon expérience puisque je vais m'associer avec 3 autres praticiens dans le cadre d'un groupe médical qui comprendra aussi des médecins, des kinés et des infirmières.

De nombreuses rencontres ont permis de clarifier les objectifs de chacun, d'identifier nos valeurs communes et la façon de chacun de voir notre profession. Cependant nous sommes bien conscients que de nombreux écueils nous guettent !

C'est pourquoi nous avons essayé de mettre en place le maximum de cadres auxquels nous pourrions nous référer en cas de mésentente. Ces cadres ont été agréés par chacun d'entre nous dans 2 contextes : les statuts de la SCM ont été élaborés avec l'aide d'une avocate, puis un règlement intérieur précise les règles de fonctionnement.

Au niveau de la SCM les points abordés sont les suivants (mais restent classiques):

- les conditions d'adhésion à la SCM, les conditions de cession des parts, le cas du décès d'un associé, le retrait d'un associé ;
- les responsabilités, la gérance, les pouvoirs de la gérance ;
- les décisions collectives ;
- l'exercice social avec les comptes, les couvertures de frais de fonctionnement, les investissements, l'affectation des résultats, l'évaluation annuelle des parts ;
- la liquidation, les compétences en cas de contestations.

- l'envie de se former et le choix des formations seront-ils une aide ou une entrave à l'évolution de l'association et du cabinet ?
- les objectifs de chacun des partenaires vont-ils dans le même sens, sont-ils complémentaires ?
- chacun a-t-il saisi l'importance d'utiliser et de rationaliser le partage du temps et les compétences du personnel (travail au fauteuil, stérilisation, secrétariat) en adéquation avec les besoins (temps de travail) de chaque praticien et le fonctionnement du cabinet ?
- quel principe de communication sera mis en place au sein de l'association ?

Connaître et résoudre ses problématiques, nous permettront d'une part, de mieux vivre au quotidien et d'autre part, de donner une image valorisée du cabinet.

En conclusion, une association réussie sera celle qui aura trouvé le juste équilibre entre ses propres aspirations et les visions de son (ou ses) partenaire(s). Vaste gageure !

Marie-José Aussonne  
et Dr Isabelle Marceau

**Au niveau du règlement intérieur voici la liste des points abordés :**

- **1° Prise de congés**
- **2° Responsabilités :**
  - Responsable du personnel en commun
  - Responsable comptabilité de la SCM
  - Responsable de l'entretien des locaux et du matériel commun
  - Responsable de la cohésion d'équipe et des relations avec les autres professions
- **3° Modalités de prises de décision :**
  - Concernant le personnel en commun
  - Concernant les achats groupés
  - Concernant la révision du règlement intérieur
  - En cas de désaccord à 2 contre 2
- **4° Prise en charge des urgences et des nouveaux patients**
- **5° Prêt des fauteuils**
- **6° Fonctionnement organisationnel commun**
- **7° Accès à la salle de stérilisation**
- **8° Remplacement de la secrétaire**
- **9° En cas d'absence d'une des assistantes**
- **10° En cas d'absence d'un des praticiens**
- **11° Accès au bloc**
- **12° Réunions**
- **13° Gestion de la copropriété**

Toutes ces précautions ne nous mettent certes pas à l'abri de mésententes mais nous espérons avoir au moins créé un espace de parole qui permettra à chacun d'aborder les différents sujets plus facilement avec ces cadres.

Dr Karine Guitard

# L'esprit...

# guide la main...

**En tant que sexologue, le thème choisi cette année me ravit.**

L'art dentaire est un art humaniste. Si la bouche est indispensable à la survie de l'espèce, la dent par contre devient de plus en plus un élément « social » ; en effet, si elle participe au développement et ainsi à l'architecture de la cavité buccale, ce n'est pas vraiment elle qui est à l'origine de la transformation de la gueule du primate en bouche humaine. La dent ne fait pas l'humain, la bouche oui.



Si l'on se penche sur le passage du primate à l'homme, c'est plutôt la migration du larynx transformant la forme de la cavité buccale qui est l'élément le plus important, permettant ainsi le langage, et notamment la morphologie de la voute palatine, en plus de la position du larynx.

### L'aptitude morphologique à produire le langage est la résultante de plusieurs transformations :

- la descente du larynx comme du jeune enfant vers l'adulte,
- la forme du tractus vocal. Les grands singes possèdent un tractus vocal apte à la production de certains sons différenciés, permettant un certain niveau de communication entre eux mais inadapté au langage articulé. De nombreuses études sur l'apprentissage du langage chez les chimpanzés ont montré qu'ils sont capables de comprendre des phrases assez simples mais qu'en aucun cas ils ne possèdent un langage articulé.
- enfin, la capacité de la langue d'atteindre certaines zones du tractus vocal supérieur et notamment du palais.

