ifcd infos
INFOS FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

N°28 • Novembre 2009

REVUE DU SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

Dossier

Arrêt de travail

2e volet : L'arrêt définitif

Evènements

Le point sur la grippe A

Employeur

Les relations humaines, parlons-en !

sfcd
SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

Communiquer pour se défendre

C'est au moment de la trêve estivale (le 23/07/09) qu'est parue la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) après avoir fait l'objet de nombreux débats.

Avec la mise en place de nouvelles structures de gouvernance (dont les Agences régionales de santé), la loi concerne notre exercice, qu'il soit libéral ou salarié.

Des décrets d'application restent à venir pour affiner la mise en place d'obligations et sanctions centralisées vers des instances gouvernementales. La formation continue n'est pas épargnée et l'obligation tarifaire des dispositifs médicaux va dans ce sens.

Parallèlement, notre profession a subi récemment de nombreuses attaques transmises par les médias : danger des matériaux utilisés (amalgame), qualité des prothèses, honoraires incitant les patients à se faire soigner à l'étranger.

Par une communication efficace, tant vers les patients que vers les décideurs, nous arriverons à mettre en valeur nos véritables efforts qui permettent de placer notre profession au cœur de la santé globale de l'individu.

Plus que jamais, la confiance patient-praticien est au cœur de notre métier.

Plus que jamais, la cohésion de notre profession et de ses représentants renforcera nos positions.

Souhaitons que la campagne institutionnelle de la profession, initiée par l'Association Dentaire Française et le Conseil National de l'Ordre, porte ses fruits. A notre syndicat, à chacun d'entre nous aussi de bien prendre le relais de cette campagne pour diffuser et enrichir cette initiative.

Dr Béatrice GADREY,
présidente du SFCD

MISEZ SUR UNE HYGIENE PARFAITE!
EXIGEZ LA QUALITE!
Efficaces contre le virus H1N1

TASYS

Garantissez-vous une hygiène parfaite dans votre cabinet dentaire: Adoptez la gamme GREEN&CLEAN de METASYS! La gamme GREEN&CLEAN est surtout connue par son produit phare, le GREEN&CLEAN M2, spécialement conçu pour optimiser la fiabilité du système d'aspiration. Son pouvoir nettoyant et désinfectant exceptionnel au concept dual (rouge et vert) est reconnu et avéré. GREEN&CLEAN, c'est aussi toute une gamme de désinfectants (efficacité contre le virus H1N1 attestée) adaptés à toutes les spécificités autour du cabinet dentaire.

ADF
2M30

9, bd. E. Michelet 69008 LYON
Tel: 04-37.90.22.15 Fax: 04-37.90.22.47
E-Mail: info@metasys.fr

Directrice de la publication :
Béatrice Gadrey

Rédactrice en Chef :
Karine Guitard

Ont participé :
Laurence André
Marie José Aussonne
Manon Bestaux
Edmond Binhas
Marie Brasset
Gundra Doubovetzky
Béatrice Gadrey
Karin van Garderen
Marie Graindorge
Karine Guitard
Patricia Huebert-Tardot
Philippe Jean
Catherine Larra
Marie Louise Le Dréau-Lahais
Nathalie Leuger-Ferrand
Dominique Montigny
Evelyne Peyrouty
Sylvie Ratier
Marie Cécile Regnaut Blondiaux

Publicité :
nathalie@creartevents.ch

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 : Istock, Fotolia, Christoph Hahnel, Volodymyr Vechirnii, Dana Heinemann, Damir Cudic, Olivier, Pavel Losevsky, Imagine, Robert Kneschke, Paylessimages, Theboone, Andres Rodriguez, Olga Shelego, EgoR, Charly.

sommaire

3 **Edito**

7 **Evènements**
- LOI H.P.S.T. - Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- H1N1 - Le point sur la grippe A 2009 au 09/09/09

11 **Actualités professionnelles**
- Excipients et formules secrètes
- Collaboration libérale et maternité
- Taux URSSAF - Notifications de cotisations

17 **Actualités syndicales**
- FDI du 2 au 5 septembre 2009 « Welcome SFCD to Singapore »
- Séminaire SFCD 2009 - La prévention bucco dentaire
- Congrès ADF 2009
- La formation continue - Calendrier 2010
- SFCD - Coordonnées régionales

25 **Dossier :**
L'Arrêt de travail définitif
- Arrêt d'activité précoce : Etude de la DREES
- Arrêt d'activité pour départ en retraite
  - Il y a une vie après la dentisterie
  - Expérience
  - La retraite anticipée
- Arrêt d'activité pour maladie ou accident
- Invalidité suite à maladie ou accident
- le mi-temps thérapeutique

38 **Le chirurgien dentiste employeur**
- Les relations humaines en question, parlons-en !
- Stress : une nouvelle obligation pour l'employeur !
- Grippe A et salariés des cabinets dentaires

43 **Informations générales**
- Le point sur : Les discriminations
- Intérêt de l'allaitement maternel
- Le stress : impression ou réalité ?
- L'abominable vérité
- Troubles du comportement : Anorexie-boulimie et lesions bucco-dentaires

LOI H.P.S.T.

Hôpital, Patients, Santé, Territoires

La loi H.P.S.T - loi n° 2000-879 - a été votée le 21 juillet 2009.

Cette loi réforme l'hôpital, la répartition des professionnels, la prévention, les mesures d'accès aux soins, les mesures de santé publique, et prévoit la création d'Agences Régionales de Santé, les A.R.S, qui seront chargées de coordonner l'ensemble des politiques de santé.

■ La loi introduit l'obligation d'informer le patient préalablement et gratuitement - par écrit - sur « le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical ».

■ Le refus de soins sera sanctionné s'il ne peut être expliqué par une « exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins ».
Le refus de soins devra être motivé, la continuité des soins devra être assurée.
Il est prévu que « toute personne s'estimant victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le Directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le Président du Conseil territorial compétent de l'Ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte »

■ Le principe du « testing » (demande de rendez-vous fictif de patient CMU) a été supprimé.

■ Des pénalités financières sont prévues pour les dépassements d'honoraires ne respectant pas le tact et mesure, ou l'absence d'information préalable écrite (devis à partir de 70 €).
Les pénalités seront plafonnées à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour le refus de soins et seront proportionnelles aux dépassements facturés.
En cas de récidive, il est prévu le retrait du droit à dépassement et la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du praticien.

■ L'IGAS, l'Inspection Générale des Affaires Sociales pourra contrôler l'état sanitaire de tous les cabinets.

■ A partir du 1er septembre 2009 le refus de télétransmission sera sanctionné de pénalités financières fixées par l'Uncam.
■ Un internat est créé, il sera qualifiant.

■ La formation continue devient le DPC « Développement Professionnel Continu » qui concerne tous les praticiens, libéraux et salariés.
Le Conseil de l'Ordre devra vérifier le respect de cette obligation de formation.
Le CNFCO disparaît ainsi que l'obligation de comptabiliser les points de formation sur 5 ans.

■ Les médecins devront contribuer à l'organisation de la permanence des soins, à l'accès aux gardes pour tous sur tout le territoire, et à la création d'un contrat santé solidarité pour les zones en sous-effectif.
Le refus de participer sera sanctionné par une contribution financière annuelle égale au maximum au plafond de la sécurité sociale.

■ Pour les étudiants, il est prévu un engagement de service public en contre partie d'une allocation mensuelle et d'un engagement à exercer en régions sous-médicalisées.
En cas de refus, une indemnité correspondant au double des sommes reçues sera exigée.
■ Quelle que soit sa nationalité, un titulaire du diplôme d'Etat français pourra exercer sans autorisation ministérielle préalable. Les praticiens diplômés à l'étranger devront justifier d'un niveau suffisant en langue française.

■ L'Ordre aura la possibilité de suspendre un praticien en cas d'insuffisance professionnelle.

Dr Karin van Garderen,
déléguée du SFCD auprès de l'UNAPL

Le point sur la grippe A 2009 au 09/09/09

J'appellerai :
grippe saisonnière : toutes les grippes A (avec ses sous-types y compris la grippe H1N1 qui existe depuis longtemps) B et C et la grippe A (H1N1) 2009 : celle qui nous cause tant de préoccupations aujourd'hui

Les points communs de ces grippes :

- **le temps d'incubation :** de 24- 48h,
- **la transmission :** microgouttelettes, sécrétions nasales et trachéo-bronchiques,
- **les symptômes :** fièvre élevée, frissons, douleurs musculaires, céphalée, toux sèche, gorge irritée, rhinite,
- **la durée :** communément on dit qu'une grippe dure 9 jours : pendant 3 jours elle s'installe, pendant 3 jours elle reste et elle prend 3 jours pour disparaître, c'est à dire au bout de 3 jours la fièvre diminue, il ne reste qu'une grosse fatigue qui s'atténue puis on récupère.

Les évolutions possibles

Pour la grippe saisonnière :

- aggravation d'un problème préexistant,
- surinfection.

Traitement adéquat avec des antibiotiques aboutissant soit à une guérison soit malgré tout à la mort.

Pour la grippe A :

Les signaux d'alarme apparaissent justement quand dans la grippe classique l'amélioration s'amorce c'est-à-dire vers le 5e / 6e jour.

<u>Chez l'adulte :</u>

- des problèmes respiratoires,
- des essoufflements à l'effort ou au repos,
- de la cyanose,
- des expectorations sanglantes ou teintées,
- des douleurs thoraciques,
- des altérations de l'état mental,
- de la fièvre élevée persistante,
- de l'hypotension artérielle.

<u>Chez les petits :</u>

- respiration rapide ou difficile,
- baisse de la vigilance,
- difficulté à réveiller,
- peu ou pas de désir de jouer.

Evolution :

- aggravation d'un problème préexistant,
- surinfection,
- affections liées au virus lui-même,

Traitement adéquats par antibiotiques et antiviraux aboutissant à la guérison ou malgré tout à la mort.
(jusqu'ici les décès en France sont tous liés à une ou plusieurs pathologies pré existantes. www.who.int/fr)

La population à risque

Pour la grippe saisonnière :

-> -de 2 ans / +de 65 ans / Patients présentant une affection chronique : cardiaque, pulmonaire, rénale, sanguine, hépatique, métabolique(ex diabète), immunodéficience

Conseils de vaccination de l'OMS par ordre de priorité décroissant en cas d'épidémie :

- personnes en établissements long séjour, âgées ou handicapées,
- personnes âgées,
- personnes souffrant d'affections chroniques,
- autres : femmes enceintes, agents de santé, personnes ayant une fonction essentielle dans la société, enfants entre 6 mois et 2 ans. *(OMS Aide mémoire N°211 grippe saisonnière Avril 09)*

Pour la grippe A :

- **Les sujets en bonne santé** seraient plus sévèrement atteints que dans la grippe classique présentant des complications liées au virus lui-même et non à des surinfections traitables par antibiotiques.
- **Les femmes enceintes** auraient 4 fois plus de risque de complications avec un taux de mortalité accru [ceci selon le centre américain de contrôle des maladies ; ce dernier se base sur une extrapolation de 6 décès sur 11 femmes hospitalisées (Arznei-telegram du 21/08/2009)].
- **La bonne nouvelle :** les personnes âgées sembleraient bénéficier d'une immunité résiduelle du fait d'un contact antérieur avec des éléments du Virus (épidémie asiatique, moscovite etc). Mais une fois atteintes elles présentent le même risque de complications qu'avec les autres grippes. *(Nouvelle grippe et grippe saisonnière : analogies et différences de Véronique Martinache [afp] interview avec Daniel Levy-Bruhl INVS).*

La prévention des grippes

A entendre les médias, les pays occidentaux ont besoin de reprendre des leçons d'hygiène.
Non, on ne tousse ni n'éternue ni ne crache dans la figure de son voisin mais dans son coude, vous comprenez bien que le crachat essuyé ensuite sur les congelés des grands magasins, ça fait désordre. On n'utilise pas non plus le même mouchoir ni la même brosse à dent pour toute la famille. Les mains se lavent au savon, attention toutefois aux allergiques. On aère fréquemment même s'il gèle dehors (10mn font des miracles). On s'alimente correctement et on n'oublie pas que le sommeil est réparateur.
Evidemment on évite d'embrasser les gens qui ont le nez et les yeux qui dégoulinent et qui tremblent de fièvre (exception faite de vos petites têtes blondes ou brunes, enfin moi je n'ai jamais eu le cœur à leur refuser les câlins dans ce contexte).

La détection

A l'heure actuelle, seul un prélèvement et une culture en laboratoire peut donner un diagnostic précis. Les tests rapides vendus en masse ne permettent de diagnostiquer l'Influenza – virus qu'une fois sur 2 et sont totalement incapables de différencier les différents sous-types de la grippe A.
(Arbeitsgemeinschaft fuer Influenza Robert Koch Institut Bonn Allemagne).

Les traitements

Les cas simples:
a) Pour les adeptes de l'allopathie : paracétamol - aspegic- Vit C- lit,
b) pour les adeptes de l'homéopathie : à voir avec leur médecin respectif,
c) pour les adeptes du grog et des couettes : au lit, on sue et on ajoute a) ou b).

Les cas à risque : Il semblerait que pour l'instant on préconise l'hospitalisation.

Les antiviraux : Ici commence la cacophonie. A l'heure actuelle, les seuls médicaments efficaces pour la prophylaxie et le traitement de la grippe porcine sont : l'Oseltamivir (Tamiflu) et le Zanamivir (Relenza).

Le Tamiflu : • **Sur les grippes saisonnières** et leurs complications, son efficacité est somme toute peu importante *(a-t 2005 ;36 :62-3) (Burch,J et al.: Lanat infect.Dis.2009 ; publié online 8/08/2009 DOI:10.1016/S1473-3099(09)70199-9).* • **Pour les femmes enceintes** il n'a, à priori, pas d'effet tératogène *(TANAKA, Tet al. : Can.Med.Ass.J2009 ;181 :55-8).* • **Chez les enfants :** outre que l'efficacité est peu importante sur la durée moyenne et la diminution des complications y compris la survenue de crises d'asthme et les infections bactériennes *(SHUN-SHIN, M. et al. : BMJ2009 ;339 :b3127, published online DOI : 10;1136/bmj.b3172)*, les enfants supportent très mal le Tamiflu. Très fréquemment ils développent des problèmes gastro-intestinaux et des problèmes neuro-psychiatriques allant de la fatigue et des troubles du sommeil jusqu'au comportement à risque vital en passant par les cauchemars et les problèmes de concentration. *((a-t 207 ;38 : 40)(KITCHING,A et al./Eurosurveillance2009 ;14(30).4pages)(LLENSTEN,A.et al. :Eurosurveillance2009 ;14(30)4pages).* • **Les résistances au Tamiflu ont considérablement augmenté** ; aux Etats Unis la résistance des virus saisonniers A-H1N1 est quasi-totale ainsi que 19% de ces virus circulant en Europe *(Scrip2009 ;58(32) :893-6).*

Le Zanamivir : agit sur les souches résistantes *(Scrip2009 ;58(32) :893- 6) (MMWR2009 ;58 (32) :893-6).*

Les vaccins contre la grippe A(H1N1) 2009

Ils méritent bien un paragraphe à part car je dois dire que j'ai trouvé que les informations qui les concernent sont complexes, contradictoires et pour certaines font froid dans le dos.

Les cibles de vaccinations : selon le SAGE (groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination) réunion du 07/07/2009 de l'OMS : « chaque pays doit déterminer leur ordre de priorité en fonction de la situation propre de chacun d'entre eux » alors que rappelez-vous pour la grippe classique ces priorités étaient bien définies.

Les femmes enceintes : 2% de la population mondiale doivent recevoir à priori des vaccins inactivés sans adjuvants car « on dispose d'importantes données relatives à l'innocuité de ces vaccins chez la femme enceinte » toutefois si un tel vaccin n'est pas disponible contre la pandémie on peut utiliser 1 vaccin antigrippal vivant atténué ou 1 vaccin antigrippal inactivé avec adjuvant. Il faudrait, dans ces cas, augmenter la surveillance de la jeune maman et du nouveau né après l'accouchement.
Les sujets de plus de 6 mois présentant une affection chronique y compris les personnes présentant une obésité pathologique.
Les jeunes adultes en bonne santé entre 15 et 49 ans.
Les enfants en bonne santé afin de diminuer la transmission.
Les adultes en bonne santé entre 49 et 65 ans.
Les adultes en bonne santé de plus de 65 ans.

Qu'est ce qu'un adjuvant ? En fait pour diminuer la quantité d'antigènes, les fabricants ajoutent des produits augmentant leur efficacité.

Ainsi, contre la grippe A, on ajoute le ASO3 un mélange de Squalene, de Polysorbate et de Vit E *(arznei-telegramm.de/blitz-pdf/b090825.pdf)*, dont les réactions locales peuvent être violentes provoquant des gonflements et des douleurs au niveau du site d'injection mais aussi des céphalées, de la fièvre, des frissons, etc. n'excluant pas l'apparition d'affections plus graves tel que le syndrome Guillain-Barré.
Le vaccin antipandémique PANDERMIX de GlaxoSmithKline contient en plus un conservateur, le Thiomersal, c'est à dire de l'éthylmercure et du thiosalicylate *(www.emea. Europa. Eu/humandocs/PDFs/EPAR/pandermix/emea-combineth 832eupdf).* • **En France seront utilisés 4 vaccins dont 2 avec adjuvants** *(www.sante-sports.gouv.fr).* • **La vaccination collective ne sera pas obligatoire** *(lettre de la DDASS du 27/08/2009).*

En résumé les vaccins contre la nouvelle grippe A(H1N1) 2009 sont encore au stade expérimental ainsi que certaines de leur techniques d'élaboration. Les organismes de contrôle européen ont donnés leur feu vert pour leur utilisation malgré tout alors que la FDA(USA) a décidé d'utiliser pour la pandémie les mêmes processus d'élaboration et les vaccins sans adjuvants comme pour une grippe saisonnière *(arznei-telegramm.de/blitz-pdf/b090825.pdf)*.

En conclusion

J'ai été agréablement surprise de voir que les membres des instituts de veille sanitaire ne parlent pas de pandémie contrairement au médias, l'OMS et membres des gouvernements mais d'épidémie.
Selon L'INVS, au 02/09/2009, le virus de la grippe A (H1N1) 2009 est majoritaire en France métropolitaine (contrairement à l'Allemagne). Selon le réseau sentinelle, en semaine 35, il y a eu 57 cas pour 100 000 habitants de grippe clinique (Tous types confondus). Environ 36000 consultations pour grippe clinique ont été constatées. L'excès de consultation par rapport aux autres années est de 30000. Le nombre de patient vus en médecine de ville est de 5000 pour la grippe clinique A(H1N1)2009. On ne déplore aucun décès en métropole. Dans les départements français d'Amérique (Guyane, Guadeloupe, Martinique), l'activité grippale globale augmente : 2 décès sont survenus chez des porteurs de la nouvelle grippe A présentant plusieurs pathologies sous jacentes.
Depuis le 1er Mai 2009, date à laquelle les 1er virus grippaux A (H1N1) 2009 ont été détectés en France métropolitaine, et le 23/08/09 les CNR (Centres nationaux de référence) rapportent 1078 prélèvements positifs pour la grippe dont: 980 virus grippaux A (H1N1) 2009, 33 virus grippaux A (H1N1) saisonniers, 48 virus grippaux A(H3N2) saisonniers, 17 virus grippaux B.
Les analyses de résistance des virus grippaux aux antiviraux indiquent que, à ce jour, les A (H1N1) 2009 isolés en France sont sensibles aux inhibiteurs de la Neuraminidase.
Tous les ans, lors des épidémies de grippe (Tous types confondus) à travers le monde, 3-5 millions de personnes sont malades dont 250 000 - 500 000 décèdent, pour la plupart des personnes de plus de 65 ans. Actuellement (le 08/09/09) la pandémie aurait touché 271253 personnes dont 3355 sont décédés *(www.grippe-porcine info)*.
Au vue de ceci, je me pose la question suivante : qui est ce qui ou qu'est ce qui a pu convaincre la totalité des gouvernants de ce monde ainsi que certains responsables sanitaires et non des moindres, de parler de pandémie et dans quel but.