En admettant que les dents soient nécessaires à l'installation de cet extraordinaire instrument vocal qu'est la bouche, une fois le langage appris, chacun décide de l'émission ou non de ses sons. Même, et heureusement, les personnes muettes vivent, et sans parler si j'ose dire. Le langage des sourds et malentendants n'est pas une histoire d'édentés. Egalement sans rapport avec les dents, et pour n'en citer que certains, Internet, le téléphone, ou tout simplement l'écriture, sont autant de moyens



Figure 1. Schématisation des tractus vocaux d'un nouveau-né humain, d'un homme adulte, d'un chimpanzé adulte, et d'un australopithèque. (1): modifié d'après Laitman, Crelin, et Conlogue, 1977; in Lieberman, 1984; (2): modifié d'après Lieberman, 1984; (3) et (4): modifiés d'après Laitman et Heimbuch, 1982; Lieberman, 1984.

de s'exprimer autrement que par la parole. Evidemment, les dents sont toujours considérées comme utiles puisque leur fonction principale est de nous permettre de mastiquer les aliments. Mais aujourd'hui la mastication devient de moins en moins difficile, notre alimentation se ramollit, les «fast-foods» fleurissent à tous les coins de rue. Certes, l'art culinaire progresse, mais la recherche est plutôt celle de nouveaux goûts. Pour ne donner que l'exemple de la viande, les éloges iront à celle qui « fond » dans la bouche, pas à celle dure à mâcher. Exit les dents pour leur fonction qui était essentielle, c'est-à-dire la transformation de ce qui est ingurgité en bol alimentaire, à envoyer dans l'œsophage ; sans oublier que l'expérience clinique a démontré depuis longtemps que les édentés ne meurent pas de faim! Il faut admettre que si les dents étaient si indispensables, les patients auraient compris depuis bien longtemps l'intérêt de s'en occuper. Cela fait plus de 25 ans que je pratique, et ils – en général – ne savent toujours pas se laver les dents ! A mon humble avis, nous ne savons pas leur parler de ce qui les intéresse, nous n'avons pas déterminé la bonne cible, diraient les experts en communication.

La seule raison qui pousse l'humain à prendre en considération ses dents, c'est le sens qu'il donne à cette partie de son corps appelée la bouche, et par conséquent, le besoin ou non de cet élément secondaire qu'est la dent. Je prétends en effet que l'odontologie est devenue un attribut social, un marqueur d'identité. Notre art est avant tout une heureuse conséquence de notre condition humaine. Les grands singes présentent à leurs congénères le

fameux « play-face », mimique s'apparentant à un sourire dents visibles, car ils ont compris que l'union fait la force et que cette façon de paraître fonctionne pour trouver des alliances. L'humain, grâce à cet à peine un pour cent de gènes supplémentaires, y rajoute l'intelligence. Il apprend vite que c'est de la diversité des connaissances qu'augmente la richesse du savoir...

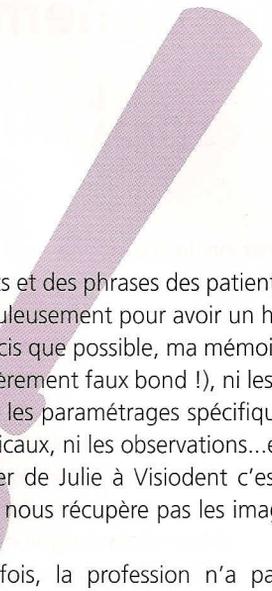
Le neurobiologiste Jean-Didier Vincent parle de la reconnaissance entre les hommes qui se fait dans le partage émotionnel et cognitif. Rousseau parle de pénétration réciproque. La dent n'est ni plus ni moins qu'une partie de cet outil de communication qu'est la bouche. Elle sert, ou ne sert pas. Elle est reléguée au rang des besoins non vitaux. Pour motiver le patient, le praticien doit réaliser que c'est le sens qui dirigera l'attitude du patient ; il brosera s'il en a le désir, pas l'obligation. C'est un choix.

Le praticien aussi a le choix. Il peut être un parfait technicien qui répare l'organe en dysfonction, voire même le remplace presque à l'identique, ou il peut réaliser que cet élément sur lequel est fondé son travail n'est qu'une partie infime de cette zone hautement chargée du point de vue de l'humanité, la bouche. La réflexion me semble fondamentale. C'est bien notre esprit qui doit guider notre main.

**Dr Manon Bestaux, omnipraticienne, DU de Sexologie et Santé Publique.**

- Jacques Waynberg, *Jouir c'est aimer*, Milan, 2004  
 - Pascal Picq, Michel Serres, Jean-Didier Vincent, *qu'est ce que l'humain ?*, Editions Le Pommier, 2003

de tristesse



## Coup de gueule... Sur l'informatique !

***Certes l'informatique est devenu un outil indispensable à notre profession pourtant très manuelle !! La gestion au quotidien s'en trouve simplifiée à partir du moment où l'on maîtrise les subtilités de cet outil ! Mais quel n'est pas notre désarroi à présent en cas de panne où cet outil devient notre pire ennemi !!***

Plus de prise de cliché radiographique possible ! plus d'agenda, de planification de notre journée et de notre semaine, plus de plan de traitement, plus d'enregistrement d'acte, plus d'ordonnance, plus de feuille d'honoraires etc...

Bref un stress incommensurable ! Or des pannes nous en avons toutes rencontrées et les hotlines sont plus ou moins longues à obtenir au téléphone ! Quel temps perdu à essayer de restaurer un système par le biais de ces hotlines !! On ne retombe jamais sur le même interlocuteur et l'on est donc obligé de tout reprendre à zéro à chaque appel ! Bien sûr le plus efficace est de confier cette tâche à un informaticien qui doit se déplacer à notre

cabinet, mais là intervient le problème du coût puisque nous payons donc ce prestataire en plus de la hotline !!

Le comble est certainement quand les bugs informatiques sont liés à la mise à jour de notre cher logiciel qui tout d'un coup n'est plus compatible avec le système d'exploitation que nous utilisons, quand ce n'est pas avec l'imagerie pourtant fournie par le même distributeur !!

Mais la plus grosse désillusion que je rencontre cette année concerne la fameuse norme DSIO dont on vous a rabattu les oreilles au moment de s'informatiser. En effet cette norme permet soit disant de passer d'un logiciel à un autre sans perdre les données préalablement acquises. Et bien je sais aujourd'hui que les données en question sont bien réduites ! Lorsque l'on passe de Visiodent à Julie on nous récupère l'état civil, l'historique des actes et les radios mais aucun des commentaires inscrits aux actes (je ne sais pas comment vous faites mais moi j'ai quantité de commentaires à mes actes et à mes consultations, sans parler de mes plans

de traitements et des phrases des patients que je note scrupuleusement pour avoir un historique aussi précis que possible, ma mémoire me faisant régulièrement faux bond !), ni les courriers types, ni les paramétrages spécifiques, ni les états médicaux, ni les observations...etc Et pour passer de Julie à Visiodent c'est pire puisqu'on ne nous récupère pas les images et radios !

Encore une fois, la profession n'a pas été suffisamment vigilante car il ne s'agit que de blocage à but commerciaux et non de difficultés techniques !!

La cerise sur le gâteau c'est bien sûr les capteurs radiologiques qui ne sont pas compatibles d'un logiciel à l'autre !

Comment peut-on se faire autant arnaquer par des distributeurs qui n'ont rien de philanthropique !!

Je suis en colère mais je n'ai évidemment pas de solution autre que payer et passer du temps à ressaisir petit à petit toutes les données dont j'aurais besoin dans mon exercice futur !!

# Environnement de la traçabilité

## /traçabilité environnementale

**Le livret sur la traçabilité reçu cet été est, je le reconnais avec joie pour le syndicat, fort bien conçu et, modestement mais chaleureusement, j'en félicite les conceptrices, documentalistes, rédactrices et toutes les petites mains de ce laborieux projet. Il est un très bon outil pour mettre en œuvre les quelques bonnes résolutions de rentrée, pour repenser l'organisation de son cabinet et envisager notre manière d'être dans l'avenir.**

Il est aussi pour moi une occasion de réfléchir plus généralement, hors du domaine dentaire, sur cette notion de traçabilité qui s'est imposée depuis une dizaine d'années.

La trace d'abord, c'est l'empreinte de l'animal que le chasseur poursuit, ou une main brune peinte dans une paroi de caverne, ou un cratère laissé par une météorite dans un désert ... La trace est plus vieille que l'humain.

Comme nous le rappelle le livret, la traçabilité fut d'abord un outil de logistique et de surveillance commercial avant que n'apparaissent les problèmes sanitaires du « sang contaminé », de « la vache folle », et je rajouterais le syndrome « grippe aviaire ». La traçabilité dans ces cas, permet d'isoler, d'identifier les produits pathologiques afin de les détruire et éventuellement de connaître leurs utilisateurs ou consommateurs pour leur apporter un traitement symptomatique.

Rien de plus normal aujourd'hui, de savoir ce que l'on utilise, ce que l'on produit, d'être capable de le dire et de sonner l'alerte au besoin.

La traçabilité a pu être mise en œuvre parce que nous possédons un outil puissant : l'informatique, qui nous donne l'illusion d'un contrôle total de nos actes.

Mais quid du traitement étiologique ? J'envisage là le problème de la vache folle, ou de la grippe aviaire en laissant de côté celui si pathétique du sang contaminé. Ces deux affaires sont nées du développement de l'industrie agroalimentaire : des vaches mangeant des dérivés carnés, des poulets élevés bien serrés les uns contre les autres, ne sachant plus marcher, tous ces élevages en batterie, animaux hyper-vaccinés, sous AB, sous hormones ... Tout ça, ça donne quoi ? Des bénéfices pour les indus-

triels et commerçants des supermarchés, du travail et des bénéfices moindres pour les agriculteurs, une nourriture de très basse qualité pour les consommateurs qui n'ont pas les moyens de manger autrement, ou les consommateurs prisonniers de la restauration collective ( scolaires, resto U - souvenirs, souvenirs -, hôpitaux, entreprises, etc. ). Des années après, je ne peux qu'observer que ce système perdure et n'a pas été remis en cause en profondeur, ni même en superficie ... Notre société, si elle se munit de superbes technologies pour progresser, si elle maîtrise l'informatique pour tracer, est dans l'incapacité de remettre en cause ses propres concepts d'évolution quand ils se révèlent « foireux » ou même dangereux pour elle-même. Nous fabriquons nos poisons, notre technologie va leur rechercher quelques antidotes, nous tricotons une à une nos réglementations et la traçabilité gère ce qu'elle peut du système.

### Autres exemples :

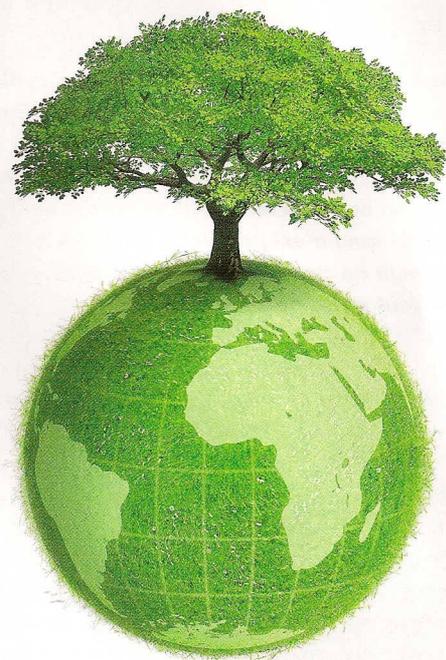
- **Les produits alimentaires trop gras et trop sucrés participent à l'augmentation de l'obésité des sociétés occidentales, et même orientales :** fait indiscutable puisque produits parfaitement étiquetés. Mais quel politique est capable de délester les rayons de supermarchés de ces pourvoyeurs de diabète, d'hypertension, problèmes psy et caries en même temps ? Rappelons-nous le rodéo parlementaire pour enlever les distributeurs de friandises des collèges et lycées.