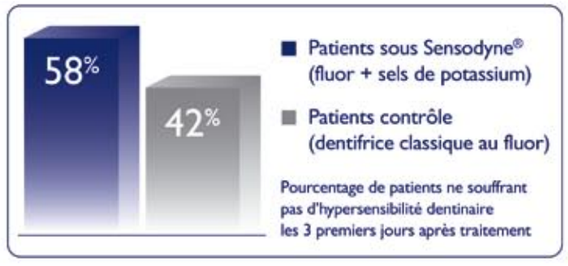
Doubovetzky Gundra

SENSODYNE®

Une nouvelle preuve d'efficacité.

Aide à rendre
le traitement
de l'éclaircissement
plus confortable.

gsk
SALON
ADF 2009
3M48



Utilisation de Sensodyne® lors d'un traitement d'éclaircissement :

> 2 semaines avant le traitement
> 2 semaines pendant le traitement d'éclaircissement

Résultats Sensodyne® *vs.* dentifrice contrôle :

- Significativement moins de patients souffrant d'hypersensibilité dentinaire les 3 premiers jours [1] p<0,03
- Plus de patients satisfaits de l'expérience « éclaircissement »[1] p<0,04

Étude randomisée, en double aveugle sur 202 patients évaluant la sensibilité dentaire après éclaircissement en se basant sur leur satisfaction évaluée à l'aide d'un agenda quotidien.
Les patients ont été divisés en 2 groupes :
- Un groupe de patients sous Sensodyne® (fluor + sels de potassium)
- Un groupe de patients contrôle (dentifrice classique au fluor)

(1) : Haywood et *al.* Brushing with a Potassium Nitrate Dentifrice to reduce bleaching sensitivity. J. Clin. Dent. 16:17-22, 2005

gsk GlaxoSmithKline
GlaxoSmithKline Santé Grand Public

Billet d'humeur

«Docteur, vous mettez quoi EXACTEMENT dans ma dent ?»

La légitime (et légale !) demande d'informations posée de plus en plus souvent par les patients m'a amenée à me pencher plus précisément sur la composition des pâtes d'obturation, pansement provisoire et autre composite....

Force est de constater que, sur ce point, les médicaments... ou les yaourts aux fruits, sont bien plus précis que les produits que nous utilisons en Art Dentaire, pour lesquels il est le plus souvent fait mention de CERTAINS composants, mais pas plus (hors anesthésiques).
Devant ces informations très... globales, les laboratoires contactés m'ont expliqué que pour des raisons de secret industriel, il ne leur était pas possible de mettre la composition exhaustive de leurs produits ! Eventuellement, ils pouvaient me la transmettre à condition que je m'engage par écrit à ne pas la divulguer....

Première inquiétude donc : je ne peux non plus répondre de façon exhaustive à mes patients....

Ce qui en terme de sécurité sanitaire me semble poser un certain nombre de problèmes, dans la mesure où la majorité des produits que nous utilisons reste en bouche pendant des années (tous les matériaux d'obturation, canalaire ou coronaire, entre autre).

Deuxième surprise en épluchant ainsi les fiches produits : le phénol !

Plusieurs produits d'usage ménager ont été supprimés récemment à cause de la présence de phénol.
En ayant trouvé dans la composition d'un des produits que j'utilisais fréquemment (et je ne dois pas être la seule), j'ai immédiatement éliminé ce produit de mon arsenal thérapeutique...
Mais j'avoue ma difficulté à trouver des informations précises et surtout fiables sur tous nos produits. Le Net c'est bien, mais ce n'est pas forcément avec confiance que je lis ce qui s'y trouve.

Je profite donc de ce petit billet d'humeur dans notre revue de l'ADF pour lancer un appel insistant :
quelle instance professionnelle peut se saisir légitimement de ces questions de compositions exhaustives de nos produits, et de sécurité sanitaire pour nos patients (mais aussi pour le personnel de nos cabinets, sans parler des praticiens...) ?

Nathalie Leuger-Ferrand

Excipients et formules secrètes

Versus information sur les produits

Si l'étiquetage d'un produit destiné à être présenté en l'état au consommateur ou à l'utilisateur doit être conforme aux réglementations[1] en vigueur et donc comporter notamment la composition exhaustive du dit produit, il n'en va pas de même pour les produits destinés à être utilisés via un professionnel sur ce même consommateur ou utilisateur.

S'il existe bien une obligation d'information vers le consommateur, cette même obligation ne subsiste du fabricant vers le professionnel utilisateur que dans la mesure où ce dernier ne détiendrait pas les moyens « d'apprécier la portée exacte des caractéristiques techniques des biens qui lui sont livrés ».[2]

Alors deux poids deux mesures ? Le consommateur (pour ce qui nous intéresse le patient) serait couvert par les lois de protection extrêmement bien bâties ; tandis que le professionnel utilisateur (ici le chirurgien dentiste), lui, devrait se débrouiller, même si le professionnel en question n'est professionnel que de l'art dentaire et non de l'industrie chimique ou même informatique... En l'état, il semblerait bien que oui puisque excipients et autres formules tenues secrètes sont apposées comme fin de non recevoir aux demandes des chirurgiens dentistes sur la composition de tel ou tel produit. Comment dès lors, répondre aux besoins grandissants de transparence, d'information et de sécurité du consommateur/utilisateur profane : le patient. La réglementation n'apporte pour l'heure qu'une réponse en demi-teinte, pas forcément favorable au praticien (utilisateur professionnel).

En effet, le nouveau Système Général Harmonisé (SGH)[3] de classification et d'étiquetage sous l'égide des Nations Unies qui constitue une étape importante vers l'harmonisation de la classification, de l'étiquetage et de l'emballage des substances et des mélanges à l'échelle internationale, n'oblige pas, lui non plus, à indiquer de façon exhaustive la composition des produits.
Toute entreprise dans laquelle se trouve un produit chimique est concernée par ce nouveau règlement, qu'il s'agisse des entreprises « utilisatrices », même occasionnelles, de produits chimiques ou des « fournisseurs » (fabricants, importateurs, ou distributeurs mettant sur le marché une substance ou un

mélange). Le système de classification complète le cadre réglementaire relatif aux substances chimiques mis en place par le règlement Reach[4] du 18 décembre 2006.
L'étiquetage préconisé par le SGH comprend des éléments de communication pour la plupart différents de ceux utilisés actuellement. Les informations requises pour le nouvel étiquetage sont les suivantes :

- **identification du produit,**
- **identité du fournisseur,**
- **pictogrammes,**
- **mentions d'avertissement,**
- **mentions de danger,**
- **conseils de prudence et pictogrammes de mise en garde.**

Les pictogrammes prescrits par le SGH ont la forme d'un losange. Ils comportent « un symbole en noir sur fond blanc dans un cadre rouge suffisamment épais pour être clairement visible ».
Le nouveau système d'étiquetage doit être appliqué à compter du 1er décembre 2010 pour les substances et du 1er juin 2015 pour les mélanges.

Avec le règlement Reach, les fabricants, les importateurs et les utilisateurs en aval des substances sont devenus responsables de la gestion des risques liés aux substances utilisées. Et... l'utilisateur en aval, avec le SGH, est toute personne physique ou morale établie dans la Communauté européenne, qui utilise une substance, telle quelle ou contenue dans une préparation, dans l'exercice de ses activités industrielles ou professionnelles : donc le chirurgien dentiste par exemple. Or, le SGH ne lui donne pas encore les moyens d'assumer « en toute connaissance de cause » sa responsabilité.

Tout comme il existe des payeurs aveugles, force est de constater qu'il existe aussi, aujourd'hui, en l'état des textes et de leur applicabilité, des responsables aveugles !

Sylvie Ratier

Pour aller plus loin :

… et pour les prothèses ?

Voici résumée la réponse à la question posée au Ministère de la Santé, jeunesse, sports et vie associative, en décembre 2008, sur la qualité et la composition des prothèses dentaires[5] (connaissance de la composition exacte des prothèses et de leur conformité ou non à la réglementation en vigueur).

La réponse, de mai 2009[6] du Ministère, s'est bornée à rappeler que les prothèses dentaires sont des dispositifs médicaux sur mesure soumis à une réglementation instituée au niveau communautaire[7] qui impose notamment, pour les dispositifs médicaux sur mesure - dont les prothèses dentaires - une procédure de certification adaptée au niveau de risque.
Ainsi, il existe un ensemble de quatre normes harmonisées relatives aux matériels et matériaux utilisés en chirurgie dentaire dont le respect permet d'attester la conformité aux exigences essentielles de sécurité prévues par la réglementation.
En outre, tous les opérateurs du secteur des dispositifs médicaux (dont les importateurs et les distributeurs) ont l'obligation de se déclarer auprès de l'AFSSAPS[8]. L'AFSSAPS, qui dispose non seulement de pouvoirs de contrôle mais aussi de pouvoirs de police sanitaire, s'apprête d'ailleurs à publier la liste des fabricants de prothèses dentaires qui se sont déclarés auprès d'elle, ce qui permettra aux professionnels de santé de vérifier que les fabricants auxquels ils font appel remplissent leurs obligations. Elle précise en outre que les chirurgiens-dentistes ont l'obligation de remettre à leurs patients, avant tout traitement prothétique, un devis qui décrit précisément la prothèse, les matériaux utilisés pour sa confection et le montant des honoraires ainsi que la part remboursable par l'assurance maladie ; et de tenir à la disposition du patient la note de conformité établie pour chaque prothèse dentaire[9].

1) Réglementations différentes en fonction du type de produit : médicament, aliment, produit agricole, textile, substance mélangées, substances préemballées, appareils électroménagers 2) Cass. com., 24 mars 2009, n° 08-11.723 - 3) Règlement (CE) n°1272/2008 du 16 décembre 2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges (REACH), JOUE du 31 décembre 2008. Ce texte est applicable dans tous les pays de l'Union sans texte de transposition en droit national. - 4) Règlement CE n° 1907/2006 du 18 décembre 2006 rectifié concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques (Reach) : les entreprises qui fabriquent et importent des substances chimiques évaluent les risques résultant de leurs utilisations et prennent les mesures nécessaires pour gérer tout risque identifié. Les fabricants, les importateurs et les utilisateurs en aval des substances sont désormais responsables de la gestion des risques liés aux substances utilisées. - 5) Question N° : 37854 de M. Huet Guénhaël (Union pour un Mouvement Populaire - Manche) publiée au JO le : 16/12/2008 page : 10861 - 6) Réponse du Ministère Santé, jeunesse, sports et vie associative publiée au JO le : 05/05/2009 page : 4380 - 7) Réglementation instituée au niveau communautaire et transposée en France dans le code de la santé publique (CSP). La directive 93/42/CEE (transposée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, les décrets n° 95-292 du 16 mars 1995 et n° 96-32 du 15 janvier 1996 et les arrêtés du 20 avril 2006) a permis d'harmoniser les réglementations en vigueur dans les États membres de la Communauté européenne afin que les dispositifs médicaux offrent un niveau identique de sécurité dans l'ensemble de la Communauté - 8) Obligation prévue à l'article L. 5211-3-1 du CSP - 9) Selon la transposition en droit français de la directive européenne n° 2007/47 qui modifie la directive n° 93/42

Tenons dentaires fixes ou repositionnables
Normatec LES TENONS DENTAIRES
Produits de blanchiment des dents vivantes et dépulpées
Easywhite®
Produits de reconstitution, de collage et lampe plasma Sapphire
DenMat®
Facettes céramiques fines comme une lentille de contact à poser sans taille sur dents vivantes pour redessiner le sourire
LUMINEERS®
Attachements magnétiques et conventionnels
REDEIM
Tecalliage L'ART DENTAIRE
RETROUVEZ-NOUS STAND 1M29 AU SALON ADF 2009
Fabriquant de tenons, de métaux précieux et d'attachements depuis 1975, nous sommes également importateur et distributeur exclusif de plusieurs marques mondialement connues. Le Siège Social et le Service Commercial sont situés à Paris alors que notre fabrication est réalisée à Incarville (Eure). La compétence de nos équipes, notre savoir faire reconnu, notre capacité de recherche et d'innovation nous permettent de vous apporter satisfaction en vous proposant les meilleurs produits du marché.
TECALLIAGE
10, RUE GUSTAVE ROUANET 75018 PARIS
Tél. 01 42 54 69 98 Fax 01 42 62 70 72
www.tecalliage.fr info@tecalliage.fr

Collaboration libérale et maternité :
Deux notions antagonistes ?

Le collaborateur libéral est le membre non salarié de certaines professions libérales qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession.

Chez les chirurgiens dentistes, le contrat de collaboration libérale est un contrat plutôt courant, qui intéresse autant des hommes que des femmes, en début ou en fin de carrière, mais aussi en période de transition professionnelle.
Il permet ainsi à 2 confrères ou consœurs d'exercer ensemble, le premier (le titulaire du cabinet) mettant à la disposition du second (le collaborateur libéral) les moyens de travailler (c'est à dire son fond libéral) moyennent une rétrocession sur les honoraires de ce dernier.
Un contrat, fourni par le Conseil de l'Ordre National et soumis à l'approbation du Conseil de l'Ordre Départemental, règle les détails de cette collaboration et prévoit en particulier dans son article 7 la possibilité pour le collaborateur d'être malade ou... enceinte.

La maladie survenant quasiment toujours de façon inopinée, le titulaire du cabinet procède au pied levé au remplacement du collaborateur malade, si ce dernier n'y pallie pas lui même. A son rétablissement, le contrat reprend son cours.

La même procédure est retenue pour la maternité : le contrat doit normalement être suspendu. La délicatesse voulant que le cabinet soit prévenu, au moins dès la déclaration de grossesse, de la date présumée de l'accouchement et de la date prévue du départ et du retour (sauf complication médicale), la collaboratrice préviendra donc au plus tôt le titulaire du cabinet, pour organiser au mieux son absence.

Et là .... attention surprise : aucune protection contre la rupture du contrat de collaboration n'est organisée !

Un contrat de collaboration peut en effet être rompu à tout moment, de part et d'autre, sans avoir de motifs à donner, sauf à respecter un délai de préavis fixé au préalable.
Dès lors, rien n'empêche le titulaire du cabinet de mettre fin au contrat de la collaboratrice enceinte, ce qui arrive fréquemment.

Mais pourquoi rompre le contrat, puisque le conseil de l'Ordre National a organisé cette situation et prévoit le remplacement de la collaboratrice. Aucune gêne particulière ne devrait donc être occasionnée par l'absence de la collaboratrice : ou quand les a priori et les préjugés ont la part belle, dans une profession qui ne tient pas compte des besoins de, potentiellement, la moitié de ses membres.

Par contre, pour la collaboratrice, les effets de la rupture imprévisible (imprévisible, puisque ce qui est prévu au contrat, c'est bel et bien son remplacement pendant son congé maternité et son retour au cabinet à son issue) du contrat peuvent être lourds de conséquences :

- **absence de revenu avant le congé maternité :** si le contrat est rompu dès le 2ème mois avec les 2 mois de préavis, il restera tout de même encore quelques mois avant le congé maternité, donc période sans aucun revenu,
- **pas de revenus pendant le congé maternité** mais présence des indemnités maternité : merci le SFCD !,
- **puis difficulté à retrouver une collaboration** avec un tout jeune enfant dont les besoins devront être pris en compte dans l'organisation des plannings.

Bien bel exemple de l'esprit de confraternité.

Dans un tout autre esprit, la profession des avocats prévoit, dans un cas similaire que « A dater de la déclaration de grossesse et jusqu'à l'expiration de la période de suspension du contrat à l'occasion de l'accouchement, le contrat de collaboration ne peut être rompu, sauf manquement grave aux règles professionnelles non lié à l'état de grossesse. » *(Article 14.3 du RIN)*.
Le cabinet ne peut mettre fin au contrat de collaboration d'une collaboratrice venant d'accoucher qu'à partir de la fin du repos maternité.
Il ne peut pas le faire non seulement pendant le repos maternité, mais également à compter de la déclaration de grossesse.
Cette profession donne donc un sens au « principe de non discrimination sur l'état de

grossesse » en organisant la protection de la collaboratrice enceinte, principe défini et sanctionné par le Code Pénal.

Dans les professions libérales, et notamment chez les chirurgiens dentistes, l'usage veut que tout rapport entre confrères soit empreint de confraternité et de délicatesse. Cette règle doit s'appliquer aussi à la gestion du contrat de collaboration, d'autant plus qu'un accord contractuel a été formalisé : à quoi sert donc l'article 7 du contrat de collaboration fournit par le conseil de l'Ordre des chirurgiens Dentistes, si, dans le cas où la grossesse se profile à l'horizon, le contrat est rompu au lieu d'être suspendu.

Enfin, en France, rappelons que l'entrave à l'exercice normal d'une activité économique quelconque lié à l'état de grossesse d'une femme est puni par le Code Pénal de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende (cf extraits en page 43).

La loi interdisant ce type de discrimination est occultée (cf extraits en page 43), un contrat établi en bonne et due forme est ignoré et le plus élémentaire des devoirs de confraternité est bafoué. En autorisant la rupture du contrat de la collaboratrice enceinte, la profession des chirurgiens dentistes se placerait-elle en marge de toutes ces prescriptions ?

Sylvie Ratier

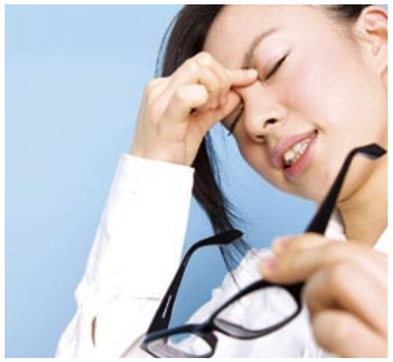
Notifications de cotisations
Taux URSSAF

Nous avons toutes eu une mauvaise surprise en recevant nos notifications de cotisations à l'URSSAF de cette année.

Nous nous doutions bien, en espérant que cela ne soit pas, que l'URSSAF trouverait un moyen pour reprendre ce qu'elle avait été obligé de nous rendre sur les cotisations 2006. Mais là, nous avons bien l'impression d'être dans une dictature !!!

Personne n'était au courant, y compris, si je ne m'abuse, l'ensemble de nos syndicats, que ce recouvrement se ferait dans ces conditions. Comment et par qui cette procédure a été initialisée ? Les parlementaires ? D'obscurs bureaucrates ? Ou bien l'URSSAF elle-même ?

En démocratie, les parties concernées, même si leur pouvoir d'action est limité, sont au



moins au courant de la sauce à laquelle elles vont être mangées. Ici, même pas !!! Ce n'est pas tellement le fait que l'URSSAF reprenne les sommes remboursées, car nous nous en doutions bien un peu, mais surtout la manière dont cela est fait.

Nous sommes donc pieds et poings liés par un organisme qui décide ce que bon lui semble. Ceux qui ont décidé ce recouvrement peuvent agir sans rien dire à personne et sans même que l'on sache clairement à qui nous devons cette décision ? Ils s'arrangent entre eux pour faire payer une fois de plus la vache à lait, et nous, nous ne pouvons rien faire car cette cotisation à un caractère « obligatoire ».

Nous pensions déjà que l'URSSAF et autres organismes et politiques agissaient de façon dictatoriale sous des apparences de démocratie, mais maintenant, ils ne se cachent même plus !! Qu'est ce que nous réserve l'avenir dans ces conditions ?

Catherine Larra

apidrill

FRAISE TRANSMÉTAL
USAGE UNIQUE

APIDRILL est une trans-métal
avec un pouvoir de coupe remarquable.

APIDRILL découpe les couronnes métalliques,
dépose les amalgames, trépanne l'émail.

Utilisation très économique par sachet de 100.