- **Les pollutions de toutes sortes engendrant des cancers :** les particules de nos bien aimés diesels, les « produits pour la protection des plantes » utilisés par nos agriculteurs et qui en ont tués plus d'un, les parabens dans nos cosmétiques etc. la liste est très longue. Il suffit d'aller voir les résultats publiés par les toxicologues sur internet.

A mon échelle, je trouve évident de savoir ce que je fais et utilise pour mes patients, de pouvoir le leur dire, et je lis les étiquettes de mes achats, mais, toutes nos sociétés industrielles et commerçantes sont impuissantes devant les causes de leurs maux et là, à cette échelle, je pense que la traçabilité est un leurre présenté à tout citoyen électeur.

### Traçabilité environnementale :

Si tous nos produits doivent être « tracés », réfléchissons, imaginons, la « traçabilité »



d'une pompe à salive. Plastic et fil métallique. Donc, l'histoire commence dans un champ de pétrole au Moyen Orient, ou en URSS, ou dans le Caucase, ou bien au Venezuela ?? Extraction, transport, transformation dans une ou plusieurs usines – là où la main d'œuvre est moins chère, et les conditions sanitaires et sociales moins développées, montage avec le petit fil métallique, emballage, transport, grossiste, transport, distributeur, transport, et la voilà dans la bouche de notre patient pour une, dix, vingt, trente, soixante minutes.. Puis direction la poubelle adéquate, transport, incinérateur (pas bon contre le réchauffement climatique).

Quelle énergie dépensée pour l'utilisation finalement courte de ce petit tuyau, mais pour un « risque 0 » promis à nos patients.

Là aussi, quel contraste : notre orgie de moyens fait bien sûr progresser la santé bucco-dentaire, mais le prix environnemental en est très élevé.

**Education, hygiène de base stricte, prévention, organisation de notre travail :** sont les solutions éternelles. Pour quels patients ? Pour quels praticiens ?

Le chemin de l'éveil est, encore et toujours, à tracer et à creuser.

## Entrepreneur individuel

# La déclaration d'insaisissabilité des biens

**La déclaration d'insaisissabilité du logement principal de l'entrepreneur individuel a été instituée par l'article 8 de la loi n° 2003-721 du 1<sup>er</sup> août 2003 pour l'initiative économique.**

Initialement limité aux seuls droits de l'entrepreneur individuel sur l'immeuble où est fixée sa résidence principale, ce dispositif, régi par les articles L.526-1 à L.526-4 du Code de Commerce, vient d'être étendu par l'article 14 de la loi de modernisation de l'économie n° 2008-776 du 4 août 2008 à tout bien bâti ou non bâti non affecté par l'entrepreneur individuel à son usage professionnel, ce qui ne fait qu'accroître encore l'intérêt d'une telle déclaration.

**La loi permet en effet à l'entrepreneur individuel, de son propre chef et de manière unilatérale, de soustraire certains biens aux poursuites diligentées par ses créanciers professionnels.**

Cette protection du patrimoine non affecté à l'usage professionnel de l'entrepreneur individuel est soumise à certaines conditions de fond et de forme :

- Cette mesure ne s'adresse qu'aux seules personnes physiques n'exerçant pas leur activité professionnelle sous forme sociétale.
- L'activité de l'entrepreneur individuel peut être toute profession indépendante ou une activité agricole.
- Lorsqu'il existe dans la profession un registre de publicité légale à caractère professionnel (Registre du Commerce et des Sociétés, Répertoire des Métiers, tableau d'un ordre ...) l'immatriculation régulière à ce registre de l'entrepreneur individuel est une condition de validité de la protection.
- La déclaration d'insaisissabilité doit faire l'objet d'un **acte notarié, à peine de nullité.**
- Elle est soumise à **deux formalités de publicité** : l'une professionnelle au registre où est immatriculé l'entrepreneur (si l'entrepreneur n'est pas astreint à immatriculation il y aura une insertion dans un journal d'annonces légales du département), l'autre immobilière



au bureau des hypothèques dont dépend l'immeuble objet de la déclaration.

Cette protection « n'a d'effet qu'à l'égard des créanciers dont les droits naissent, postérieurement à la publication de la déclaration d'insaisissabilité, à l'occasion de l'activité professionnelle du déclarant » (article L.526-1 du Code de Commerce).

Bien entendu l'efficacité de la protection est liée au caractère propre, commun ou indivis de l'immeuble objet de la déclaration, mais également des engagements pris par l'entrepreneur et son conjoint vis-à-vis des créanciers professionnels. En effet, la protection sera maximale lorsqu'il s'agira d'un bien personnel de l'entrepreneur, puisque l'insaisissabilité portera sur la pleine propriété de ce bien ; au contraire elle sera d'un moindre intérêt dans l'hypothèse d'un immeuble commun et d'un engagement des deux époux vis-à-vis des créanciers professionnels.

La durée de l'insaisissabilité est liée à l'activité professionnelle du déclarant mais également au sort des biens objets de la protection dans le patrimoine du déclarant : la vente du bien protégé et l'éventuel emploi de son prix de vente, la dissolution du régime matrimonial ou le décès du déclarant sont autant d'évènements qui vont remettre en cause l'insaisissabilité...

Enfin, précisons que l'entrepreneur peut renoncer à tout moment au bénéfice de sa déclaration, en effet on sait qu'il n'y a « pas de crédit sans sûretés »....Reste un juste équilibre à trouver !

Sylvie Ratier

# L'équation

## dentiste et informatique

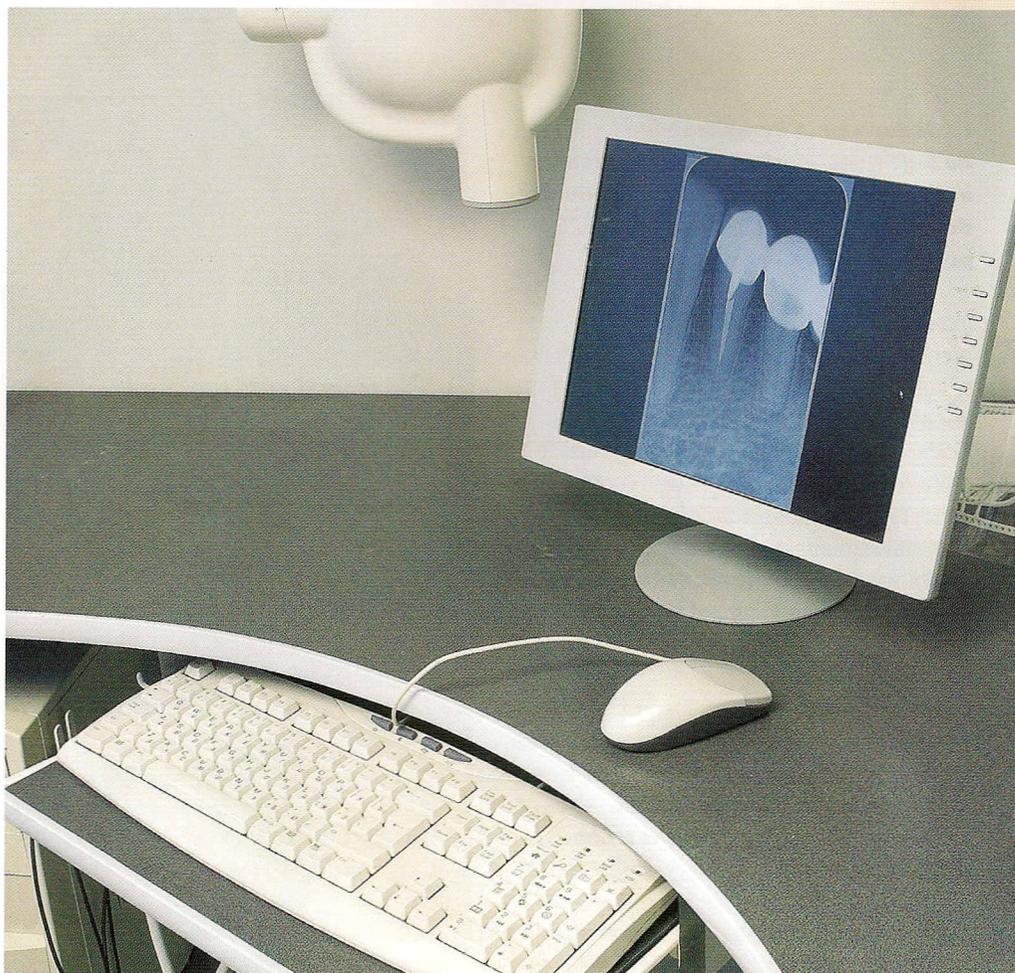
**Indissociables au quotidien, ces deux termes forment une équation complexe. Depuis des années, on assiste à une évolution tangible d'offres proposées aux dentistes afin de simplifier leur vie professionnelle.**

Aujourd'hui, il ne s'agit plus seulement de comprendre les praticiens sur le terrain, dans leurs activités professionnelles et leur environnement : les systèmes informatiques en constant développement les invitent à saisir au bond tous les créneaux qui mènent à l'échange d'information. L'objectif étant de comprendre la logique qui les guide vers le choix de tel ou tel outil et de leur réel besoin.

Chacun a une demande singulière et la tendance à toujours plus d'informatique peut générer des accros ou à l'inverse des anti. Il y a encore des rebelles à toute notion et logique informatiques ; ils se font rares. Afin malgré tout de palier cette aversion technique, les développeurs tentent de créer des dispositifs simples, attractifs et intuitifs. Bien sûr, pour rester au contact de ces nouvelles techniques, chacun pourra passer par un suivi des connaissances, une formation. L'envie de savoir, de comprendre. Cela vaut la peine d'essayer. La durée investit pour aborder ces nouvelles technologies informatiques sera en fait un gain de temps et la fin des contrariétés garantie. Imaginez juste la possibilité de surfer sur le net, d'échanger des réflexions sur un forum, d'écrire des articles, d'envoyer des emails à des confrères et surtout d'organiser ses fichiers au quotidien sans s'en apercevoir.

Accepter que l'informatique fasse partie intégrante de la vie, mais ne pas... ne jamais, laisser cette technique envahir votre vie, elle vous dévorera tout cru.