1,99 €

POUR ACHAT EN QUANTITÉ

- découpe les couronnes
- dépose les amalgames
- trépane l'émail

1 sachet de 100	>	239 € TTC
2 sachets de 100	>	219 € TTC
3 sachets de 100	>	199 € TTC

CONTACTEZ
Nathalie au
02 41 95 48 51

apident **Bon de commande**

À retourner accompagné du chèque de règlement à :
Apident, 61 avenue Jean Boutton - 49130 Les Ponts de Cé
Tél. : 02 41 95 48 51 • Fax : 02 41 42 72 23

Je commande :

- ☐ 1 sachet de 100 : 239 € TTC = 239 €
- ☐ 2 sachets de 100 : 219 € TTC = 438 €
- ☐ 3 sachets de 100 : 199 € TTC = 597 €
- ☐ Je suis intéressé(e) par la visite d'un représentant pour présenter la gamme

Nom : .....
Adresse : .....
.....
Adresse mail : .....

RCS : 443 145 917. Offre valable jusqu'au 1er mars 2010. Conformément à la loi "informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Par notre intermédiaire, vous pouvez être amené à recevoir des propositions d'autres sociétés. Si vous ne le souhaitez pas, il suffit de nous écrire (Apident - 61 av. Jean Boutton - 49130 Les Ponts de Cé) en nous indiquant vos noms, prénom et adresse. France Apident : TVA 19,6 % pour la France métropole + Corse, 2,10 % pour les DOM-TOM.

FDI du 2 au 5 septembre 2009

« Welcome SFCD to Singapore »

Singapour n'est pas une destination comme une autre. La fédération dentaire internationale a choisi cette ville pour acceuillir les chirurgiens dentistes du monde entier.

A la fois Est et Ouest, unique et harmonieux mélange de culture qui se retrouve dans le style de vie, la nourriture, l'architecture et les arts... Ville état, moderne et prospère, Singapour est, pour les occidentaux, objet de fascination en même temps qu'une introduction à l'Asie. La diversité ethnique, religieuse et culturelle de cette cité donne un aperçu de la complexité de tout un continent : indépendant depuis 1965, le pays débarrassé du carcan anglais, se développe économiquement dans un contexte de propreté, sécurité, matérialisme, une rigueur qui nous laisse admiratifs et méfiants à la fois...

Ce mercredi 2 septembre 2009, je prends le chemin du centre des congrès Suntec où ont lieu les conférences. Le forum de « dentist women world wide », est un grand moment pour « comprendre les différences de genre dans la perception de la douleur de manière à améliorer les soins cliniques ».
La journée commençe par des rapports d'activités suivie par un tour de table des différents pays participants : Brita Peterson (Germany) fait l'introduction, Kathy Roth (USA) fait un bref rapport sur l'amérique du Nord, Vesna Furtinger (Croatie) développe l'état de la féminisation de la profession en Europe, pour la Frrance je fais un bref exposé sur l'activité du SFCD et la mise en place de notre groupe de formation.

Puis Nina enchaine sur la nouvelle conférence, « Why women are so superior ». C'est vrai nous vivons plus longtemps, ceci partout à travers le monde, quelque soit les conditions sociales. Les garçons sont plus nombreux que les filles à la naissance, mais la balance s'inverse passée l'adolescence. Ils prennent plus de risques et sont plus facilement victimes d'accidents corporels mortels, de violences physiques. Le taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires est identique chez les hommes et les femmes, mais les femmes développent la maladie 15 ans plus tard. Ceci serait du à la répartition de la masse adipeuse, régulée par les oestrogènes. La masse adipeuse localisée sur le ventre est un facteur de risque important pour les deux sexes confondus. Les oestrogènes seraient protecteurs cardio vasculaires, paradoxalement, les traitements de substitution donnés à la ménopause n'auraient pas cet effet et présenterait plus de danger que de bien être. Une étude faite à Okinawa au Japon a montré le rôle des phyto oestrogènes dans l'allongement de la durée de vie. Le Japon est le pays qui a le plus de centenaires en bonne santé. Dans le futur, devrons nous compter avec un grand X et un petit y. Les femmes mènent plusieurs vies (carrière, enfants,...) ; surdiplômées par rapports aux hommes elles développent plus de maladies liées au stress, quittent leur travail, ou mènent des carrières moins intéressantes que les hommes. Elles ont tendance à moins déléguer... Le peuvent elles ? C'est un défi à relever et bien que la Suède ait réussi à imposer l'égalité entre hommes et femmes, il subsiste encore un plafond de verre que seules les femmes elles même pourront casser.

Puis Than DAO (Canada) fait un brillant exposé, bien documenté, sur « Gender differences in pain » « différence des genres face à la douleur ». Le sexe est une différence biologique. Le genre est une différence de comportements faisant référence à des normes sociales. Il est surprenant de constater que l'ensemble des enquêtes médicales disent toutes que les femmes sont plus médicalisées que les hommes, prennent plus de drogues, ont beaucoup de douleurs et les ressentent plus vivement. Pose-t-on les questions de la même façon à un homme et une femme ? Les douleurs dites somatiques sont elles réellement analysées ? Les douleurs chez les hommes sont plus souvent ciblées et traitées. On traite volontiers leur cause, alors que l'ensemble du corps médical a tendance à négliger la cause chez les femmes pour privilégier une cause somatique. Physiologiquement, le siège de la douleur présente des irradiations différentes selon les genres. L'international association of study of pain (IASP) qui siège à Seattle, étudie ces différences.

Chez les femmes, le trajet de la douleur emprunte de multiples voies qui entraînent une confusion d'interprétation et une difficulté pour les femmes de décrire de façon précise le siège de la douleur, ce qu'un thérapeute souhaite en règle générale. Les facteurs hormonaux sont à prendre en considération.

Les enquêtes montrent que la perception de la douleur est identique chez les filles et les garçons jusqu'à l'adolescence, la balance s'inverse à l'adolescence pour redevenir identique à 60 ans et plus. En France, une enquête

Michèle Aerden et nos consoeurs Brésilienne et Indienne

Mélita Perusovic et Brita

Claudia Avarès, Brésil et Nana, Japon

Le prix de la meilleure conférencière femme 2008 remit par Brita à Nina Johnston, Suède

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

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

La participation de nos cadres dans différentes commissions ADF

(information, informatique, prévoyance, qualité, des statuts et formation continue), ainsi qu'au FIF PI et à la CARCDSF **pour faire entendre la voix des femmes dans la profession**

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.

Un service juridique

Sylvie Ratier, notre jusriste, assure une permanence juridique téléphonique

Tél. 05 34 36 40 44

sfcd@sfcd.fr

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.

Un site Internet

des informations, trucs et astuces, des dossiers, des enquêtes, des outils indispensables disponibles 24h/24 !

sfcd SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

SFCD - Permanence juridique - 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

a été menée chez des femmes prenant des contraceptifs oraux et d'autres non. Pour une douleur donnée, elle était perçue de manière plus intense par celles qui ne prenaient pas de contraceptifs oraux. Mais pose-t-on les bonnes questions ? Le genre est l'un des multiples facteurs en cause ; il y a bien des interactions qui n'ont pas été encore explorées…

Suit la conférence de Mélita Pérusovic (Croatie) « Les troubles musculo-squelettiques, TMS, plus importants chez les femmes ».

Après un rappel physiologique, comme la conférencière précédente, Mélita pose les mêmes questions. Les femmes développent plus de douleurs des ATM ???

Puis, Alphonsine Mukandoli (Rwanda) nous parle de son quotidien à Kigali « les maladies parondontales et malnutrition à Kigali ». Dans ce pays qui se remet peu à peu des ravages du génocide, la faim et la malnutrition sévicent. Le noma est un grave souci, et le quotidien des soignants aussi. Nous sommes loin de nos préoccupations esthétiques !!! Nos consoeurs rwandaises ont beaucoup de mérite.

Un petit lunch convivial nous réunit toutes à midi, Michèle Aerden s'exprime ensuite pour nous encourager à continuer et annonce le thème de la prochaine journée à Savador De Bahia au Brésil.

Evelyne Peyrouty

Séminaire SFCD 2009

La prévention bucco dentaire

Agay les 21, 22 et 23 mars.

Bravant les grèves de ce début d'année, nous étions une dizaine à nous retrouver fin mars sous un frais soleil méridional pour le séminaire annuel du SFCD. Notre réflexion s'est portée sur la prévention. Celle-ci peut être améliorée dans le domaine dentaire par des moyens simples et efficaces. Nous avons fait des propositions au gouvernement au travers d'une lettre adressée à notre Ministre : notre but est que nos idées puissent faire leur chemin : innover plutôt que revendiquer.
En voici la synthèse.

La prévention bucco-dentaire comprend :
- **l'hygiène** (brossage quel que soit l'état de vie),
- **la nutrition** (alimentation),
- **le contrôle des addictions**,
- **la responsabilisation** des patients,
- **les consultations annuelles**.

Les CD ne sont qu'un maillon de la chaîne : la prévention et l'éducation de la santé sont multi disciplinaires. Elles doivent être mises en œuvre par :
- **le corps médical dans son ensemble :** généralistes, oncologues, gynécologues, sages femmes, pédiatres, cardiologues, diabétologues, gériatres, pharmaciens…,
- **tous les intervenants** concernés par l'hygiène : ATSEM (agent territorial spécialisé des écoles maternelles), aides soignants dans les maisons de retraites, les centres d'accueil des personnes handicapées, les hôpitaux, auxiliaires de vie… et toute personne ayant en charge un enfant ou une personne dépendante,
- **chaque individu** de la population.

Nous avons répertorié plusieurs moyens simples à mettre en œuvre en fonction du public concerné :
- De même que le CD est en première ligne pour adresser ses patients vers un spécialiste ou un généraliste, le reste du corps médical est aussi en première ligne pour adresser ses patients vers un CD. Dans ce cadre, un référentiel (type référentiel de l'HAS) pourrait être élaboré à l'attention du corps médical. Celui-ci favoriserait l'interrelation des praticiens de santé. L'intégration dans la consultation de la recommandation « Allez voir votre CD… » est nécessaire.
- Des informations sur les conseils d'hygiène de base à la petite enfance sont aussi indispensables (en insistant par exemple à la maternité sur le bon usage du biberon afin de limiter l'imprégnation sucrée et éviter l'extraction précoce des dents chez les enfants de trois ans). D'autre part, il serait temps de donner une place clairement définie au CD dans le projet HPST.
- Comme l'éducation n'est pas une mesure de prévention (rapport OMS 1990), tous les intervenants concernés par l'hygiène doivent inclure le brossage dans la toilette quotidienne. Pour ce faire, une formation théorique et pratique, initiale et continue, est nécessaire (CAP petite enfance, ATSEM, auxiliaire de vie, maison de retraite,…).
- Le matériel d'hygiène bucco-dentaire dans le trousseau doit être demandé aux personnes lors de leur admission dans les établissements médicaux, sociaux et scolaires. La diffusion d'émissions éducatives sur les méthodes de brossage et l'hygiène bucco-dentaire au quotidien doit être envisagée : dessins animés pour les petits, clip vidéo pour les ados, …
- Un système/bonus malus pourrait être envisagé par les caisses complémentaires pour encourager le contrôle régulier au cabinet dentaire.

Le but de ces actions est de responsabiliser un plus grand nombre d'individus à leur bonne santé.
Actuellement, les seuls actes de prévention bucco-dentaires inscrits à la NGAP sont le bilan bucco-dentaire et le scellement de sillons sur les molaires définitives jusqu'à 14 ans. Tous les autres actes (scellement sur les autres dents, prophylaxie, réalisation de gouttières fluorées,…) sont hors nomenclature.
Or, pour atteindre un bon niveau de conscience de la population et éviter des dépenses inconsidérées, il faudrait ajouter à la NGAP les actes de prophylaxie.

Les chirurgiens dentistes seuls n'arriveront à rien. Il faut une implication de tous les acteurs médicaux dans la santé bucco dentaire.

CONGRÈS ADF 2009

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

■ **sur notre Stand :**

du 25 au samedi 28 novembre 2009, au 1er Etage du Palais des Congrès, dans le pavillon ADF

Nos livrets Traçabilité et Nomenclature seront également disponibles sur notre stand.

■ **au cours de la conférence B37**

le mercredi 25 novembre à 12h « Gestion vie professionnelle vie personnelle », à laquelle participe Karine Guitard, rédactrice en chef de notre revue IFCD.

■ **au cours du Forum**

le jeudi 26 novembre à 10h00 « L'Europe des femmes chirurgiens dentistes » animé par Myriam Garnier CNO et Béatrice Gadrey, Présidente SFCD

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

le vendredi 27 novembre 2009 à partir de 12h00 en salle 212-213 du Palais des Congrès.

Découvrez et commandez nos livrets !

Le livret Nomenclature

Vous avez acheté dans les mois précédents le livret « **Nomenclature, comment l'utiliser à bon escient »** réalisé par le Syndicat des Femmes Chirurgiens Dentistes.

Et vous avez été nombreuses à nous en féliciter !

Nous vous proposons à présent :

Le livret Traçabilité

Cet ouvrage précise le traçage à réaliser dans un cabinet dentaire à travers des exemples ciblés :

- **la gestion des stocks ;**
- **les déchets médicaux ;**
- **l'hygiène et la stérilisation ;**
- **l'archivage des documents administratifs ;**
- **le dossier patient ;**
- **les dispositifs médicaux sur mesure ;**
- **le dossier praticien.**

Vous pourrez ensuite vous rendre sur notre site Internet, muni(e) de votre code confidentiel pour télécharger l'ensemble des documents (formulaires, modèles, ...) nécessaires à la mise en place de cette traçabilité dans vos cabinets dentaires.

BON DE COMMANDE DE NOS LIVRETS / BON DE COMMANDE DE NOS LIVRETS

1) Choisissez votre ou vos livrets
2) Calculez le total de votre commande
3) Indiquez votre adresse
4) Joignez votre chèque à l'adresse ci-dessous

☐ **Livret Nomenclature**
- Adhérentes : **21€**
- Non adhérentes : **50€**

☐ **Livret Traçabilité**
- Adhérentes : **25€**
- Non adhérentes : **55€**

☐ *Participation aux frais de port* **5€**

Total de ma commande : ..... **€**

IFCD-28

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Pour recevoir ces livrets, joindre un chèque, du montant correspondant à retourner
à l'ordre du SFCD :
Dr Marie Brasset - 8, rue Henri Barbusse - 02100 Saint Quentin

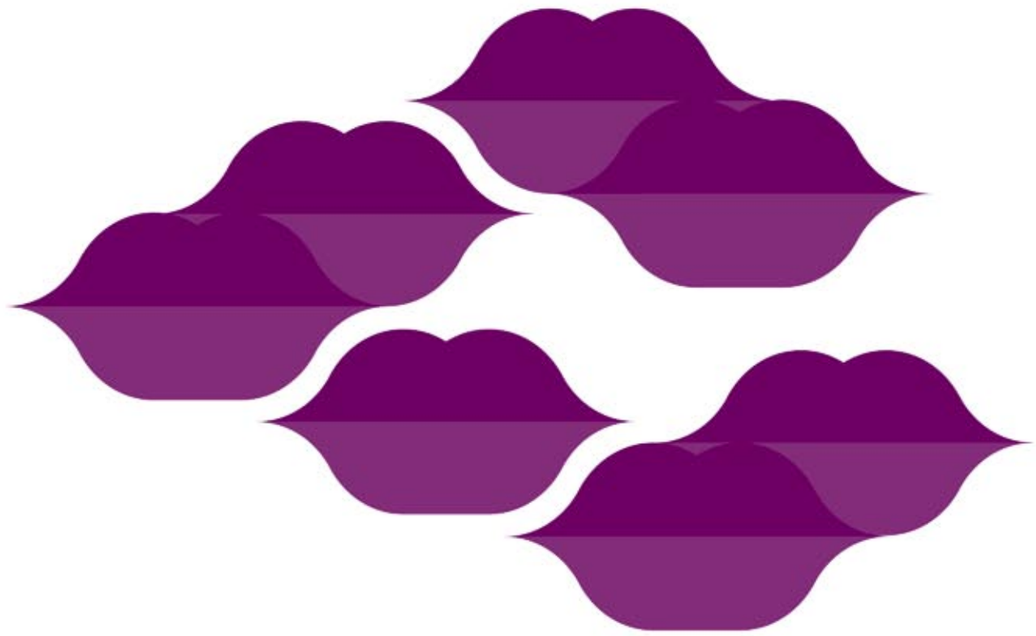
CONGRÈS ADF 2009

Rêves & réalité

Du mardi 24 au samedi 28 nov.
Palais des Congrès
Porte Maillot – 75017 Paris

Faites de vos rêves une réalité

Un programme concentré sur 5 jours avec 133 séances de formation sous forme de conférences, d'ateliers de travaux pratiques, d'ateliers de démonstration ou d'interventions en direct sur patients…



Si vous n'avez pas reçu le programme, contactez-nous !
Association dentaire française – 7, rue Mariotte – 75017 Paris – France
Tél. : +33 (0) 1 58 22 17 10 – Internet : www.adf.asso.fr

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

Participez à l'avenir de notre profession

le SFCD vous offre

- **La participation de nos cadres dans différentes commissions ADF** (information, informatique, prévoyance et formation continue), ainsi qu'au FIF Pl 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.
- **Des livrets de synthèse sur la Nomenclature et la Traçabilité.**
- **Des formations régionales de proximité sur des thèmes liés à l'environnement du cabinet dentaire** pour nous praticiennes et notre personnel (Aide et assistant dentaire mais aussi agent d'entretien et réceptionniste).

BULLETIN D'ADHESION au SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES 2010

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____ Ville : _____ Code Postal : _____

Tél : _____ Fax : _____ E-mail : _____

Année de diplôme : _____ 1e année d'exercice : _____ Mode d'exercice : _____

A compléter et à retourner avant le 31 mars 2010 avec votre règlement de :

☐ **Membre actif : 200 €** ☐ **Première année d'exercice : 100 €** ☐ **Retraitée : 70 €**

Libellé à l'ordre du SFCD au : Dr Marie Brasset - 8, rue Henri Barbusse - 02100 SAINT QUENTIN

Venez découvrir nos nouveautés
ADF 2009 - STAND 2N01
24 • 28 novembre

VISTEO

La prise de vue à 360°

Owandy repense le capteur intra-oral : Visteo, le 1er capteur à induction.
Votre prise de vue en bouche réinventée.

Julie-Owandy • 6, allée Kepler - 77420 Champs sur Marne - France - www.owandy.com - Tél. 0811 88 18 18

Julie owandy

La formation continue

Pourquoi se former ?

Parce que c'est un obligation légale ! L'article R.4127-214 du code de la santé publique dispose que : le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue.

L'Art. L. 4143-1 du code de la santé publique énonce quant à lui : le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les chirurgiens-dentistes.

Pourquoi former ses salariés ?

Parce que c'est une obligation légale ! L'employeur a l'obligation d'assurer par la formation l'adaptation des salariés à leur poste de travail, en veillant à ce qu'ils conservent leur capacité à occuper leur emploi. Si l'employeur ne fait rien, il ne peut par la suite sanctionner le salarié pour insuffisance professionnelle. D'autre part, en cas de rupture du contrat de travail, l'employer se verra sans dote réclamé des indemnités pour ne pas avoir « remis sur le marché du travail » un salarié avec un niveau d'actualisation des connaissances et compétences suffisant.

Mais aussi parce que c'est un moyen pour le salarié de perfectionner et de valoriser ses compétences, et que côté employeur, la formation est un véritable outil de management. Un dispositif gagnant-gagnant !

La formation se déroule pendant le temps de travail du salarié ou pendant son temps libre. Si la formation a lieu pendant le temps de travail, le salarié bénéficie du maintien intégral de son salaire. Hors temps de travail, il perçoit une allocation de formation égale à 50% de sa rémunération nette de référence. Enfin, selon les thèmes de formation choisis, les prises en charge OPCA PL peuvent varier, mais constituent dans tous les cas des aides non négligeables.

Pré-calendrier des formations 2010

Le SFCD et l'organisme de Formation FFCD mettent à votre disposition et celle de vos assistantes (l'ensemble de nos formations fait l'objet d'une prise en charge par l'OPCA PL) son nouveau calendrier de formations. Réservez dès à présent ces journées sur vos agendas !