L'ordinateur deviendra votre principal partenaire, votre assistant liant efficacité et technique, le patient et vous, les vie professionnelle et privée. Le dentiste pourra toujours créer un fichier personnel sur ses activités extra professionnelles pour les moments de plaisir entre deux patients, entre la radio d'une dent et la prise de rendez-vous. Les logiciels installés sur votre ordinateur devront satisfaire toutes vos attentes : management, organisation, fiches



clients, modèles de lettre, dossiers techniques, publications...

### **On peut dorénavant dresser un bilan :**

L'informatique est devenue, comme dans tous les métiers, une aide aux praticiens. Cependant, comme pour toute technique, il est nécessaire de connaître les méthodes et les principes de base afin d'offrir aux patients les plus grandes chances de succès des traitements qu'ils réclament. Le patient choisira souvent un praticien au fait des dernières technologies avec écran à l'appui pour se rassurer lors des interventions. L'Internet est un véritable creuset d'articles sur l'informatique et l'imagerie, l'orthopédie dento-faciale, l'orthodontie dans les protocoles chirurgicaux, par exemple. On peut les trouver dans des espaces informatiques destinés aux chirurgiens dentistes désireux de s'informer.

La solution aux requêtes des patients et des praticiens ne se trouvent pas sur Internet. Ce

n'est pas non plus avec le développement continu et la mise à jour des logiciels mais par la formation à une meilleure compréhension de l'outil technique si prisé.

Il n'y a rien de plus terrible pour un praticien que de se retrouver devant un plantage de son ordinateur et de ne pas savoir comment résoudre le problème alors que neuf fois sur dix, un rebootage, un control alt sup, delete ou simplement la touche echap peut suffire à se sortir d'une situation bien délicate et embarrassante. Il est intéressant de savoir gérer une sauvegarde, une copie sur une clé USB et connaître les raccourcis clavier ; il suffit quelquefois d'un rien pour retrouver le sourire. Equation assurément positive entre le dentiste et l'informatique.

## Communiqué de presse du CNFCO

### Les modalités d'organisation et de validation de la formation continue obligatoire sont réaffirmées

Le projet de loi portant sur la réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires est en cours de préparation.

**Ce texte réaffirme l'obligation de formation continue des chirurgiens-dentistes établie par le décret du 3 juin 2006 et conforte le rôle du Conseil National de la Formation Continue Odontologique (CNFCO).**

Le projet indique que «la formation continue odontologique constitue une obligation pour les chirurgiens-dentistes». Il précise que cette obligation vise «le perfectionnement des connaissances, l'évaluation individuelle ou collective des pratiques professionnelles, l'amélioration de la qualité des soins et le mieux-être des patients (...) ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses financées par la collectivité.».

Les missions dévolues au CNFCO seront au nombre de cinq. L'organisme créé par l'ensemble de la profession dès 2001 se voit chargé de :

- proposer au ministre de la santé les orientations nationales de la formation continue odontologique,
- proposer des critères et modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et actions de formations,
- donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation continue odontologique,
- veiller au respect par les chirurgiens-dentistes de leur obligation de formation continue,
- dresser, chaque année, un bilan de la formation continue odontologique qui sera rendu public.

Par ailleurs, l'ensemble des financements de l'Etat, de l'Assurance maladie seront regroupés dans un fonds unique afin de garantir une allocation des ressources publiques conforme aux priorités établies par le CNFCO.

Dr Patrick Hescot,  
Président du CNFCO

# Prise en charge de la formation des Chirurgiens Dentistes FIF PL - Critères 2008

(selon les critères déterminés par les représentants de votre profession). (Validés en Section Santé du 31 janvier 2008, en Bureau du 14 février 2008, en Conseil de Gestion du 21 février 2008 et du 29 mai 2008 et en Bureau du 10 juillet 2008) 8623 Z (anciennement 851 E)

- **Prise en charge annuelle** et par professionnel plafonnée à **500 € max.**
- **Prise en charge limitée à 100 € par jour** de formation plafonnée à 5 jours par an et par professionnel, pour les formations prioritaires.
- **Pour un même thème de formation**, dispensé par un même organisme, la prise en charge sera **plafonnée à 2 jours.**
- **Prise en charge des Manifestations Régionales** incluant majoritairement les thèmes prioritaires, **100 € par jour**, plafonnée à 2 jours, soit 200 €.
- **Prise en charge des Manifestations Nationales** incluant majoritairement les thèmes prioritaires, **forfait de 200 €.** dans la limite du budget de la profession.

### Conditions d'Eligibilité

#### 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 organisées par des organismes professionnels et / ou des facultés d'odontologie, 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 d'une durée effective de 6 heures sur une journée seront prises en charge. Les formations d'une durée effective de 4 h sur une journée correspondront à une prise en charge d'une demi-journée.
- Les formations pluridisciplinaires devront intégrer les thèmes prioritaires.

### Les Formations Prioritaires :

#### « Toute formation prioritaire liée à la pratique professionnelle »

- Chirurgie buccale,
- Déontologie, responsabilité civile professionnelle, traçabilité-matériau-vigilance,
- Endodontie : les pratiques actuelles,
- Hygiène, aseptie et maladies virales transmissibles,
- Implantologie - Parodontologie,
- L'Urgence au cabinet dentaire,
- Occlusodontie,
- Odontologie conservatrice,
- Education de la santé et soins de prévention,
- Orthodontie,
- Pathologie Buccale,
- Prescription au Cabinet dentaire : Dénominations Communes,
- Prothèse,
- Radiologie,
- Compétence en radioprotection,
- Manifestations Régionales ou Nationales incluant majoritairement les thèmes prioritaires : 100 € par jour, plafonnées à 2 jours, soit 200 €,
- Manifestations Nationales incluant majoritairement les thèmes prioritaires : forfait de 200 €,
- Formation informatique à l'usage exclusif dans l'exercice professionnel.

### Attention :

- **sont éligibles les formations d'une durée minimale de 6 h 00** sur une journée ou cycle de 8 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.
- **Rappel :** Aucun organisme de formation ne peut être agréé ou sélectionné par le FIF PL ; seuls des thèmes de formations peuvent être présentés.

# Prise en charge de la formation de leurs salariés

## FAF PL / OPCA PL

Créé en 1987 par la volonté des partenaires sociaux l'OPCA PL, anciennement FAF-PL, est l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales.

L'OPCA PL collecte et gère les contributions versées par les entreprises libérales au titre de la formation professionnelle. Il finance la formation des salariés et accompagne les entreprises et leurs salariés dans le développement de leurs compétences.



### Barème de prise en charge des frais annexes Plafond de prise en charge

- **Déjeuner** : 15 €
- **Nuitée (incluant dîner et petit déjeuner)** : 85 €  
(La prise en charge de la nuitée n'intervient que lorsque le stage se déroule sur plusieurs jours consécutifs. La nuitée, veille de formation, n'est pas prise en charge.)
- **Déplacement** : 0,20 €/km pour le parcours Cabinet / Centre de formation (au-delà de 30 km A/R)
- **Stage d'une demi-journée** : pas de prise en charge de frais de repas
- **Stage d'une journée** : pas de prise en charge de nuitée / Déplacement plafonné à 350 km aller/retour
- **Déplacement DOM-Métropole** : sur la base d'un billet d'avion low-cost, fournir le justificatif.

Les frais de transport et d'hébergement occasionnés par une action de formation ou de VAE sont exclusivement à la charge de l'employeur. Ils sont remboursés ou pris en charge selon les règles habituelles de l'entreprise en matière de mission professionnelle, et ce, indépendamment de toute intervention dans la prise en charge ou le remboursement de ces frais par l'OPCA PL.

Thèmes	Durée maximale de prise en charge	Prise en charge (HT) de frais pédagogiques	Prise en charge de frais annexes
Bureautique (prise en charge par logiciel et par module)	3j	200 €/j	non
Internet, Outlook, Windows	2j	200 €/j	non
Actualisation des connaissances : gestion du risque infectieux	4j	240 €/j	oui
Accueil, communication, management, comptabilité générale	4j	240 €/j	non
Langues	40h	20 €/j	non
Secourisme, AFGSU Niveau I et II	De 12 à 21h	20 €/j	non
Module de spécialisation ODF	100h	18 €/j	oui
Accompagnement VAE – Forfait VAE		1450 €/j	non
Formation des personnes les moins qualifiées : acquisition des savoirs fondamentaux, généraux, de base	5j par module	160 €/j	oui
Formation de l'encadrement de haut niveau	5j	360 €/j	non
Bilan de compétences	32h	55 €/j	oui

### Le DIF

Il permet à tout salarié de se constituer chaque année un crédit d'heures formation. Avec ce capital, il peut suivre une action de formation professionnelle, un bilan de compétences ou une VAE. La demande de formation se fait à l'initiative du salarié, avec l'accord de son employeur sur le choix de la formation.

Durée maximale de formation prise en charge	Pédagogie prise en charge (HT) plafonnée à	Prise en charge des salaires	Prise en charge frais annexes
---	--	------------------------------	-------------------------------

### Le plan de formation

Élaboré à l'initiative de l'employeur, le plan de formation regroupe l'ensemble des actions de formation, de VAE mises en oeuvre par l'entreprise au bénéfice de ses salariés, en cohérence avec les besoins de développement de l'entreprise et de son projet.

Adaptation au poste de travail	Durée maximale de formation prise en charge	Pédagogie prise en charge (HT) plafonnée à	Prise en charge des salaires	Prise en charge frais annexes
Bureautique (prise en charge par logiciel et par module)*	3 j	200 €/j	non	non
Internet, outlook, windows*	2 j	220 €/j	non	non
Evolution des emplois ou maintien dans l'emploi				
Actualisation des connaissances : gestion du risque infectieux	4 j	200 €/j	non	oui
Accueil, communication, management, comptabilité générale	4 j	240 €/j	non	non
Langues	40 h	20 €/h	non	non
Actualisation des connaissances des dentistes salariés	40 h	20 €/h	non	oui
Développement des compétences				
Secourisme, AFGSU niveau I et II	de 12 à 21 h	20 €/h	non	oui
Titre d'assistante dentaire	260 h	9,15 €/h	10 €/h	uniq. frais transport
Qualification d'aide dentaire	150 h	9,15 €/h	10 €/h	uniq. frais transport
CQP Spécialisation de prothésiste dentaire	189 h	29 €/h	10 €/h	uniq. frais transport
Module de spécialisation ODF	100 h	18 €/h	non	oui
Accompagnement VAE - forfait par VAE	-	1450 €	non	non
Développement des compétences				
Formations diplômantes non prioritaires	1200 h	9,15 €/h	non	non
Formations diplômantes et/ou de spécialisation > niveau III Education nationale	600 h	20 €/h	non	non
Formation des personnes les moins qualifiées : acquisition des savoirs fondamentaux, généraux, de base	5 j par module	160 €/j	oui	oui
Formation de l'encadrement de haut niveau	5 j	630 €/j	non	non

## La Bourse ou la vie ?

**Compte tenu du grand chambardement économique et boursier, nous sommes en droit de nous poser la question suivante : que peut-on désormais faire pour constituer et garantir sa retraite ?**

La Bourse a démontré une fois de plus que c'était l'un des placements à éviter pour sa retraite.