Thèmes	Lieux	Dates 2010	Intervenants
L'accueil et la communication au cabinet dentaire	Nantes Paris Carnac	**4 et 5 février** **20 et 21 septembre** **7 et 8 octobre**	*M.J. Aussonne* *I. Marceau-Mary*
Les TMS : améliorer l'ergonomie du cabinet dentaire, du geste, de la posture	Orléans Bordeaux Amiens	**22 et 23 avril** **3 et 4 juin** **24 et 25 juin**	*R. Macario* *G. Colombe* *S. Jollain*
La gestion du stress au cabinet dentaire	La Rochelle Toulouse Senones Nantes	**27 mai** **3 juin** **17 juin** **30 septembre**	*M.J. Aussonne*

Ouverture des inscriptions en janvier.
Réservez ces dates sur vos agendas dès aujourd'hui.

Coordonnées régionales

Aquitaine
Pascale Videau-Viguié
86 avenue Michel Picon
33 550 LANGOIRAN
Tél / Fax : 05 56 67 54 04
E-mail : VidVig.Pascale@wanadoo.fr

Bretagne
Stéphanie Boimare-Carrouget
6, place des 4 vents - 56400 Auray
Tél : 02 97 24 06 65 - Fax : 02 97 24 28 86
E-mail : stephanieboimare@hotmail.fr

Centre
Martine Pigeon
60 rue Saint Denis - 41100 Vendôme
Tél : 02 54 23 45 99
E-mail : antag@wanadoo.fr

Midi-Pyrénées
Catherine Thèze-Vignes
Espace Commercial - Rue du 11 novembre
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 : 03 21 28 23 47- Fax : 03 21 43 23 66
E mail : cflechel@yahoo.fr

Paca
Béatrice Gadrey
359, rue Roland Garros - 83600 Fréjus
Tél : 04 94 51 17 87
E-mail : beagadrey@orange.fr

Paris Ile de France & Normandie
Marie Graindorge
18 rue Edouard Fortier
76130 Mont Saint-Aignan
Tél : 06 62 76 17 36

Pays de Loire
Evelyne Peyrouty
36, rue Jean Jaurès - 49800 Trélazé
Tél : 02 41 69 02 76
E-mail : evelyne.peyrouty@wanadoo.fr

Picardie
Marie Brasset
8, rue Henri Barbusse - 02100 Saint Quentin
Tél : 03.23.04.05.42 - Fax 03.23.08.50.82
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

Grand Est
Carol Petit
Maison Médicale du Breuil
8, quai Jules Fery - 88210 Senones.
Tél : 03 29 57 96 23 - Fax : 03 29 57 66 92
E-mail : petit.carol@wanadoo.fr

Dossier : Arrêt de travail

Arrêt de travail
Définitif

2e volet : L'arrêt définitif

Après voir vu dans notre numéro de juin l'arrêt d'activité temporaire, nous nous intéressons ci après à l'arrêt définitif : outre le départ en retraite, les motifs de cessation d'activité sont nombreux et peuvent recouvrir des causes multiples.

L'étude de la DRESS sur la ***« cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies »*** est à ce titre est éloquente. Nombre d'entre nous se reconnaîtront dans les profils développés et les conclusions tirées de ce travail sociologique et anthropologique sont facilement transposables à notre profession.

A ceci près que, et nous ne pouvons que nous en féliciter, un certain nombre de pistes envisagées pour faire face à l'arrêt d'activité précoce de confrères médecins a été mis en œuvre par notre profession, à titre d'exemples :

- **le contrat de collaboration nous est ouvert depuis maintenant plus de 30 ans,** tandis qu'eux le réclament encore, preuve s'il en est de l'opportunité de ce contrat pour nos professions libérales,
- **la campagne à l'initiative de l'ADF et l'Ordre, visant à restaurer l'image collective de notre profession** tant vers les patients que vers les institutionnels, vient d'être lancée,

Avant d'aborder plus spécifiquement les articles pratiques sur la cessation d'activité, nous nous arrêterons un instant sur les causes des arrêts précoces de l'activité libérale, qui peuvent conduire soit à un exercice salarié, soit à une reconversion, soit à une retraite prise dès que possible.

Sommaire :

Arrêt d'activité précoce :

Page 26 - Etude de la DREES

Arrêt d'activité pour départ en retraite :

Page 31 - Il y a une vie après la dentisterie
Page 34 - Expérience
Page 36 - La retraite anticipée

Arrêt d'activité pour maladie ou accident

Page 33 - Invalidité suite à maladie ou accident
Page 34 - le mi-temps thérapeutique

Arrêt d'activité

Les raisons de l'arrêt précoce

Synthèse de l'étude de la DRESS[1]

« Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies »

La cessation d'activité libérale : une décision très personnelle

L'étude a permis d'identifier quatre registres de motivations :

- **le décalage** progressif entre la vision du métier et les conditions réelles d'exercice,
- **l'attirance** vers une seconde carrière plus en accord avec les aspirations professionnelles et personnelles ainsi que les opportunités de seconde carrière se présentant,
- **le rééquilibrage** entre la vie professionnelle et la vie personnelle en faveur de cette dernière, souvent suite à des événements personnels ou à la pression des proches,
- et enfin, **un rapport dégradé** à l'environnement institutionnel, l'absence de reconnaissance et le sentiment de perte du rôle social.

La décision de cesser son activité libérale : un processus inscrit dans les trajectoires de chacun

Outre les motivations variées animant les médecins, l'âge, le profil et l'histoire personnelle entrent également en ligne de compte dans la réflexion menant à la prise de décision de cesser ou de poursuivre son activité libérale.

Les médecins généralistes libéraux résolvent une sorte d'équation du changement qui rapporte « ce que j'ai, ce que j'ai à perdre » à « ce que je vais gagner ».

Cette équation est construite à partir des représentations et des interprétations qu'ils font de leur trajectoire passée et de l'avenir ; celles-ci sont alimentées par l'idée qu'ils ont deux-mêmes, de leur métier et de leur environnement proche ou plus global. Il existe alors une interaction entre le passé, le présent et l'avenir qui peut être porteuse d'actions offensives ou défensives stratégiques.

La diversité des enjeux de la poursuite ou de la cessation de l'activité libérale

Tout au long de leur carrière (y compris à la fin), les préoccupations principales mises en avant par les praticiens sont la recherche d'un exercice professionnel compatible avec une certaine qualité de vie et la reconnaissance de leur rôle social ou de l'intensité de leur engagement professionnel. La question financière n'apparaît qu'en second plan.

L'exercice de la médecine générale se caractérise non seulement par l'individualisation des pratiques, mais aussi par la diversité des priorités dans le travail. Les niveaux de la rémunération et du volume d'actes que les médecins considèrent comme normaux sont donc très subjectifs. De même, les valeurs professionnelles sont très variées et, par conséquent, chacun pratique une médecine plus ou moins lente, se rend plus ou moins disponible pour les patients, entretient avec eux des rapports plus ou moins « affectifs », exerce la médecine générale ou se spécialise, etc.

Les médecins acteurs :

de conditions d'exercice subies à l'élaboration des stratégies protectrices

Les résultats de l'étude corroborent ceux d'enquêtes récentes qui soulignent l'existence de risques importants inhérents à l'exercice de la médecine générale, et notamment le risque d'épuisement professionnel ou burn out.

Ces risques sont liés à un rythme de travail soutenu, mais aussi et surtout aux conditions d'exercice d'une médecine dont les dimensions économique et sociale ne sont pas ou peu enseignées en faculté.

Le médecin n'est pas seulement un être neutre, subissant totalement une situation ou des événements le conduisant (ou le contraignant) à cesser son activité libérale, il est aussi acteur : il interagit avec le contexte dans lequel il évolue.

Des risques majorés pour certains profils médicaux

En médecine générale libérale, les difficultés sont parfois amplifiées par le comportement des médecins. Il existe effectivement une tendance générale à travailler à un rythme trop soutenu, toutes générations confondues. Malgré les discours des médecins interrogés sur la disparition du sacerdoce ou du médecin de famille, l'enquête confirme que ces modèles existent toujours et que de jeunes médecins continuent de les reproduire. Le plus souvent, la vie privée et la santé des médecins en pâtissent.

Ce surinvestissement s'explique par un effet d'entraînement. Les médecins ont souvent acquis une certaine endurance professionnelle au cours de leur internat. Ils ont également une tendance plus ou moins affirmée au dépassement de soi, même à l'hyperactivité. Certains éprouvent aussi des difficultés à lever le pied, craignant de ne pouvoir assumer un niveau élevé de charges financières avec une activité réduite, ou de ne pouvoir se passer du sentiment d'utilité sociale, des relations humaines denses et de la position sociale confortable que leur procure ce travail qu'ils jugent gratifiant et enrichissant.

Le risque de surinvestissement est amplifié chez certains médecins (majoritairement des hommes) pour lesquels les identités sociale et professionnelle se confondent, ou l'engagement envers la patientèle est particulièrement fort.

Des généralistes libéraux épanouis au travail

Certains praticiens sont parvenus à anticiper les difficultés, à trouver un soutien local, à trier leur clientèle, etc. En un mot, ils ont su se protéger. À travers leurs parcours et leurs discours, on décèle des facteurs d'épanouissement au travail pouvant, dans certains cas, expliquer des cessations tardives de l'activité libérale.

La satisfaction au travail est d'abord liée au lieu d'installation : les médecins heureux au travail exerçaient majoritairement en province, à la campagne ou en ville, où ils ont bénéficié d'une certaine qualité de vie.

Ensuite, ces médecins ont eu la capacité de reproduire, dans le cadre de leur exercice libéral, des atouts du secteur salarié tels que le partage des responsabilités et des tâches, l'organisation raisonnée du temps de travail, les échanges entre professionnels, la possibilité de reconnaissance par les pairs. Seuls ou en groupe, ils ont développé un mode de coopération efficace entre médecins (toujours sur le modèle du travail hospitalier en équipe). Ils ont constitué ou consolidé des réseaux d'entraide.

La satisfaction au travail semble aussi tenir aux rapports que ces médecins entretiennent avec leurs patients, qu'ils ont sélectionnés d'une manière ou d'une autre, en passant, par exemple, en secteur 2 lorsqu'ils le pouvaient ou en pratiquant l'homéopathie. Ils n'ont pas accepté le « tout venant » et notamment les cas trop difficiles, surtout lorsqu'ils supposaient une prise en charge au plan psychiatrique. Certains ont dit avoir également refusé des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle. Contrairement à d'autres enquêtés reconvertis ou ayant pris leur retraite précocement, ils ont non seulement réussi à cadrer et éduquer leurs patients en exprimant franchement leur désaccord avec leurs comportements, mais aussi à les fidéliser.

Ces médecins ont su à la fois ne pas s'éloigner de leurs centres d'intérêt, restreindre leur territoire et leur champ d'intervention et approfondir leurs compétences dans une ou plusieurs spécialités, ce qui a contribué à renforcer leur assurance dans le travail.

De plus, leur rémunération était à la hauteur de leurs aspirations.

Pour toutes ces raisons, la plupart d'entre eux ont trouvé un successeur sans difficulté. Ils l'ont trouvé d'autant plus facilement qu'ils ont mis en place des stratégies pour y parvenir : certains ont réalisé des travaux dans leur cabinet ou déménagé peu avant de le céder, d'autres encore l'ont transmis à leurs enfants.

Stress, épuisement et dépréciation : les causes du renoncement

À l'opposé des médecins épanouis, la majorité des médecins reconvertis et une partie des médecins ayant pris leur retraite précocement ne se sont pas protégés. Ils exerçaient souvent dans des secteurs où l'offre de soins était plutôt insuffisante au regard des besoins de la population, comme dans certaines zones rurales et dans des banlieues dites difficiles. Certains, issus d'un milieu plus favorisé, ont parfois vécu de véritables chocs culturels, mais tous ont été confrontés, seuls (par choix ou non), à des réalités sociales auxquelles leur formation initiale ne les avait pas préparés : interculturalité, patients ou familles cumulant les soucis médicaux, familiaux, professionnels et financiers, sérieux problèmes psychologiques ou psychiatriques, insécurité ou violence.

La plupart n'ont pas su maîtriser leur temps de travail et circonscrire leur territoire et leur champ d'intervention. Ils ont été incapables de dire non.

Faute de soutien, par refus d'être épaulés ou par manque de structures et de professionnels compétents au niveau local, ces médecins, qui pour beaucoup ont souffert de la solitude, ont accumulé énormément de fatigue et de lassitude. Chez certains enquêtés, la vision du travail et des patients en a été altérée ; ils ont maintenant une opinion négative sur les comportements de leur patientèle qu'ils jugent abusifs.

Or, la mise en cause des patients pour expliquer une situation difficile est souvent le reflet d'un épuisement professionnel et d'une déception causée par un décalage entre la réalité et la conception qu'ils ont du rôle du médecin généraliste. Pour ces médecins, la cessation de l'activité libérale a été motivée également par le sentiment d'avoir perdu leur statut social, leur niveau de vie, mais surtout leur image de soignant. Leur métier leur semble dévalorisé et dévalorisant. Ce sont plutôt des femmes, aujourd'hui nombreuses parmi les médecins généralistes, qui se retrouvent dans ces situations difficiles.

Elles sont en effet, plus souvent que les hommes, orientées vers une médecine lente et attirent plus facilement les patients nécessitant un suivi rapproché. Les médecins mères de famille éprouvent encore plus de difficultés à concilier leurs vies professionnelle et personnelle, notamment parce qu'elles ne bénéficient pas, comme certains de leurs confrères hommes, de l'appui de leurs conjoints pour les tâches administratives au cabinet (le secrétariat, par exemple) ou pour les tâches domestiques à la maison. Ainsi, pour certaines enquêtées, l'obligation de faire ou de refaire des gardes ou la difficulté de trouver une personne pour s'occuper des enfants ont été des éléments déclencheurs qui ont fini de les convaincre qu'il était temps d'arrêter ; surtout lorsque leur activité était déjà peu rémunératrice et peu enrichissante et les conditions de travail difficiles. Certaines de ces femmes se sont alors tournées assez naturellement vers le salariat et ont trouvé un poste leur permettant de mieux concilier leurs différents rôles.

Des libéraux à la vocation de salariés

Une minorité de praticiens reconvertis dans le salariat étaient avant tout en recherche existentielle. Ils n'étaient pas réellement prêts à assumer les conséquences du mode d'exercice libéral, comme la nécessité de gérer financièrement et administrativement leur cabinet et d'assurer un certain volume d'activité pour faire du chiffre. Mais ils n'étaient surtout pas prêts à assumer seuls des responsabilités et des risques professionnels.

Une minorité de médecins contestataires

Enfin, des médecins reconvertis ou partis à la retraite précocement s'opposent presque en totalité à la plupart des médecins ayant poursuivi tardivement leur activité. Il s'agit principalement d'hommes très contestataires. Ils ont surtout cessé leur activité libérale en raison de leur opposition de fond aux orientations politiques prises en matière de soins et de l'évolution des comportements des patients et des acteurs de la santé. Ils ont refusé de répondre aux nouvelles demandes de patients ou de médecins spécialistes, par exemple, de jouer le rôle d'un prestataire de services pouvant être sollicité à toute heure pour tout motif.

Prévenir la cessation précoce de l'activité libérale :

des mesures multiples à envisager

Dans le processus de décision des éléments clés pèsent particulièrement :

- **l'aptitude à s'investir** dans d'autres activités et à être mobile professionnellement ;
- **avoir eu ou non l'occasion** de découvrir d'autres formes d'exercice ou d'autres formes d'investissement professionnel ;
- **la capacité à se protéger** en préservant un juste équilibre entre sa vision des bonnes pratiques médicales d'une part, et la charge de travail et les relations avec la patientèle, d'autre part ;
- **l'adaptation aux transformations** socio-économiques de la société, la compréhension d'autres logiques (notamment la logique comptable de l'assurance maladie) et de l'environnement institutionnel ;

■ **l'insertion** dans les instances professionnelles;
■ **la capacité à prendre du recul** et à évaluer les pratiques professionnelles.

Penser le métier de médecin généraliste au pluriel

Les discours des médecins enquêtés révèlent la diversité des pratiques, des contenus du travail, des niveaux d'activité, des conditions d'exercice, des revenus qui varient du simple au double, mais aussi des vécus et des représentations. Cette hétérogénéité de situations professionnelles est liée à la disparité des aspirations, des centres d'intérêts et des priorités des médecins, mais aussi à la diversité des manières dont ils pallient les difficultés et préviennent les risques propres à l'exercice de la médecine générale et à l'exercice libéral.

Réfléchir sur les discours tenus et les regards portés aux généralistes

Une réflexion collective pourrait également être engagée sur les évolutions sociétales qui ont conduit à la remise en question du paradigme du sacerdoce du médecin libéral. Elle consisterait à travailler avec les médecins eux-mêmes sur le changement des valeurs intrinsèques du métier et à montrer que celui-ci est acceptable, dans la mesure où l'attachement au métier reste le même, même s'il est exercé différemment.

Réfléchir sur le statut libéral, les modes d'exercice et les transitions ou aménagements possibles en fin de carrière

Le mode d'exercice libéral comporte, dans ses dispositions actuelles, plusieurs caractéristiques fortes qui peuvent inciter certains médecins à cesser précocement leur activité libérale ou décourager ceux qui ont la volonté de prolonger leur activité sous une forme aménagée une fois l'âge de la retraite venu. Parmi les points posant problème, citons :

■ **la logique actuelle du « tout ou rien »** liée au haut niveau d'activité nécessaire pour dégager un revenu disponible correct et à la difficulté de gérer la pression de la clientèle et de la fidéliser en deçà d'un certain niveau de présence;
■ **la difficulté**, pour certains médecins, d'assumer la charge d'activité, en particulier s'ils exercent seuls en milieu rural, où ils peuvent éprouver un sentiment d'isolement et d'épuisement physique et professionnel ;
■ **la lassitude**, voire le refus de réaliser des tâches administratives et de gestion et d'assumer le risque financier lié au statut libéral ;
■ **la nécessité** de rester plus ou moins dans une logique de course à l'acte, même en fin de carrière, puisque aucune forme de capitalisation traditionnelle associée à l'avancée dans la carrière n'existe pour les médecins, et ce d'autant plus que le capital constitué par la patientèle est fortement déprécié, voire sans valeur marchande en raison du manque de successeurs potentiels.

Quelques leviers d'action envisageables se dessinent :

• **créer de nouvelles formes d'exercice** (le statut de collaborateur libéral va dans ce sens) et innover en matière de passerelles entre les modes d'exercice. Il s'agit de permettre le décloisonnement et de favoriser des transitions qui apparaissent moins comme des ruptures, tant dans le cadre législatif qu'en termes d'incidences financières et de créer de la fluidité sur un marché du travail interne élargi ;
• **proposer des aménagements** au principe du paiement à l'acte en fin de carrière, afin de favoriser les aménagements des rythmes de travail sans diminution forte des niveaux de revenu ; par exemple, en inventant des rétributions complémentaires sur la base de contreparties, mais en restant sur la base du volontariat ;
• **prendre en compte** des éléments relatifs à la formation professionnelle continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'appréciation de la carrière professionnelle;
• **permettre aux médecins de s'engager** dans des activités salariées temporairement, notamment en cas d'événements inattendus.

Réfléchir sur l'enjeu de la transmission

La cessation pose à l'évidence la question de la transmission. Partir, c'est transmettre un savoir, ainsi que des patients, qui représentent un enjeu financier, mais que les médecins sont surtout soucieux de ne pas abandonner. Les médecins généralistes sont souvent démunis face à la pénurie de candidats à la reprise de leur cabinet. La dégradation des conditions actuelles de transmission du cabinet lors de la cessation de l'activité libérale pèse fortement sur les stratégies de cessation mises en place et génère des déceptions, des regrets, voire des traumatismes après le départ. En outre, les médecins généralistes perçoivent un véritable fossé générationnel entre leur modèle du médecin généraliste, issu de la génération qui les a précédés, et qui reste encore largement la référence et le modèle des plus jeunes, portés par d'autres valeurs personnelles et professionnelles. D'une certaine manière et pour imager le propos, quand ils se retournent, ils ont l'impression de n'avoir plus personne derrière eux. Ce constat leur est assez difficile à vivre, alors que tous ont le sentiment d'avoir beaucoup donné, y compris au détriment de leur vie personnelle.