Trop aléatoire, trop volatile, trop compliquée et trop dangereuse pour le commun des mortels que nous sommes. Nous constatons comme toujours qu'une petite poignée d'individus, complètement « accros » aux jeux, s'amuse sur les places financières avec notre argent, sans aucun risque pour eux et sans état d'âme.

L'immobilier ? En temps normal, nous préconisons ce type de placement comme l'un des quatre piliers nécessaires à une bonne gestion de son épargne. Mais compte tenu du niveau des prix actuels, nous vous conseillons, dans l'immédiat, d'éviter d'acheter, surtout si cela se fait via un promoteur avec les défiscalisations de type de Robien ou Borloo. Ce dernier étant largement l'un des placements immobiliers les moins rentables depuis des décennies. L'immobilier est donc pour l'instant à éviter, sauf à trouver soi-même un bien à un coût très bien placé, avec quelques travaux à faire que vous pourrez déduire par le biais de la loi du déficit foncier, et ceci sans l'intervention de quelque intermédiaire que ce soit. Nous vous conseillons d'attendre deux à trois ans avant d'entreprendre un achat. Attendez la baisse, qui semble inévitable eu égard à l'évolution économique nationale et internationale.

L'assurance vie ? Oui, c'est l'un des quatre piliers. Ce type de placement peut largement remplacer l'immobilier, notamment grâce au principe de non soumission aux droits de succession. Mais évitez les supports à caractère boursier. Tous les produits se ressemblent. Il est quand même nécessaire de vérifier les frais d'entrée, les frais sur l'épargne gérée et autres frais cachés. Il y a toutefois un produit sur le marché qui se démarque, en majorant de 25 % le capital constitué versé aux héritiers, en cas de décès. Arrivée à la retraite, les retraits partiels successifs que vous serez amenée à faire pour compléter votre retraite seront très peu fiscalisés, voire pas du tout si le niveau des plus-values retirées ne dépasse pas 4.600 € pour une personne seule et 9.200 € pour un couple.



Le PEE ? Vous avez le beurre et l'argent du beurre. Vous défiscalisez l'investissement et vous récupérez l'épargne non imposable. Le montant de la déduction fiscale est plafonné à 2.400 €.

Il faut éviter le Perco qui y est souvent rattaché, car vous ne pouvez pas transférer l'épargne constituée d'un gestionnaire à un autre. Là aussi, évitez les supports à caractère boursier.

La loi Madelin ? C'est l'un des secteurs les plus sécurisés. Vous défiscalisez la totalité de votre investissement. Les capitaux constitués ne sont soumis à aucune imposition. Rien sur les plus-values, pas de CSG-CRDS, pas de droits de succession, pas d'ISF (si plus de 15 ans d'investissement). Le levier fiscal permet d'obtenir une rente deux fois supérieure aux revenus de l'immobilier défiscalisé. Vous pouvez faire varier votre investissement à la hausse ou à la baisse tous les ans. S'il y a mieux ailleurs, vous pouvez transférer la totalité de l'épargne constituée sur le nouveau contrat. Un capital sur un produit de type assurance vie, en parallèle à la loi Madelin, vous permettra d'obtenir des rendements de 10 à 15 % nets, en toute sécurité et sans les aléas boursiers.

Mais attention aux contrats que l'on vous propose. La grande majorité des contrats ne transformera le capital constitué en rente qu'en fonction des paramètres (au bon vouloir de la Compagnie) en vigueur au moment de la retraite. C'est la surprise, rarement bonne. Ces mêmes contrats, dans de nombreux cas, ne reversent rien aux héritiers si vous décédez, notamment pendant le service de la rente. D'autres contrats garantissent en façade quel-

ques bonnes garanties, mais à la lecture des conditions générales nous constatons qu'un article sibyllin indique que tout peut être modifié à tout moment. Il y a aussi les contrats en achats de points retraite qui nous affirment que notre retraite est garantie alors que la seule garantie est le nombre de points constitué. La valeur de ces points n'étant absolument pas garantie dans le temps, le niveau de la rente n'est donc pas garanti. Ces mêmes contrats annoncent qu'il n'y a aucun frais, ni sur les versements ni sur les rentes. Mais lorsque l'on y regarde de plus près, les frais sur le capital constitué sont tels qu'ils représentent de 2,7 à 3,3 fois plus que les frais classiques pris par les autres contrats du marché.

Il y a enfin les bons contrats qui garantissent dès la souscription un taux ou un barème de conversion en rente. Avec chaque versement, vous connaissez le montant de la rente définitivement acquise. En cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès, certains contrats prennent en charge votre investissement. Ainsi vous-même ou le bénéficiaire êtes sûrs de percevoir la retraite à 100 % quelle que soit la situation. Sans oublier qu'en cas de décès, les enfants sont sûrs de percevoir quelque chose.

Conclusion : Compte tenu du contexte actuel, la meilleure façon de constituer un complément de retraite est d'investir dans la loi Madelin (avec les bons produits), et les placements à fiscalité assurance vie, et/ou le PEE. Pour l'immobilier, attendez.

Et évitez systématiquement les produits et les supports à caractère boursier.