Plusieurs axes de réflexion peuvent être suggérés :

• **renforcer la place dans la formation** des jeunes médecins de la médecine générale de ville, de manière à susciter des vocations, mais aussi à mieux préparer les futurs médecins aux conditions réelles de leur exercice. Cela suppose sans doute, plus que d'accroître le nombre des heures de découverte (dans le volume d'enseignement, au travers des stages), d'engager une réflexion sur les mécanismes de sélection des futurs médecins, sur les réserves des étudiants et des jeunes médecins à l'égard de la médecine générale et de l'exercice libéral, sur les dispositifs d'accompagnement à l'installation et sur la création de possibilités réelles d'accueil de stagiaires dans les cabinets médicaux ;
• **encourager les médecins à transmettre** leur savoir et en faire des acteurs de la transmission, du passage de relais ;
• **insister sur la question du successeur** pour en faire non plus seulement une question individuelle, mais collective.

1) Dossiers Solidarité et Santé – DREES, N°6 2008 « Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies », Anne Vega, Marie Hélène Cabé et Olivier Blandin

Bien-Air
Dental

CHIROPRO L
RÉÉVALUEZ
VOS EXIGENCES

Plus de simplicité : la seule commande offrant les séquences cliniques préprogrammées des sept plus grandes marques d'implants.
Plus de performance : le plus puissant moteur du marché, doté d'un éclairage LED à très longue durée de vie, est piloté avec une finesse inégalée par une électronique d'exception.
Plus d'ergonomie : le seul contre-angle doté d'une irrigation interne, d'un poids plume et de la plus petite tête.

CHIROPRO L, le meilleur système au monde ?
Vous ne serez pas le seul à le penser.

50 YEARS technologies &inspiration

Bien-Air France Sàrl
55-57, avenue Jean Lolive FR-93500 Pantin France www.bienair.com

Arrêt d'activité

Il y a une vie après la dentisterie

Pour la plupart d'entre nous, il est très difficile d'imaginer ce que serait notre vie après la Dentisterie...
Tout d'abord, la première question à se poser est : « Ai-je assez économisé pour prendre ma retraite lorsque je le souhaite ?
Quels sont mes objectifs personnels après ma carrière de Chirurgien-dentiste?

Que vous soyez sur le point d'être à la retraite ou que cette échéance soit plus lointaine, il est essentiel de planifier la transition pour pouvoir profiter pleinement de votre vie après votre pratique dentaire.

Aujourd'hui, la retraite est devenue un véritable phénomène de société. Les retraités constituent désormais une population dont le poids démographique augmente en même temps que l'espérance de vie.
Maintenant, la retraite n'est plus synonyme d'une vie inactive, triste et solitaire...

Après toute une vie professionnelle passée dans un métier marqué par le stress et l'urgence, la retraite représente cette vie plus sereine à laquelle chaque praticien est en droit d'aspirer.

Encore faut-il la prévoir et s'y préparer... Actuellement, la retraite est LE grand sujet à l'ordre du jour. Il est crucial, pour les chirurgiens-dentistes de comprendre tous les tenants et aboutissants du problème posé par les retraites. Or, les règles de fonctionnement des régimes de retraite ont beaucoup évolué depuis le 1er Janvier 2004.

Aussi, comment vous préparer afin que votre niveau de vie soit satisfaisant pendant votre période de retraite ?
Comment améliorer vos revenus ?
Pourquoi ne pas envisager de travailler pendant la retraite, puisque cette solution est désormais facilitée ? (Loi Fillon).
En effet, cette dernière loi appliquée depuis le 1er Janvier 2004 a rendu les régimes de retraite plus équitables.
Cette réforme des retraites aura un impact sur la vie professionnelle de tous les actifs et sur la vie des retraités.

Comment préparer de façon optimale cette charnière importante ?

Avec un peu de chance, la durée de vos années de retraite pourrait facilement égaler celle de votre carrière professionnelle. Cependant, il faut beaucoup de planification et de discipline pour s'assurer des revenus permettant de vivre sereinement durant 20 à 30 ans.

Epargner en vue de la retraite est une question d'équilibre. Vous devez être en mesure de vivre correctement le présent tout en épargnant pour l'avenir. Il s'agit là d'un défi de taille.

Dans un environnement où la planification de la retraite devient une nécessité et les ventes de cabinets de plus en plus difficiles, vous devez prendre en compte 3 considérations :

LA PREMIERE CONSIDERATION
et probablement la plus importante doit être la suivante : *« De quel niveau de revenus vais-je avoir besoin ? »*
La réponse ne peut pas être standard.
Elle dépend de votre âge, de votre patrimoine, de vos besoins actuels et futurs, de la présence ou pas d'enfants en études supérieures, de votre style de vie et du moment auquel vous souhaitez prendre votre retraite. Un ensemble de paramètres spécifiques sera à prendre en ligne de compte en fonction du montant de la pension versée, de l'évolution éventuelle de la loi et de chaque situation familiale.

Quel est le système de retraite des chirurgiens dentistes ?

Schématiser le système de retraite des chirurgiens-dentistes conduit à distinguer 4 degrés de protection :

- **Le premier est le régime de base.**
Il s'agit du Régime d'Assurance Vieillesse des Chirurgiens-dentistes.
- **Le deuxième est le régime complémentaire.**
Il a été créé conformément aux vœux de la Profession au 1er janvier 1955.
- **Le troisième, est le régime supplémentaire (dit parfois sur-complémentaire).**
Qui concerne les chirurgiens-dentistes conventionnés, et qui fut institué par le décret du 13 juillet 1962 (J.O. du 14 juillet 1962).
- **Enfin, à ces régimes peuvent s'ajouter des régimes complémentaires privés.**

Par ailleurs, nous pensons tous à la retraite, mais combien d'entre nous possèdent une véritable stratégie financière pour y arriver ? Vous épargnez probablement déjà en vue de votre retraite. Mais, quand vous pensez à votre retraite, que vous voyez-vous faire ?
D'autre part, peu de chirurgiens-dentistes prévoient suffisamment tôt la vente de leur cabinet. La plupart des individus auront besoin de 60 à 80 pour cent de leur revenu pour maintenir leur niveau de vie à la retraite. C'est pourquoi, il est crucial d'avoir à l'esprit le concept de planification financière tout au long de sa vie professionnelle.

LA DEUXIEME CONSIDERATION
à prendre en ligne de compte est celle du meilleur moment à choisir pour prendre sa retraite.
Elle sera fonction de paramètres individuels et doit faire l'objet d'un choix attentif. Souvent la période de transition peut s'avérer délicate si le praticien n'a pas pris le soin d'anticiper le délai de paiement de la pension. Par ailleurs, le moment choisi dans l'année peut avoir des conséquences importantes pour le praticien. C'est pourquoi, il n'est pas toujours favorable d'arrêter son exercice en fin d'année civile.

Enfin, LA TROISIEME CONSIDERATION
est celle qui répond à la question :
Comment s'arrêter ?
Nous avons eu l'occasion de dire que l'arrêt total et brusque de l'activité ne nous semble plus aujourd'hui être aussi impératif que par le passé et qu'une sortie progressive peut s'avérer dans bien des cas bien moins douloureuse.

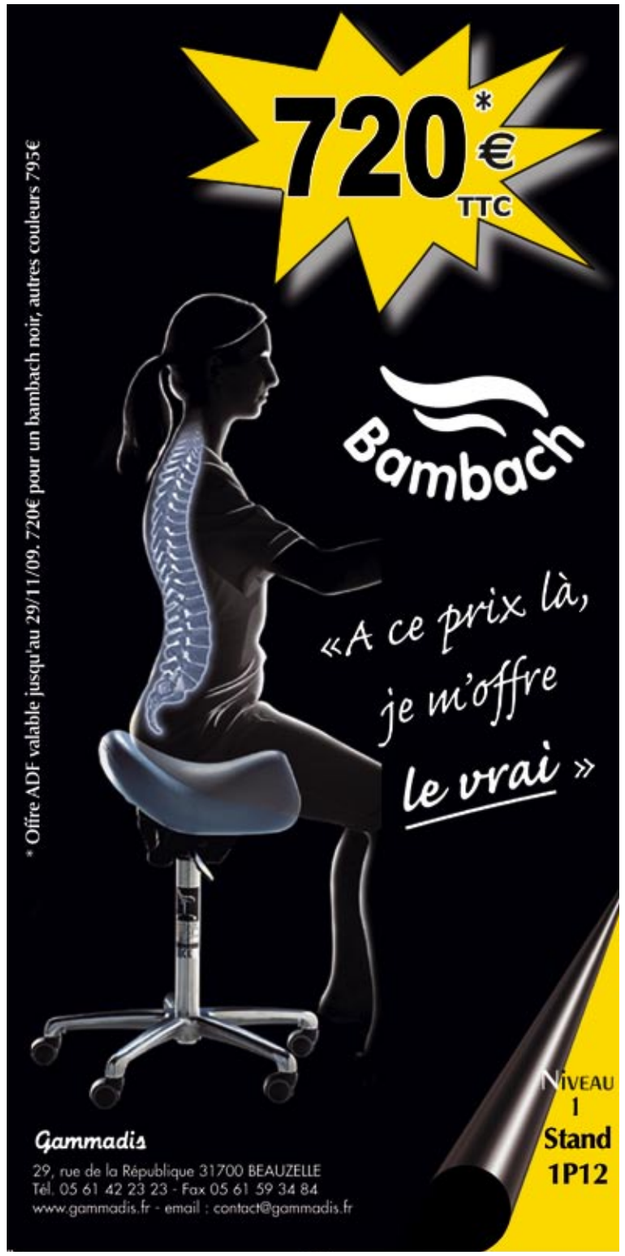
Edmond Binhas

Conclusion

L'évolution rapide de la situation de notre profession sur le plan de la démographie professionnelle va se traduire à court terme (si ce n'est déjà le cas) par :
- **Une perte de patrimonialité des cabinets.** Et il va falloir accepter l'idée que la revente de nos cabinets sera de plus en plus difficile sauf pour certains cas particuliers.
- **Une révolution des comportements** aussi bien en cours de carrière que lors du départ à la retraite. Nos attentes devront s'adapter à cette évolution et il est important de s'y préparer dès maintenant.
- **Une nécessité impérative de préparer sa retraite à tous les stades de votre carrière** (le plus tôt étant le mieux).

C'est la raison pour laquelle il est crucial à mes yeux de mettre en place un prévisionnel, une épargne en vue de la retraite, et même un « plan de vie » prenant en compte la gestion de votre retraite après votre carrière dans le Cabinet. Même si votre vie personnelle n'intervient pas dans votre sphère professionnelle, il est important de continuer à définir de nouveaux objectifs et s'efforcer de les atteindre. Sans but, le risque est grand de vieillir plus vite. L'un de notre rôle, en tant qu'organisme de conseil, est de permettre à chaque praticien d'assurer la meilleure transition possible entre sa fin de carrière et la retraite. Cela passe par la prise en compte d'une nouvelle « feuille de route » pour ses désirs et besoins personnels. Je suis intimement convaincu que l'on apprend tout au long de notre vie et que la sécurité pour chacune viendra de votre agilité et de votre capacité à vous adapter rapidement.

CONTACT
Pour en savoir plus sur notre méthode et le programme de Gestion Globale de Cabinets TM :
Groupe Edmond Binhas - Institut BINHAS
Claudette – N° vert : 0800 521 764
5 rue de Copenhague BP 20057 - 13742 VITROLLES Cedex
Tél. : 04 42 108 108
E-mail : contact@binhas.com



Arrêt d'activité
Définitif suite à invalidité

Dans cet article, nous aborderons l'arrêt d'activité définitive suite à invalidité par maladie ou accident.

Il faut d'abord calculer le niveau des garanties à prévoir. La rente d'invalidité à percevoir doit non seulement permettre de maintenir un bon niveau de vie, surtout s'il y a encore des enfants à charge, mais aussi de pouvoir continuer à investir pour constituer un revenu de retraite. Quelques cas concrets nous poussent à vous déconseiller de compter uniquement sur le conjoint dans ce genre de situation ; il en est de même pour la retraite.

La CARCDSF, votre régime obligatoire, accorde six point de retraite par années d'invalidité jusqu'à vos 60 ans.

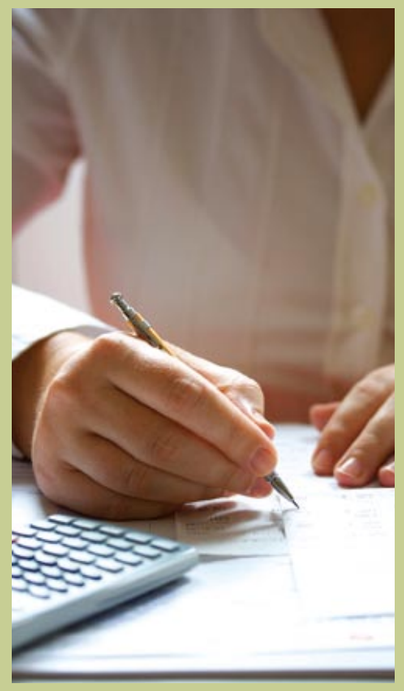
La valeur du point étant de 22,56 € la retraite acquise par année d'invalidité est de 135,36 €. Dans l'hypothèse d'une invalidité à 45 ans, la retraite accordée par le régime obligatoire sera d'au maximum 7.000 € y compris celle acquise avant l'arrêt. Il est donc impératif de prévoir une solution qui permette de constituer un complément à ces 7.000 €.

Même sans invalidité, le niveau de la retraite sera faible; la meilleure solution pour se prémunir est la suivante :

Souscription d'un bon contrat de prévoyance incluant un bon système de rente d'invalidité et souscription d'un bon contrat retraite en loi Madelin incluant la garantie de prise en charge à votre place de l'investissement en cas d'invalidité. Il n'y a qu'un seul bon contrat sur le marché qui apporte cette garantie en ne prenant en compte que l'invalidité professionnelle. Ainsi vous serez sûres d'avoir une bonne retraite malgré un arrêt définitif.

Choix du contrat de prévoyance

La première des garanties à regarder est la rente d'invalidité.
Vous trouverez deux grands types de contrats sur le marché.
Ceux qui proposent le système de pondération pour calculer le taux d'invalidité et ceux qui ne regarderont que l'incidence professionnelle.



Qu'est-ce que le principe de la pondération ?
La compagnie calculera le taux d'invalidité professionnelle (l'incidence de votre invalidité sur votre activité professionnelle) et le taux d'invalidité fonctionnelle (incidence sur la vie privée). Après avoir fait le calcul, la compagnie mélangera ces deux taux à sa façon et vous indiquera un taux d'invalidité que l'on appelle pondéré.

Exemple : une dentiste se coupe un doigt. En invalidité professionnelle, elle aura très rapidement un taux de 80 % d'invalidité. En invalidité fonctionnelle (pour la vie de tous les jours) elle aura maximum 10 à 15 %. Le taux pondéré de 80 % et de 15 % donnera un taux d'invalidité accordé unilatéralement de maximum 35 %. La rente servie dans le meilleur des cas sera de 35 % du montant souscrit.
Avec un contrat qui ne prendra en compte que le taux professionnel, la rente versée sera égale à 100 % du montant souscrit (les bons contrats versent 100 % à partir de 66 % d'invalidité).
Il faut donc éviter impérativement tous les contrats qui pratiquent le système de la pondération.

Il faut savoir aussi qu'en cas d'arrêt d'activité définitif, pour quelque raison que ce soit, y compris donc en cas d'invalidité, les régimes de retraite obligatoire, l'URSSAF et le Fisc vous réclament dans un délai très court les cotisations et impôts restant dus. En règle générale, cela correspond à une année entière de cotisations : les sommes restant dues sur l'année précédente et les sommes à devoir sur l'année en cours puisque non encore calculées.
La solution dans ce cas peut être la souscription d'un capital perte de profession en cas d'invalidité. Ou alors de puiser dans vos réserves. Ne comptez pas sur les banques pour vous prêter de l'argent si vous êtes invalide.

Choix du contrat de retraite

Le contrat doit inclure :
- Un taux ou un barème de conversion de l'épargne en rente, contractuel dès la souscription et garanti à vie.
- Une prise en charge, par la compagnie, de votre investissement en cas d'arrêt de travail temporaire ou définitif par invalidité et ceci en ne prenant en compte que l'incidence professionnelle dans le calcul du taux d'invalidité.
- Un réel retour d'épargne vers les enfants en cas de décès.
- Une prise en charge, par la compagnie, de votre investissement en cas de décès de votre part afin de pouvoir apporter au conjoint une retraite comme si vous aviez continué de payer. Si vous le souhaitez, bien sûr.

Ce n'est pas simple et c'est difficile à trouver, je vous l'accorde. Mais pour vous aider, n'oubliez pas qu'en tant qu'adhérente au SFCD vous bénéficiez d'un diagnostic gratuit par nos services. Pourquoi vous en priver ? Appelez-nous. C'est simple, rapide et efficace.

Philippe Jean
Auditeur Consultant Cabinet ACTIV CONSEIL
Tél. : 05 56 51 51 00

Expérience : Arrêt d'activité retraite

Après 36 années d'activité professionnelle, j'ai pris ma retraite.
J'avais eu un problème de santé quelques années auparavant et mon assistante aussi (elle a été en arrêt pendant 2 ans... 2 ans de galères!...) et les contraintes actuelles liées aux nouvelles normes me pesaient beaucoup.

Cela fait un peu plus d'un an et c'est pourquoi il est plus facile pour moi de vous parler de la non cession de «mon» cabinet.
J'avais pourtant anticipé, en mettant le cabinet en vente 3 ans auparavant de façon à pouvoir collaborer et présenter la patientèle à l'éventuel acheteur.
J'habite une région où la démographie professionnelle est une des plus basse, et il me semblait que je n'aurais aucune difficulté à vendre ce cabinet que j'avais créé: patientèle fidèle et agréable, bon emplacement, CA assez important, associée à 2 médecins, l'avenir me paraissait serein.

Au début quelques « clients » mais beaucoup de curieux, ensuite des personnes plus « accros » mais en définitive aucun résultat.
Je me prépare donc moralement et administrativement.
Il me faut donc licencier deux assistantes (dont l'une est en activité chez moi depuis 26 ans) et la femme de ménage. C'est assez difficile car mes deux collaboratrices ont 55 ans et il leur sera difficile de retrouver du travail.

Le pire arrive : laisser «tomber» la patientèle; pas de revente de fichier, tous les voisins surchargés ne pouvant pas prendre de nouveaux patients sauf urgence !

Ensuite, quand le plus dur de l'affectif est passé (mais pas vraiment digéré) il faut vite libérer les lieux (je louais mon local) c'est à dire débarrasser le matériel, les meubles, le bureau et surtout tout remettre en bon état pour un nouvel arrivant.

Ceci pour vous dire qu'il ne faut pas compter sur la revente d'un cabinet (tant mieux si elle se fait) et qu'il faut assurer pour la fin de sa vie (le montant de la retraite n'ayant rien à voir avec les revenus de l'activité).

Aujourd'hui, le temps efface bien des choses et je me sens bien, libre ... de faire ce que je veux quand je veux... plus de contraintes, plus d'horaires, des activités ludiques et la joie d'être grand mère !

Marie Graindorge

Et si nous avions accès au Mi-temps thérapeutique ?

Le temps partiel thérapeutique permet à une personne, qui était en arrêt, de reprendre son activité professionnelle de façon progressive.

Une reprise consécutive à un arrêt de travail et limitée dans le temps

Après un arrêt de travail prolongé d'une durée minimale de six mois, le Code de la sécurité sociale permet de maintenir le versement des indemnités journalières de sécurité sociale pour tout ou partie à celui qui reprend le travail alors même qu'il n'est pas pleinement guéri ou consolidé.

La reprise du travail à temps partiel est une thérapeutique, c'est une réadaptation à l'effort, en vue de la reprise de travail à plein temps, donc limitée dans le temps (six mois maximum).
Cette reprise doit être de nature à favoriser la guérison ou la consolidation.
La reprise du travail est prescrite par le médecin traitant après une période d'arrêt complet.
L'employeur doit être d'accord avec cette forme de reprise à temps partiel.

Le Code de la Sécurité Sociale ne le prévoit pas pour les libéraux ; et, en conséquence, la CARCDSF non plus !
Cette possibilité n'est pas ouverte aux professionnels libéraux : la CARCDSF n'indemnise pas cet arrêt, puisque le régime général ne le prévoit pas.

Dans le cas des chirurgiens dentistes, seulement certaines assurances, privées, complémentaires et facultatives prévoient cette disposition, fort utile à la suite de certaines maladies graves : elle est limitée dans le temps.

Aujourd'hui, la seule possibilité offerte aux chirurgiens dentistes de reprendre une activité réduite est de conclure un contrat de collaboration : le contrat de remplacement à temps partiel vient d'être supprimé par le Conseil de l'Ordre.

Nous pouvons nous interroger sur les raisons d'un tel état de fait au regard des dernières données démographiques. Notre profession souffre aujourd'hui cruellement d'un manque de confrères et de consœurs disponibles sur l'ensemble du territoire et de telles restrictions à notre exercice semblent ne pas faciliter la résolution de ce problème.

Tout comme le dossier sur les maladies professionnelles, le dossier sur le mi temps thérapeutique des chirurgiens dentistes doit être porté vers les instances compétences pour mettre en œuvre une réponse adéquate.

Marie Brasset (Commission prévoyance ADF)
et Marie Louise Le Dréau Lahais (CARCDSF)

EVALUEZ VOTRE CABINET

« Il ne peut pas y avoir de crise,
la semaine prochaine mon agenda est PLEIN... »

GROUPE EDMOND BINHAS
TRAVAILLEZ MIEUX, VIVEZ PLUS

Venez nous rencontrer à l'ADF sur le stand 2T10

Evaluez votre cabinet et vos besoins en formation.
☐ Oui, je désire bénéficier, sans engagement, d'une évaluation téléphonique personnalisée de mon cabinet dentaire
N° Vert 0 800 521 764

Coupon à remplir et à renvoyer à l'adresse ci-dessous :
Groupe Edmond Binhas les Estroublans - BP20057, 5 rue de copenhague 13742 VITROLLES CEDEX
Offre valable 1 mois

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-mail :

La retraite anticipée
Sans minoration

Les femmes chirurgiens dentistes peuvent anticiper leur retraite d'une année par enfant élevé dans le Régime Complémentaire (RC).

Pour un enfant, il est possible de prendre sa retraite RC à 64 ans sans minoration, pour 2 enfants à 63 ans, pour 3 enfants à 62 ans, pour 4 à 61ans, et pour 5 à 60 ans.
Il n'est pas possible d'anticiper avant 60 ans.

Si l'on souhaite prendre sa retraite à 60 ans, alors que l'on a eu moins de 5 enfants, on perd ce bénéfice et la retraite sera minorée de 25%, soit 5% x 5 années.
Par exemple, une femme ayant eu 2 enfants liquidant sa retraite à 62 ans se verra appliquer une minoration de 15% (5% x 3 ans), alors que si elle la prend à 63 ans, elle n'est pas pénalisée.
Ceci n'est valable que pour ce régime.

Les 2 autres régimes sont obligatoirement minorés de 5% par année anticipée, c'est donc le cas du RBL (régime de base) et du PCV (prestations complémentaires vieillesse)

La solution peut être de ne liquider que ces 2 régimes (avec minoration), et attendre le moment opportun pour liquider le RC; il n'est pas nécessaire de continuer à cotiser.

Il est utile de faire faire des simulations, à différents âges, pour les 3 régimes de retraite. L'autre conseil est de profiter du Congrès de l'ADF pour les demander au stand de la CARCDSF.

Marie Louise Le Dréau-Lahais
Trésorière de la CARCDSF

«Le passage» ou du rêve à la réalité

Du rêve à la réalité
c'est un acte qui est côté
quand nous travaillons
Avec parfois
un cortège d'appréhension

le rêve est de revenir
à cette réalité qu'est le soin
le soin
que l'on fait à quelqu'un

car cela fait du bien

Du rêve à la réalité
c'est une dent qui est côtée
c'est une bouche que je vois
un mouvement
un visage qui s'anime
un corps en équilibre

un ensemble cohérent
pour un regard de soignant

Marie-Cécile Regnaut

Pensez à consulter les fiches prévoyance de l'ADF !

Ces fiches, élaborées par la commission prévoyance de l'ADF, sont téléchargeables via le site de l'ADF, rubrique Convergence Professionnelle sous rubrique Prévoyance.

Pour vous donner un aperçu des thèmes traités :

- **Couverture de l'arrêt de travail, temporaire ou définitif**
- **Arrêt de travail : que faire ?**
- **Cessation d'activité professionnelle ...**
- **Prévoyance de l'étudiant et du remplaçant**
- **Votre prévoyance pour les deux premières années d'exercice**
- **Votre prévoyance dès la 3e année d'installation**
- **Votre retraite individuelle complémentaire facultative**
  - Prévoyance et retraite déductibles «loi Madelin»
- **Avez-vous un (bon) contrat d'assurance vie ?**
- **La responsabilité civile professionnelle** (RCP)
- **Les assurances du cabinet dentaire**
- **Les droits de la femme chirurgien-dentiste**
- **Contrats de mariage PACS - Concubinage**
- **Transmission du patrimoine**
- **Ma retraite, à quel âge ?**
- **La cession du cabinet dentaire**
  - Quand, comment, combien ?
  - Social – fiscal
- **Transmission du cabinet dentaire à un héritier**
- **Le décès**
  - Avant le décès : comment aider vos proches à assumer ?
  - Après le décès : les démarches du conjoint survivant
- **Les droits du conjoint survivant**

L'adresse : **http://www.adf.asso.fr**

bienfait
se met en 4
pour vous
servir

1 proximité
« Écoute et Compréhension pour porter la solution la plus juste et la plus adaptée »

2 réactivité
« Compétence et Expérience pour répondre efficacement à toutes vos demandes, même les plus spécifiques »

3 qualité
« Rigueur et Professionnalisme avec la mise en place d'un process qualité Iso9001 (traçabilité) »

4 innovation
« Haute Technologie et Maîtrise avec de nombreux travaux et études sur l'implantologie et les nouveaux matériaux »

Laboratoire Bienfait
PROTHÈSE ET CÉRAMIQUE DENTAIRES

www.laboratoire-bienfait.fr

TRAITEMENT LOCAL D'APPOINT DES AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET LORS DE SOINS POST-OPÉRATOIRES EN ODONTO-STOMATOLOGIE

Chlorhexidine 0,10 %
Chlorobutanol 0,50 %
Antiseptique
Légèrement analgésique

Eludril,
source de soins
pour la bouche.

Solution pour bain de bouche
Eludril

ELUDRIL, solution pour bain de bouche. COMPOSITION : Solution de digluconate de chlorhexidine : 0,5 ml, Chlorobutanol hémihydraté : 0,5 g. Excipients : docusate de sodium, éthanol à 96 pour cent, glycérol, lévomenthol, solution alcoolique d'huile essentielle de menthe, eau purifiée, rouge cochenille A (E 124). Pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Titre alcoolique : 42,8 % (v/v). INDICATIONS : Traitement local d'appoint des affections de la cavité buccale et lors de soins post-opératoires en odonto-stomatologie. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION : RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bain de bouche. Ne pas avaler. Posologie usuelle : 10 à 15 ml de solution 2 fois par jour (à diluer dans le gobelet doseur en complétant jusqu'au trait supérieur avec de l'eau tiède) : effectuer le bain de bouche jusqu'à épuisement du gobelet doseur. Si nécessaire, cette posologie peut être portée à 3 fois par jour, sachant que la dose maximale est de 20 ml (à diluer), 3 fois par jour. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser ELUDRIL, solution pour bain de bouche. Pour le flacon monodose, diluer le contenu du flacon dans un demi verre d'eau et effectuer le bain de bouche. La durée du traitement peut être de 2 semaines dans les inflammations gingivales et les parodontites. La durée du traitement ne pourra être prolongée au-delà de 2 semaines que sur avis médical. Coût du traitement journalier : 0,62 € à 0,94 €. CONTRE-INDICATIONS : Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE UTILISE en cas d'hypersensibilité à la chlorhexidine, au chlorobutanol ou aux autres constituants de la solution. MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI : Ne pas mettre le produit au contact des yeux et du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et / ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée. Une utilisation prolongée peut exposer à une coloration des dents, obturations et prothèses. INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS : L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation...). EFFETS INDESIRABLES : Risque de sensibilisation à l'un des composants de la solution. SURDOSAGE : Un surdosage n'est pas attendu dans les conditions normales d'utilisation de cette solution en bain de bouche. Toutefois, en cas de passage systémique, des manifestations de toxicité neurologique, peuvent apparaître. Elles seraient à traiter en milieu spécialisé. PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES : Classe pharmacothérapeutique : Préparations stomatologiques-Anti-infectieux pour traitement oral local. Code ATC : A01AB03. La solution pour bain de bouche ELUDRIL est composée de 2 antiseptiques : le digluconate de chlorhexidine à 0,10 % et le chlorobutanol qui possède également des propriétés légèrement analgésiques. L'activité antiseptique de la solution pour bain de bouche ELUDRIL a été démontrée *in vitro* sur des germes pathogènes comme *Porphyromonas gingivalis, A. actinomycetemcomitans, Prevotella intermedia, Capnocytophaga ochracea, Eikenella corrodens, Fusobacterium nucleatum, Campylobacter rectus*. Par son activité antiseptique sur certaines bactéries, la solution pour bain de bouche ELUDRIL permet de diminuer l'indice de plaque et par conséquent, de réduire l'inflammation gingivale. DUREE DE CONSERVATION : 3 ans. PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION : Flacon de 90 ml (polyéthylène téréphtalate) + godet (polypropylène). AMM n° 348 237-6 (1997, révisée décembre 2007). RSS 35%. Agrée aux collectivités. Prix : 2,81 €. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE : PIERRE FABRE MEDICAMENT Laboratoires PIERRE FABRE ORAL CARE, 45 place Abel Gance, 92654 BOULOGNE CEDEX. Information médicale : Tél. : 0800 95 05 64. Pharmacovigilance : 01.49.10.96.18.

★ EURO ESCG LIFE - 78820 - Mars 2008

EXPERT EN SOINS DENTAIRES

PIERRE FABRE
ORAL CARE

Malaise, mécontentement, stress au travail

1/ Les relations humaines en question, parlons-en !

Dans un rapport de Février 2007, sur la santé et la sécurité au travail, la Commission européenne souligne que la souffrance au travail est un problème prioritaire, et alerte sur l'ampleur grandissante du mal-être.

« *Les problèmes liés à une mauvaise santé mentale constituent la quatrième cause la plus fréquente d'incapacité au travail. L'OMS estime que, d'ici 2020, la dépression deviendra la principale cause d'incapacité de travail* »
Travailler c'est mettre plusieurs personnes en contact quotidiennement. Chaque individu est différent par sa culture, son éducation, ses ambitions personnelles, son ouverture d'esprit, son sens de l'intégration. Travailler harmonieusement ensemble, cela suppose et impose une fameuse dose de tolérance, de neutralité et d'empathie.
Au travail, chacun souhaite s'épanouir, se réaliser, avoir des activités à la fois enrichissantes et diversifiées correspondant à ses aspirations profondes. Le travail doit être épanouissant : on n'accepte plus de perdre sa vie en la gagnant ! Mais il y a un décalage permanent entre ses idéaux et la réalité.
Dans une équipe, les contraintes d'efficacité, de disponibilité, suppose l'implication, la mobilisation de tous et de chacun.

Qu'est-ce que l'équipe dans un cabinet dentaire ?
Trois éléments sont à considérer : le chirurgien dentiste, l'assistante, sans oublier le patient.

■ Le chirurgien dentiste patron :
Il dirige, il organise, il communique, il tranche. Aujourd'hui, il doit valoriser l'écoute, le dialogue et la concertation plutôt que l'autorité et la contrainte. Il devient, en fait, un manager de proximité qui réclame l'implication de ses collaborateurs et non plus leur soumission. Nombre de managers de proximité se trouvent coincés entre deux impératifs qui peuvent paraître contradictoires : l'efficacité et les bonnes relations humaines. La tâche est d'autant moins aisée que la plupart des managers formés aux compétences techniques, ne sont pas préparés à la difficile tâche de gérer des problèmes humains. Et pourtant, un collaborateur en bonne santé mentale sera un collaborateur efficace !

■ La (ou les) assistantes dentaires :
Elle est le liant entre le patient, le dentiste et... le fauteuil !
Elle doit posséder des qualités relationnelles et des compétences techniques, être disponible, aimable, efficace, compréhensive, faire preuve en même temps de souplesse et de fermeté, être réactive, laisser au vestiaire ses soucis personnels.
Mais, elle, que demande-t-elle en retour ? De quoi a-t-elle besoin pour être bien dans son métier ? Qu'est-ce qui la motive vraiment ?

Premier besoin :
La considération. Considérer quelqu'un c'est attacher de l'importance à sa personne, c'est lui donner des signes de reconnaissance. L'individu est très attaché aux signes de reconnaissance, sans eux il perd le sens de sa valeur et éprouve un lancinant sentiment d'injustice et de frustration.
Quels peuvent être ces signes de reconnaissance ? Quelques mots échangés avant de commencer la journée, un regard bienveillant, un sourire, un encouragement, une appréciation positive sur son travail...

Deuxième besoin :
Communiquer, échanger, expliquer, mettre à plat les difficultés en toute confiance, sereinement.
Rien n'est pire que les non-dits, ils empoisonnent la vie de tout le monde et plus le temps passe, plus ils prennent de l'importance. La parole est souvent libératrice !

Troisième besoin :
Des rôles et missions bien définis. Savoir qui fait quoi, comment et quand est un appui nécessaire et prioritaire pour le bien-être de tous. Obéir à des normes, entrer dans un cadre, ne sont pas forcément des entraves à l'autonomie du collaborateur. Ils favorisent au contraire la cohérence de l'équipe, la fluidité des actes et une gestion du temps optimisée. Ils offrent également un sentiment de sécurité.
Ainsi, les trois besoins décrits accroissent la motivation et l'implication.
Mais que se passe-t-il, lorsque ces besoins, en totalité ou partiellement, ne sont pas satisfaits ? Lorsque l'équilibre est rompu ?
Un mal-être s'installe, la confiance en soi s'effrite, l'énergie s'amenuise. Aller travailler devient une épreuve. Le stress se nourrit de tout cela !
Face à ces situations installées de mécontentement, de malaise, chacun de nous dispose d'un répertoire d'actions à peu près constant : partir, contester ou se soumettre.
La défection c'est, soit prendre le risque de quitter son emploi, soit, désabusé, « se désengager de l'intérieur », c'est à dire décrocher et faire uniquement acte de présence.
Certains y arrivent très bien ! (confortés par la lecture du best-seller de Corinne MAIER Bonjour paresse)
La contestation c'est une stratégie de confrontation, le risque étant de tomber dans l'agressivité lorsque le vase est plein. Alors faites attention à votre vase, videz-le doucement de temps en temps. Souvenez-vous : si la parole libère, se taire enferme !
La soumission ou obéissance servile est contraire à notre culture démocratique et égalitaire.
Elle ouvre la porte au harcèlement moral, brimades, vexations et annihile l'individu.

■ Le patient :
Une étude révèle que le nombre de salariés travaillant au contact du public ne cesse d'augmenter : 71% (soit plus de deux salariés sur trois) contre 63% dix ans plus tôt.
Les relations sont plus tendues, le temps n'est plus au patient passif. Il devient de plus en plus exigeant, il demande de plus en plus d'écoute, il négocie, il exige.
Ils sont, eux aussi, des causes non négligeables de souffrance au travail. C'est là que la notion d'équipe solidaire prend toute son importance.

Devant toutes ces difficultés à vivre harmonieusement son métier, nous comprenons mieux le besoin de recourir à toutes les gammes de stratégie d'adaptation : gestion du stress, du temps, de la prise de parole, de la communication, de la gestion des conflits, visant à « réenchanter » le travail.

Marie Jo Aussonne

Malaise, mécontentement, stress au travail

2/ Stress : une nouvelle obligation pour l'employeur !

L'accord national interprofessionnel (ANI) sur le stress au travail du 2 juillet 2008 transpose en droit français l'accord-cadre européen du 8 octobre 2004 sur le stress au travail qui initie une meilleure compréhension et une meilleure prévention de ce phénomène de société et d'entreprise.

Cet accord a été étendu par l'arrêté du 23 avril 2009, ce qui le rend désormais obligatoire pour l'ensemble des entreprises, quel que soit le secteur d'activité et la taille.

Cette extension crée de nouvelles obligations à la charge de l'employeur.

Dans le cadre de l'ANI sur le stress au travail, les partenaires sociaux souhaitent concourir à la préservation de la santé des travailleurs par :

- **la mise en place d'une prévention** efficace contre les problèmes générés par les facteurs de stress liés au travail ;
- **l'information et la formation** de l'ensemble des acteurs de l'entreprise ;
- **la lutte contre les problèmes de stress** au travail et la promotion de bonnes pratiques, notamment de dialogue dans l'entreprise et dans les modes organisationnels pour y faire face ;
- **la prise en compte de l'équilibre** entre vie professionnelle, vie familiale et personnelle.

L'employeur doit prendre toutes mesures visant à prévenir et protéger la sécurité des salariés au regard du stress au travail. L'ANI précise que ces mesures incluent par exemple :

- **des mesures visant à améliorer l'organisation, les processus, les conditions et l'environnement de travail**, à assurer un soutien adéquat de la direction aux personnes et aux équipes, à donner à tous les acteurs de l'entreprise des possibilités d'échanger à propos de leur travail, à assurer une bonne adéquation entre responsabilité et contrôle sur le travail, et des mesures de gestion et de communication visant à clarifier les objectifs de l'entreprise et le rôle de chaque travailleur ;
- **la formation de l'ensemble des acteurs** de l'entreprise et en particulier de l'encadrement et de la direction afin de développer la prise de conscience et la compréhension du stress, de ses causes possibles, de la manière de le prévenir et d'y faire face ;
- **l'information et la consultation** des travailleurs et/ou leurs représentants, conformément à la législation, aux conventions collectives et aux pratiques européennes et nationales.

Les employeurs doivent prendre, éventuellement en association avec le médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Les mesures sont mises en oeuvre, sous la responsabilité de l'employeur, avec la participation et la collaboration des travailleurs et/ou de leurs représentants. Ainsi à défaut de prise de conscience et de mesures de prévention et de protection mise en place dans l'entreprise, l'employeur aura une responsabilité automatique ou accrue en cas de litiges.
Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et causer des problèmes de santé.
Il survient lors d'un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que son environnement lui impose et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. La personne peut gérer la pression à court terme, mais a de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à ces pressions intenses. Attention, toute situation de stress n'est pas nécessairement liée au travail (ANI 2 juillet 2008, art. 3). Enfin, pour les partenaires sociaux, si le harcèlement et la violence au travail sont des facteurs de stress, ils ne doivent pas être confondus. Pour les juges français, le stress ne constitue pas non plus du harcèlement moral.

Pour lutter contre le stress, l'employeur peut appliquer une méthode en 4 étapes

❶ Première étape : identifier le stress

L'employeur identifie le stress lié au travail en mettant en place différents indicateurs. Il peut s'agir, par exemple (ANI du 2 juillet 2008, art. 4) :

- de l'absentéisme et du turn-over ;
- de l'existence de conflits personnels ou de plaintes des salariés ;
- du taux de fréquence des accidents du travail ;
- du nombre de visites spontanées auprès du médecin du travail.

L'augmentation significative de ces indicateurs peut révéler du stress au travail, tout comme des actes violents même peu nombreux.

❷ Deuxième étape : analyser les causes du stress

Après avoir détecté le stress dans son entreprise, l'employeur doit en analyser les facteurs, à savoir :

- l'organisation et les processus de travail (ex. : aménagement du temps de travail, dépassements excessifs et systématiques d'horaires, degré d'autonomie, mauvaise adéquation du travail à la capacité ou aux moyens mis à la disposition des salariés, charge de travail réelle manifestement excessive, objectifs disproportionnés ou mal définis, mise sous pression systématique) ;
- les conditions et l'environnement de travail (ex. : exposition à un environnement agressif, à un comportement abusif, au bruit, à une promiscuité trop importante pouvant nuire à l'efficacité, à la chaleur) ;
- la communication (ex. : incertitude quant à ce qui est attendu au travail, perspectives d'emploi, changement à venir, mauvaise communication concernant les orientations et les objectifs du cabinet, communication difficile entre les membres de l'équipe de soin).

Dans son analyse, l'employeur prend aussi en compte les facteurs subjectifs (ex. : pressions émotionnelles et sociales, impression de ne pas pouvoir faire face à la situation, perception d'un manque de soutien, difficulté de concilier vie personnelle et vie professionnelle) (ANI du 2 juillet 2008, art. 4).

❸ Troisième étape : adopter les mesures nécessaires pour pallier le stress

Dès que l'employeur a identifié puis analysé un problème de stress au travail, c'est à lui de prendre les mesures pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire (ANI du 2 juillet 2008, art. 5 et 6).

L'employeur peut, notamment, prendre des mesures visant à :

- améliorer l'organisation, les processus et les conditions de travail ;
- assurer un soutien adéquat de la direction aux salariés ;
- donner à tous les acteurs de l'entreprise des possibilités d'échanger à propos de leur travail ;
- assurer une bonne adéquation entre responsabilité et contrôle du travail.

Il peut aussi prendre des mesures de gestion et de communication pour clarifier ses objectifs et le rôle de chacun.
La lutte contre le stress passe aussi par l'information et la formation des salariés (en particulier de l'encadrement et de la direction) pour développer notamment leur compréhension du stress.

❹ Quatrième étape : évaluer l'efficacité de son action.

L'employeur évalue l'efficacité de ses mesures de lutte contre le stress en utilisant les mêmes indicateurs que dans l'étape d'identification.

Sylvie Ratier

Cadre légal

- **L'accord européen sur le stress du 8 octobre 2004**
- **L'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008** fournit un cadre pour faire face aux problèmes de stress lié au travail.
- **L'arrêté d'extension du 29 avril 2009** rendant obligatoire l'Accord national sur le stress au travail du 2 juillet 2008
- **L'article L. 4121-1 du Code du travail**, « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travail-leurs ».
L'accord prévoit que cette obligation couvre également les problèmes de stress au travail dans la mesure où ils présentent un risque pour la santé et la sécurité des travailleurs.

En bref

Grippe A et salariés des cabinets dentaires

La perspective d'une pandémie grippale est présentée aujourd'hui comme un risque certain. Dès lors, la Grippe A (H1N1) n'épargnera pas les cabinets dentaires.

Dans ces circonstances, les employeurs doivent prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés (Article L. 4121-1 du Code du travail) et ainsi mettre en place :

Des actions de prévention des risques professionnels

Identifier les activités exposant à des contacts fréquents et nombreux avec le public comme le travail des réceptionnistes, aides et assistantes dentaires, praticiens.

Des actions d'information et de formation

Les employeurs ont l'obligation d'organiser et de dispenser une information aux salariés sur les risques pour la santé et la sécurité et les mesures prises pour y remédier (Article L. 4141-1 du Code du travail).
Les employeurs doivent également organiser des formations pratiques et appropriées à la sécurité des salariés pour concourir à la prévention des risques professionnels (Articles L. 4141-2 et R. 4141-1 du Code du travail) :
Les formations à la sécurité ont pour objet d'instruire les salariés des précautions à prendre pour assurer leur propre sécurité et, le cas échéant, celle des autres personnes travaillant dans l'établissement (Article R. 4141-3 du Code du travail)

Elles portent sur :

- **les conditions de circulation** dans l'entreprise (gestion des entrées et sorties),
- **les conditions d'exécution** du travail (règles d'hygiène),
- **la conduite à tenir** en cas d'accident ou de sinistre (en cas de contamination avérée),
- **l'utilisation des équipements de protection** individuelle (Article R. 4323-104 du Code du travail) comme celle des masques respiratoires par exemple.

Une organisation et des moyens adaptés

Organiser des heures adaptées d'ouvertures et de fermeture du cabinet, gérer les entrées et les sorties, ...
La Circulaire DGT 2009/16 du 3 juillet 2009 précise que le choix du masque conseillé est sous la responsabilité de l'employeur. C'est donc l'employeur qui définit le type de masque nécessaire à chaque employé selon différents critères comme le poste de travail, l'exposition au risque... Néanmoins, elle préconise l'utilisation du masque FFP2 aux professions de santé.
Il appartient à l'employeur d'estimer les besoins en masques et en produits d'hygiène (savon, solution hydroalcoolique...) ainsi que les modalités de stockage et de mise à disposition.

En outre, les employeurs doivent veiller à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

Les employeurs doivent ensuite modifier leur document unique d'évaluation des risques professionnels afin d'y intégrer le risque de contamination par le virus de la grippe A (H1N1).
Et ainsi mettre à jour dans le document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs découlant de ce risque.
Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés pour chaque poste de travail du cabinet.

A défaut, le risque pour les employeurs est double :

- **d'ordre pénal :** l'infraction à l'article R. 4121-1 du Code du travail est punie d'une amende prévue pour les contraventions de la 5e classe, soit 1 500 €, 3 000 € en récidive),
- **d'ordre civil :** un salarié contaminé à l'occasion de son travail peut chercher à faire juger que son employeur a, faute d'évaluation préalable du risque et de mise en oeuvre de mesures de protection, commis une faute inexcusable à l'origine de sa contamination.

Sylvie Ratier

Bien choisir un masque FFP2

Les masques FFP2 sont soumis aux exigences de la direction européenne et doivent porter certaines indications, la marque CE, le numéro et l'année de la norme et la classe d'efficacité.

Le point sur :

Les discriminations

Éliminer la discrimination au travail est fondamental pour la justice sociale, qui est au cœur du mandat de l'OIT[1].

En effet, le concept de travail décent pour les hommes et les femmes repose sur cet objectif pour tous ceux qui travaillent ou qui cherchent du travail et un revenu, que ce soit en tant que manœuvres, employeurs ou travailleurs indépendants, dans l'économie formelle ou informelle. En outre, l'élimination de la discrimination fait partie intégrante de toute stratégie viable visant à réduire la pauvreté et à favoriser un développement économique durable.

Les différents types de discriminations

Discrimination raciale
On entend par origine à la fois les origines nationales, le milieu dont on est issu et le lieu ou l'on vit, ces éléments pouvant être cumulés. Les a priori ne sont plus dès lors raciaux, mais avant tout sociaux.

Discrimination sexuelle
La discrimination fondée sur le sexe concerne généralement les femmes qui sont moins bien rémunérées. Mais la discrimination peut concerner également les hommes dont l'emploi est « traditionnellement féminin », tel que le métier d'infirmière, d'institutrice ou bien encore d'assistant dentaire.

Discrimination fondée sur l'appartenance à une ethnie, une race ou une nation
Les populations « d'apparence étrangère » sont victimes de préjugés culturels, alors que souvent, parmi elles, se trouvent des personnes vivant en France depuis toujours.

Discrimination fondée sur la situation de famille
La vie privée est juridiquement protégée. Néanmoins, dans la pratique, il est difficile pour un employeur de ne pas prendre en considération ces éléments, surtout au vu des dernières obligations à sa charge notamment relative à la nécessaire prise en compte de l'équilibre entre vie professionnelle, vie familiale et personnelle en vu de réduire le stress au travail (cf page xx). La situation de famille d'une personne, le nombre d'enfants à charge peuvent avoir des conséquences sur l'organisation du travail. Difficile dans un pareil cas d'ignorer la situation familiale du ou de la salarié(e).

Discrimination fondée sur l'orientation sexuelle
Emploi et sexualité : a priori, les deux thèmes ne sont pas liés. Propos homophobes, harcèlements, railleries de la part des collègues, la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle concerne dans la plupart des cas les homosexuels, ou les bisexuels.

Discrimination en raison de la grossesse
On entend souvent l'argument suivant : la femme représente un risque pour le cabinet car elle peut tomber enceinte à tout moment, ce qui signifie pour un employeur une absence trop longue et la nécessité de la remplacer. On peut chercher à les licencier, mais aussi à rompre un contrat de collaboration ou repousser indéfiniment une association lorsqu'elles sont praticiennes. Mais, elles peuvent également être discriminée parce qu'elles présentent le risque d'une grossesse future. Les craintes des employeurs et/ou confrères sont alors nourries par les conséquences d'une naissance : nouvelles charges familiales pour la femme et perte de disponibilité pour le cabinet (cf page 14 article collaboration et maternité).

Discrimination fondée sur les mœurs
On entend par mœurs « les habitudes de vie » d'une personne qui peuvent se heurter au politiquement correct du monde du travail, comme fumer, être un ancien détenu, ...

Discrimination en raison de l'état de santé
Les problèmes peuvent être physiques comme psychologiques. De ce fait, l'employeur peut se trouver gêné par les absences répétées ou par les aménagements rendus nécessaires :

réorganisation des horaires de travail, remplacement du salarié, mesures d'assistance si besoin est.

■ **Discrimination fondée sur l'âge**
Ici, attention toute particulière dans les offres d'emploi.

■ **Discrimination en raison de l'activité syndicale ET discrimination en raison de l'opinion politique**
Chacun a des convictions et peut souhaiter les exprimer à travers des organismes particuliers : parti politique, syndicat ou association...

■ **Discrimination fondée sur l'exercice du droit de grève**

■ **Discrimination fondée sur les caractéristiques génétiques**
Depuis 2002, le législateur a rendu strictement confidentielles toutes les données médicales des salariés. L'employeur ne peut y avoir accès.

■ **Discrimination physique**
Souffrir d'obésité, être de trop grande taille, ou bien même avoir un visage disgracieux sont parfois de véritables obstacles. Ce nouveau type de discrimination touche également la tenue vestimentaire, les coupes de cheveux ou bien encore les piercings. Certains employeurs sont parfois récalcitrants du fait de leur éducation ou de l'image qu'ils souhaitent donner de leur entreprise. Sur ce point, un bémol, puisqu'en la matière, le Guide de prévention des infections nosocomiales prévoit pour tout le personnel médical, infirmier et para-médical en contact avec les patients l'interdiction de porter des bijoux aux mains, bras et ongles, des ongles artificiels et du vernis à ongles pendant le travail.

Les exceptions

L'existence du principe de non-discrimination se veut protecteur des droits de l'individu, toutefois il peut en résulter un risque de dérive à l'américaine menant à une politique de quotas. Afin d'éviter une telle dérive, le législateur français a prévu des exceptions au principe général

■ **Les discriminations tolérées**
Elles permettent à un employeur d'apporter exceptionnellement des restrictions aux droits et libertés fondamentaux à condition d'être justifiées par la nature de la tâche à accomplir et proportionné au but recherché[2].

■ **Les discriminations positives**
Elles tendent à favoriser une catégorie d'individus, par exemple en matière d'embauche afin de rétablir l'égalité des chances dans l'accès à l'emploi : mesures prises dans des conventions collectives au seul bénéfice des femmes[3] en vue de rétablir l'égalité entre hommes et femmes, mesures prises en faveur des travailleurs handicapés[4], ...

Une application délicate

Le principe de non-discrimination est difficile à faire respecter. L'obstacle essentiel réside dans la difficulté de la preuve, puisque l'interdiction ou l'incrimination vise un acte licite à l'origine, à savoir le libre choix des salariés, collaborateurs, ... qui ne devient illicite qu'en raison du motif discriminant pris en considération pour effectuer ce choix. Et ce malgré les lourdes peines qui le sanctionne.

Sylvie Ratier

Extraits du Code Pénal

Article 225-1 du Code Pénal
Version en vigueur au 9 septembre 2009, depuis le 24 mars 2006
Modifié par Loi n°2006-340 du 23 mars 2006 - art. 13 () JORF 24 mars 2006

Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.
Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales à raison de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de l'apparence physique, du patronyme, de l'état de santé, du handicap, des caractéristiques génétiques, des mœurs, de l'orientation sexuelle, de l'âge, des opinions politiques, des activités syndicales, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales.

Article 225-2 du Code Pénal
Version en vigueur au 30 août 2009, depuis le 10 mars 2004
Modifié par Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 - art. 41 () JORF 10 mars 2004

La discrimination définie à l'article 225-1, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende lorsqu'elle consiste:
1° A refuser la fourniture d'un bien ou d'un service ;
2° A entraver l'exercice normal d'une activité économique quelconque ;
3° A refuser d'embaucher, à sanctionner ou à licencier une personne ;
4° A subordonner la fourniture d'un bien ou d'un service à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1 ;
5° A subordonner une offre d'emploi, une demande de stage ou une période de formation en entreprise à une condition fondée sur l'un des éléments visés à l'article 225-1 ;
6° A refuser d'accepter une personne à l'un des stages visés par le 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale.
Lorsque le refus discriminatoire prévu au 1° est commis dans un lieu accueillant du public ou aux fins d'en interdire l'accès, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 Euros d'amende.

1) Organisation Internationale du Travail
2) article L.122-35 de Code du travail.
3) Article L.123-3 du Code du travail.
4) Loi du 10 juillet 1987 relative à l'emploi des travailleurs handicapés.

Le stress : impression ou réalité ?

Une notion floue

Aujourd'hui, le stress reste encore une notion floue, qui cache un phénomène qui relève à la fois du biologique, du psychologique et du social.

C'est à Hans SELYE, dans les années 30, que l'on doit son entrée dans la vie quotidienne. Il compare notre cerveau à une banque munie d'un système d'alarme relié à un poste de police. Quelque soit le mode d'effraction utilisé pour pénétrer dans la banque, l'alarme sera déclenchée et entraînera l'intervention de la police qui serait l'équivalent de notre réponse biologique. D'où sa définition du mot stress : réponse de l'organisme consécutive à toute demande ou sollicitation exercée sur cet organisme.

D'une façon générale, le stress peut être provoqué par la nécessité de s'adapter physiquement, mentalement et émotionnellement à un changement ou à un autre individu.
Ce formidable processus d'adaptation nous permet de nous sentir vivant et de réagir aux innombrables stimulations qui nous entourent. Vivre c'est s'adapter, changer, se confronter en permanence !
Cependant, lorsque les pressions, les changements deviennent excessifs ou qu'ils influent négativement notre vie, cette capacité d'adaptation peut se trouver en défaut.
Or, toute pression, tout changement sont facteurs de stress. Notre corps réagit, s'adapte ou non !
D'ailleurs, d'une façon familière, nous entendons souvent des personnes exprimer leurs difficultés en utilisant des expressions qui ont trait au corps :
« J'en ai plein le dos »
« Ça me mine »
« Ça me donne des boutons »
« Je me fais du mauvais sang »
« Ça me prend la tête »
« Ça me reste sur l'estomac »
Des mots pour dire nos maux !

Savoir gérer son stress est une fameuse façon d'apprendre à développer ses capacités de travail, de relationnel, pour un meilleur confort personnel. Mieux on connaît son ennemi, mieux on se défend !
L'étape essentielle consiste à identifier les différentes sources de stress et reconnaître les situations professionnelles où il est le plus présent.
Le travail est une sollicitation, donc un stress.
Votre milieu professionnel offre un large terrain aux sources du stress.
Quelques exemples :
- Obligation de résultats,
- accumulation de cas difficiles dans la journée,
- absence de communication dans une équipe,
- conflit avec le patient,
- surcharge de travail,
- poids de l'administratif,
- problèmes personnels,

Le culte de l'urgence qui met l'individu sous pression temporelle permanente.

Et beaucoup d'autres.... !

Il convient de prendre en compte les signes visibles émanant de ces facteurs de stress :

- ***La précipitation :*** tout le monde court dans tous les sens ce qui accentue l'impatience de celui qui est sous son emprise et par là même son irritabilité. Il y a souvent confusion entre urgence et importance. De plus sur le plan relationnel, la précipitation favorise les conflits, les malentendus et les colères.

- ***L'agressivité :*** c'est une réaction au sentiment d'insécurité ou de danger. Elle s'extériorise plus ou moins en fonction du degré de contrôle que chacun a sur soi. Il arrive que l'agressivité soit très intériorisée et se manifeste sur le mode de la colère contenue : ton sec, lèvres serrées, visage fermé...Si elle est extériorisée elle se manifeste par des claquements de portes, des cris, des soupirs excédés, des regards ironiques...

- ***Le repli et l'évitement :*** c'est la tendance à se désinvestir, à s'isoler et à prendre du recul qui aboutit à des arrêts de maladie à répétition. Cela évoque une tendance dépressive, immobiliste qui peut aller jusqu'au suicide..

La réceptivité au stress varie selon l'individu, son environnement, son milieu familial, son passé et son terrain biologique. Toutefois sur le plan physiologique les sensations sont les mêmes : oppression dans la poitrine, nœud à l'estomac, sueurs, accélération du rythme cardiaque, rougeurs, pâleur, tremblements, fébrilité...
Le stress à grosse dose peut provoquer des troubles de la mémoire, du sommeil, des migraines, des problèmes digestifs, des crampes. Les émotions submergent l'individu qui perd confiance en lui, qui perd également son sens de l'humour.
Cela facilite l'isolement, le désintérêt et une infinie souffrance.

Alors que faire ?

Il faut tenter d'appliquer des méthodes tout en sachant qu'une méthode c'est comme une rampe d'escalier, ça ne monte pas à notre place, mais ça aide !
Adopter des techniques préventives visant à préparer la machine humaine : préserver le sommeil, faire du sport, éviter les excitants, améliorer ses habitudes alimentaires. Eviter l'immersion complète et permanente dans l'univers du travail. Construire un équilibre qui repose sur plusieurs pieds. Les investissements sont ainsi mieux répartis : en cas de défaillance de l'un, les autres jouent un rôle d'amortisseur.
Dans la vie de tous les jours, privilégier l'humour et le rire. Pratiquer la relaxation. Bien gérer son temps et ne pas se laisser déborder par les autres. Développer son réseau relationnel. Se faire plaisir sans culpabiliser, se ménager des escapades entre amis, seul ou à deux. Revenir à l'essentiel : hiérarchiser ses priorités de vie.
Réapprendre à dire non !

En conclusion : est-on plus stressés qu'autrefois ? Personne ne peut le dire de façon sûre, nous n'avons pas de comparaison. Ce qui est certain c'est que l'accélération des mutations du monde, les sollicitations permanentes, les responsabilités, nous obligent à nous adapter beaucoup plus vite que par le passé et que chacun développe des trésors d'ingéniosité pour masquer les effets du stress. C'est encore un sujet tabou !

Marie José Aussonne

Intérêt de l'allaitement maternel pour le développement harmonieux du visage

Extrait de l'article de Jacqueline Kolf et Jean Louis Raymond paru dans la revue « L'Orthodontiste ».

Outre l'intérêt nutritionnel et la diminution des risques d'allergie et d'infection gastro-intestinale.... bien connus de tous, les orthodontistes insistent aujourd'hui sur le fait que l'allaitement maternel (quand cela est possible) favorise le développement harmonieux du visage de l'enfant. En effet, la tétée au sein, contrairement à la tétée au biberon, nécessite une gymnastique musculaire intense. Le bébé happe le sein, avance sa langue et sa mâchoire inférieure et serre énergiquement le mamelon contre son palais pendant qu'il serre les lèvres pour maintenir ce mamelon dans sa bouche. La tétée au sein se fait dans un mouvement complexe mettant en jeu tous les muscles de la langue, des joues, des lèvres et des mâchoires.
Or à sa naissance, le bébé a pratiquement toujours un menton en retrait et c'est cette gymnastique effectuée lors de la « traite du sein » qui va remodeler son profil.
Par ailleurs, les pressions exercées à l'intérieur de sa bouche vont développer également les maxillaires dans toutes leurs dimensions, préparant ainsi les arcades dentaires à recevoir les futures dents.
Ce mode d'allaitement a également un autre avantage : il oblige le nourrisson à ventiler par le nez. Il contribue donc à l'apprentissage de ce mode de ventilation. A l'inverse, quand le bébé prend le biberon, il peut avaler et ventiler alternativement par le nez et par la bouche car le biberon ne nécessite ni fermeture labiale hermétique ni travail musculaire important.
Donc, après un rhume par exemple, l'enfant peut conserver ce mode de ventilation par la bouche avec les inconvénients que l'on connaît.
Par ailleurs, la tétée au sein, par le travail musculaire intense qu'elle demande, fatigue le bébé qui, épuisé, s'endort ainsi plus facilement, sans prendre son pouce.
La première année de la vie est une période de croissance exceptionnellement intense et rapide, durant laquelle il est souhaitable que le nourrisson bénéficie de tous les stimuli nécessaires à une croissance faciale optimale.

Dominique Montigny et Laurence André

L'abominable vérité[1]

Pour faire passer le commun des mortels de la réalité au rêve, il suffit de lui demander de fermer les yeux.
Mais pour s'évader dans nos rêves professionnels, le patient d'un cabinet moderne (ou plutôt « tendance »...) devrait-il aussi fermer sa bouche ?
Ne l'ouvrir que pour « se faire » soigner ?
Dans ma boîte aux lettres il n'y a pas si longtemps, j'ai trouvé les trente recommandations, sur dépliant glacé, de l'un des nouveaux « managers » de la profession :
trois seulement concernaient le patient lui même.

En fait je crains que nous ne voulions imposer nos rêves sans écouter ceux de nos patients. Comme si nous voulions remplacer la Santé Publique par la santé d'entreprise de nos cabinets.

Les rêves des praticiens, je les connais, je les ai faits et je les fais encore. Consciente depuis le début de mon exercice de la nécessité de formation continue pour apprendre les techniques nouvelles, améliorer ma pratique sans jamais considérer mes patients comme des cobayes, je constate avec regret qu'aujourd'hui encore, malgré les nombreuses campagnes de prévention, le français moyen ne sait toujours pas se laver les dents. Nos soins dentaires sont les moins chers d'Europe, mais un français sur 4 renonce à consulter à cause du coût des prothèses[2]. Une bouche bien entretenue n'a pourtant pas besoin de prothèses... Même s'il existe quelquefois un réel problème de démographie, nous devrions être dans un pays où la santé n'est pas un luxe réservé à une certaine catégorie de patients.

Nous revendiquons la vision globale du patient, mais la profession s'engouffre dans une spécialisation de pratiques nécessitant les fameux plateaux techniques qui, eux-mêmes, se transforment souvent en fantasmes... et les sexologues savent que ceux-là ne sont pas toujours faciles à manier !

Nous sommes dans le domaine de la performance, les impératifs de normes, de qualité, nous catégorisons, définissons, statuons, « décidons »... A vouloir « augmenter l'acceptabilité de nos devis » ou « rentabiliser nos cabinets » ne serions nous pas en train d'oublier l'individu/patient ? Les bases sur lesquelles nous nous appuyons, les meilleures soient-elles, ne peuvent définir un idéal pour tous. Dans le domaine de la Santé c'est l'individualité de chacun, patient et praticien, qui fait la richesse et la diversité de notre communication et de notre pratique, pas seulement les gestes techniques, la gestion des assistantes et le calcul des coûts.

Certes, le patient ment souvent et nous le savons !

C'est que nous ne travaillons pas dans un lieu facile, nous sommes dans l'intimité de la personne, dans son souffle et si proche de son verbe. C'est un espace chargé de symboles. La sexologie éclaire les rapports entre les êtres humains et explique comment cette fonction de communication très poussée qu'est la fonction érotique utilise les corps avec pour récompense le plaisir sexuel. La bouche « est » l'organe érotique par excellence, puisqu'elle n'intervient pas dans la sexualité/reproduction. Son utilisation à but plaisant ou ludique, pas plus que nos invasions à but prophylactique, ne sont obligatoires. La bouche n'est un organe pénétrable qu'après décision personnelle de chacun, en complément d'un consentement si possible éclairé.

Nous pénétrons dans un lieu hautement chargé de sens, plein de réalités et de rêves. Et si nous voulons mieux comprendre notre patient, encore faut-il qu'il ait la possibilité de s'exprimer. Pour cela, il lui faut intégrer toutes ses fonctions bucco-dentaires, dont certaines, non naturelles comme le brossage des dents par exemple, nécessitent un apprentissage. Nous sommes là pour aider ; nos soins, nos conseils ne sont qu'un humble apport pour le maintenir dans son choix d'utilisation ou non de cette bouche dans le cadre de son système personnel de communication avec le monde.

Il n'avouera sans doute pas tout. Il ne dira pas « l'abominable vérité ».
Car communiquer, en matière de bouche, c'est séduire, à différents niveaux, parler, chanter, dévoiler ses pensées, embrasser, lécher, sucer, partager son souffle, ses fluides, mettre des mots sur ce qu'il sent et sait, mais aussi trouver quelqu'un que ça intéresse ! Admettre ce que l'on est n'est pas toujours facile, prendre la décision d'assumer ses choix personnels et de plus, les dévoiler à l'inconnu que nous sommes, c'est-à-dire dévoiler sa vie privée, constituent des prises de décision qui font

intervenir des sentiments comme la pudeur, la honte, la colère ou même le dégoût, et nous rapprochent de la sexualité. Cette imbrication des corps, dentaire ou sexuelle, peut en effet être considérée comme dégoutante ou positive, selon le point de vue où l'on se place, et bien sûr en fonction du contrat accepté par les deux protagonistes... s'il en a été établi un !

En matière de sexualité, le héros c'est l'amour. Dans un cabinet dentaire le héros c'est la confiance. Obtenir la confiance du patient est le jackpot espéré. Sans confiance, pas de respect, pas d'émotion, pas de plaisir de l'échange, pas de vérité.

Si, par intérêt technique pour le praticien, la position allongée du patient s'est généralisée, n'oublions pas qu'elle induit la soumission et l'aveu. N'en profitons donc qu'en conscience et à bon escient !

L'apport de la sexologie, étudiant ce petit pourcentage de gènes qui nous séparent des primates permettant ainsi la transformation de la fonction de relation à l'autre, animale donc sexuée, en une fonction cérébrale, ne doit pas être négligée si on accorde à notre profession une dimension humaniste. A ce titre, nous devons nous imposer le plus profond respect des décisions individuelles.

Mais pour prendre une décision, que ce soit pour le patient comme pour le praticien, le raisonnement n'est pas suffisant. Le facteur « émotion » ou plus exactement la récompense espérée en matière de plaisir joue un rôle non négligeable.

Faisant voler en éclat la théorie existante depuis plus d'un siècle qui affirmait que le processus de décision était régi par la logique et le raisonnement rationnel, les neuroscientifiques plongent actuellement dans l'univers d'un mécanisme beaucoup plus complexe... et surtout beaucoup plus imprévisible. Les chercheurs commencent à peine à percer le mystère. Emotion, plaisir, mémoire, anticipation, peur... toute une infinité de facteurs interviennent dans la prise de décision et semblent rendre illusoire toute tentative de rationalisation.

Les expériences chez les primates ont montré que c'est le circuit de la récompense qui motive la décision, en secrétant plus ou moins de dopamine selon qu'il existe plus ou moins de chance d'obtenir un gain. Le singe anticipe son plaisir, libérant « avant » ce neurotransmetteur particulier, la dopamine, déclenchant une sensation de plaisir. Thomas Boraud[3] nous propose cette métaphore : « Aujourd'hui, on peut considérer qu'il y a deux protagonistes dans notre cerveau, le critique et l'acteur. Le critique, ce sont les structures dopaminergiques qui prédisent les conséquences du choix, donnent une valeur aux alternatives et motivent l'action. L'acteur, c'est en grande partie le cortex préfrontal qui choisit parmi les différentes valeurs ».

C'est la notion de plaisir buccal qu'il faut développer, du plaisir de venir nous consulter, du plaisir de nos actes.

Considérant l'homme, Mathias Pessiglione[4] nous apprend que son architecture cognitive globale est très semblable à celle du singe. La différence, c'est que si le singe semble suivre une certaine logique dans ses décisions, le cerveau humain déjoue, lui, ces prévisions. Le rapport au temps intervient alors de manière cruciale. L'une des particularités de l'humain, c'est sa grande capacité de mémoire. Il peut, grâce au verbe, répertorier, catégoriser, construire sa propre histoire émotionnelle.

D'où l'importance des souvenirs, des « empreintes » - les premières fois. L'histoire buccodentaire d'un patient est beaucoup plus qu'un enchaînement de rendez-vous et de plans de traitement. C'est une vie et un ressenti aux paramètres bien souvent irrationnels. Le souvenir d'une mauvaise expérience peut faire des dégâts plus importants que les diverses interventions techniques qui ont suivi.

Si la dent ne possède pas les célèbres « corpuscules de Krause » qui sont les mêmes transmetteurs de plaisir des pénis et des clitoris, les lèvres qui défendent l'entrée de la denture oui ! Et l'homme est la seule espèce à avoir des lèvres. Alors ne pensons pas que nos patients viennent simplement « soigner leurs dents » et faire la révision à la bonne date. Ils viennent vérifier la bonne marche de leur système personnel de lèvres-dents-gencives-langue pour l'espoir des baisers, du goût, des appétits, des rires « à gorge déployée », des contacts et du bonheur.

L'une des clés de la réussite est aussi notre plaisir à nous, praticiens, notre plaisir d'intervenir dans ce processus par nos soins, nos conseils.
Les émotions sont contagieuses, c'est prouvé scientifiquement !

Ce n'est pas en étant cramponné à notre propre réalité que nous pourrons accompagner les rêves de ceux qui nous confient, de temps à autre, ce petit coin buccal si essentiel d'eux-mêmes.

Il faut lever les tabous, ôter les barrières, briser le silence comme l'avait écrit Philippe Safar[5] parlant du piercing. Mais il y a tant de sujets buccodentaires où les non-dits prospèrent qu'il serait bien long de les évoquer tous. La vie intime et la fonction érotique toute entière savent quelquefois, au contraire des corps habitués ou blasés, se faire « impénétrables »... Nous ne pouvons dans ces domaines « savoir tout », essayons simplement de ne pas « faire l'autruche ».

Autre exemple :
où en est-on de la «guerre au sucre» qui semblait un thème possible dans les débuts de la prévention ?
N'est ce pas le véritable combat à mener plutôt que la répétition d'injonctions fastidieuses de type « il faut aller chez le dentiste, c'est important » ou encore « mangez du fluor », alors que cet apport est loin d'être LA réponse.
Evidemment il va falloir affronter le plaisir des sucettes et les intérêts des marchands.

L'amélioration de l'haleine devrait être l'argument numéro un dans le brossage des dents ; cela reste un sujet rarement abordé alors qu'il est directement lié au dégoût. « La sexualité humaine est, au contraire de l'animal, une sexualité désirante parce qu'elle est tributaire du dégoût réciproque que les individus s'inspirent à priori pour vivre en communauté. » écrit Jacques Waynberg[6], sexologue contemporain, directeur de l'Institut de sexologie française.

Il reste les non-dits sur les soins aux patients séropositifs et les conséquences de leurs trithérapies, les risques de transmission des maladies sexuellement transmissibles par les fellations ou cunnilingus (quel praticien a dans sa salle d'attente ne serait ce qu'un dépliant à ce sujet ?). Il reste les non-dits sur les prothèses mobiles (porter un « accessoire » dans sa bouche semble encore aussi perturbant que de se servir d'un préservatif ou d'un sex-toy!), sur la course aux implants proportionnelle aux moyens financiers des patients/clients (la séduction réservée aux nantis... cela fait froid dans le dos !) Il reste les non-dits sur l'esthétique , le blanchiment, le « dents blanches et bien alignées » qui prévaut aujourd'hui en oubliant bien souvent les « dents du fond », ou plus généralement les soins normés Iso 9OO1 (Excusez moi docteur, il s'agit d'une bouche, pas d'une chaudière murale !)

Je persiste à croire que la vérité n'est pas si abominable que ça !

Manon Bestaux,
chirurgien-dentiste et sexologue

1) L'Abominable vérité, 2009, film réalisé par Robert Luketic avec Katherine Heigl, Gerard Butler.
2) Enquête Ipsos du 22 et 23 août 2008.
3) directeur de recherche CNRS au laboratoire Mouvement Adaptation Cognition de l'université Bordeaux-II
4) chercheur à l'unité Inserm 610 de l'Hôpital de la Pitié-Salpétrière, à Paris
5) JSOP n°5, mai 2008
6) Jouir c'est aimer, éditions Milan, 2004

Troubles du comportement

Anorexie-boulimie et lésions bucco-dentaires

L'anorexie et la boulimie sont des troubles du comportement alimentaire (TCA) à ne pas prendre à la légère. Le malade doit être pris en charge par le médecin généraliste et le psychiatre. Il semblerait que 15 % des filles (de 14 à 25 ans) soient concernées à des degrés divers.

L'anorexie mentale (ou anorexie psychogène) est souvent associée à des épisodes (crises) boulimiques : c'est le syndrome d'anorexie-boulimie. Les individus atteints sont en grande souffrance psychologique. Les jeunes filles ingurgitent des quantités importantes d'aliments pour ensuite se faire vomir et éviter ainsi de grossir.

Outre les problèmes de santé engendrés par la malnutrition et les carences multiples (voir site « BouliAna.com »), cette maladie a bien sûr des conséquences au niveau de la sphère bucco-dentaire : lésions dentaires, problèmes muqueux et gingivaux, bruxismes.

Lésions dentaires :

■ **Érosion amélaire massive**, surtout sur les faces palatines et linguales, consécutives à l'acidité du vomissement. Elles apparaissent environ après 2 ans de pratique de vomissements réguliers (certaines se font vomir plusieurs fois par jour). Les lésions sont irréversibles et nécessitent d'importantes réparations. Lorsque la pathologie est plus sévère on peut voir apparaître des lésions vestibulaires. L'attaque de l'émail peut être telle qu'il disparaît complètement et les dents prennent alors une coloration jaune. À ce stade la sensibilité au froid et au chaud est intense.

■ **Mylolyses** dues à des collets déminéralisés suite à des brossages intensifs et au bruxisme (stress intense).

■ **Caries** souvent profondes dues à la fragilité de l'émail déjà érodé et à un apport alimentaire important très sucré et acide (boissons gazeuses sucrées, jus de citron, pamplemousse, chocolat...). Il existe également chez ces patientes une sécrétion salivaire diminuée et plus acide que la normale (pH 6 à 6,4).

Lésions muqueuses et parodontales :

■ **Gingivites, parodontites et halitoses** dues à des carences vitaminiques, protéiniques et en sels minéraux. L'état parodontal est souvent altéré par la présence importante de plaque dentaire car l'hygiène bucco-dentaire est réduite lors de problèmes psychiques. Une anémie par carence en fer entraîne une pâleur de la muqueuse intra-buccale.

■ **Erythème** généralisé dû à plusieurs facteurs :

• une irritation chronique des muqueuses est présente : elle est due à la régurgitation acide,

• une xérostomie entraînant une perte de la couche protectrice et lubrifiante de la muqueuse. Plusieurs facteurs sont en cause : déshydratation, traitement à base d'anxiolytiques et/ou d'antidépresseurs, déficience des glandes salivaires,

• une chéilite (lèvres sèches, craquelées) consécutive aux régurgitations et aux carences nutritionnelles.

■ **Lésions traumatiques muqueuses** au niveau de la langue et du palais, provoquées par les doigts ou objets servant à faire vomir ainsi que par l'ingestion trop rapide des aliments lors de la crise de boulimie.

Autres symptômes :

■ **Hyperparotidie non durable**

■ **Anémie et troubles électrolytiques** provoqués par les vomissements et les prises de laxatifs pouvant être la source de complications physiques telles que : tétanie, crises convulsives, arythmie cardiaque, faiblesse musculaire ; de plus, ces troubles peuvent être exacerbés par le stress des soins.

■ **Difficultés relationnelles** qui compliquent la relation thérapeutique et la communication et rendront la collaboration délicate.

Souvent, ces jeunes filles présentent une névrose hystérique ou obsessionnelle concomitante à un état dépressif.

Traitements préventifs

■ **Motivation à l'hygiène bucco-dentaire:** il ne faut pas que le patient se brosse les dents immédiatement après le vomissement, le facteur mécanique d'abrasion s'ajouterait à l'effet corrosif de l'acide.

Rôle du chirurgien-dentiste

Les lésions provoquées par l'anorexie et la boulimie sont sérieuses et même désastreuses dans certains cas. Elles sont douloureuses et irréversibles. Nous devons être attentifs à ces symptômes et lorsqu'on les diagnostique il est nécessaire de confier sa patiente à un service spécialisé dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire si elle n'est pas encore suivie. Il est nécessaire de ne pas négliger le degré de dénutrition des patientes.

■ **Conseiller de faire un bain de bouche** avec un produits de rinçage à Ph neutre (eau avec ou sans bicarbonate).

■ **Prévenir** les personnes concernées de l'effet négatif des boissons acides et conseiller de boire de l'eau.

■ **Préconiser l'utilisation d'un dentifrice non abrasif** et d'une brosse à dent à poils très souple.

■ **Préconiser la mastication** de chewing-gum (sans sucre) et si nécessaire des médicaments pour stimuler la salive.

■ **Préconiser une gouttière** de fluoration ou réaliser une gouttière de protection qui évitera le contact du bol acide avec les dents pendant le vomissement.

Traitements curatifs

■ **Traitement de l'hypersensibilité** par une hygiène appropriée et un traitement local adéquat.

■ **Soins des caries, mylolyses et abrasions** de l'émail par des soins conservateurs ou prothétiques.

■ **Soins parodontaux adaptés.** Dans les cas où les dents sont très délabrées il faut prévoir la réhabilitation des deux arcades dentaires. En vue d'une coopération du patient et un suivi régulier des soins et de l'hygiène, il faut se mettre en rapport avec le médecin traitant et/ou le psychiatre traitant.

Il faut aussi noter que ces patients peuvent avoir une demande déraisonnable au niveau des soins et avoir des comportements à tendance autodestructrice parodontale.

Patricia Hueber Tardot

Démarquez-vous : intégrez la PARO dans votre pratique.

visitez notre site www.paroconcept.com

PARO CONCEPT, c'est :

Améliorer ses connaissances
- En immunologie
- En microbiologie
- En médecine interne et générale
- Et bien sûr, en Parodontie

Bénéficier de 30 ans d'expérience
- Faire accepter les honoraires
- Faire adhérer le patient au protocole
- Tenir un discours simple, positif et cohérent
- Apprendre à gérer l'urgence

PARO CONCEPT : le bien-être du savoir faire

Docteur Jacques Charon
Parodontiste.

LA MÉTHODE
- Des travaux pratiques avec microscopes
- La présentation de nombreux cas cliniques
- Des mises en situation patient/praticien
- La retransmission "live" d'une consultation

LES OBJECTIFS
- Comprendre les mécanismes des maladies parodontales
- Apprendre à les prévenir
- Apprendre à les traiter efficacement
- Maintenir durablement vos résultats
- Pérenniser vos prothèses et implants

LES STAGES PARO CONCEPT
Durée : 5 JOURS

PARIS..... du 7 au 11 Décembre 2009
AIX EN PROVENCE ..... du 15 au 19 Mars 2010
ARCACHON ..... du 14 au 18 Juin 2010
LILLE ..... du 20 au 24 Septembre 2010
PARIS ..... du 6 au 10 Décembre 2010

Oui, je souhaite être contacté(e) pour le stage de _____
Nom _____
Adresse _____
_____
E-mail _____

Cachet du cabinet

Contactez Nicolas ou Alexandra au 03 20 34 04 47

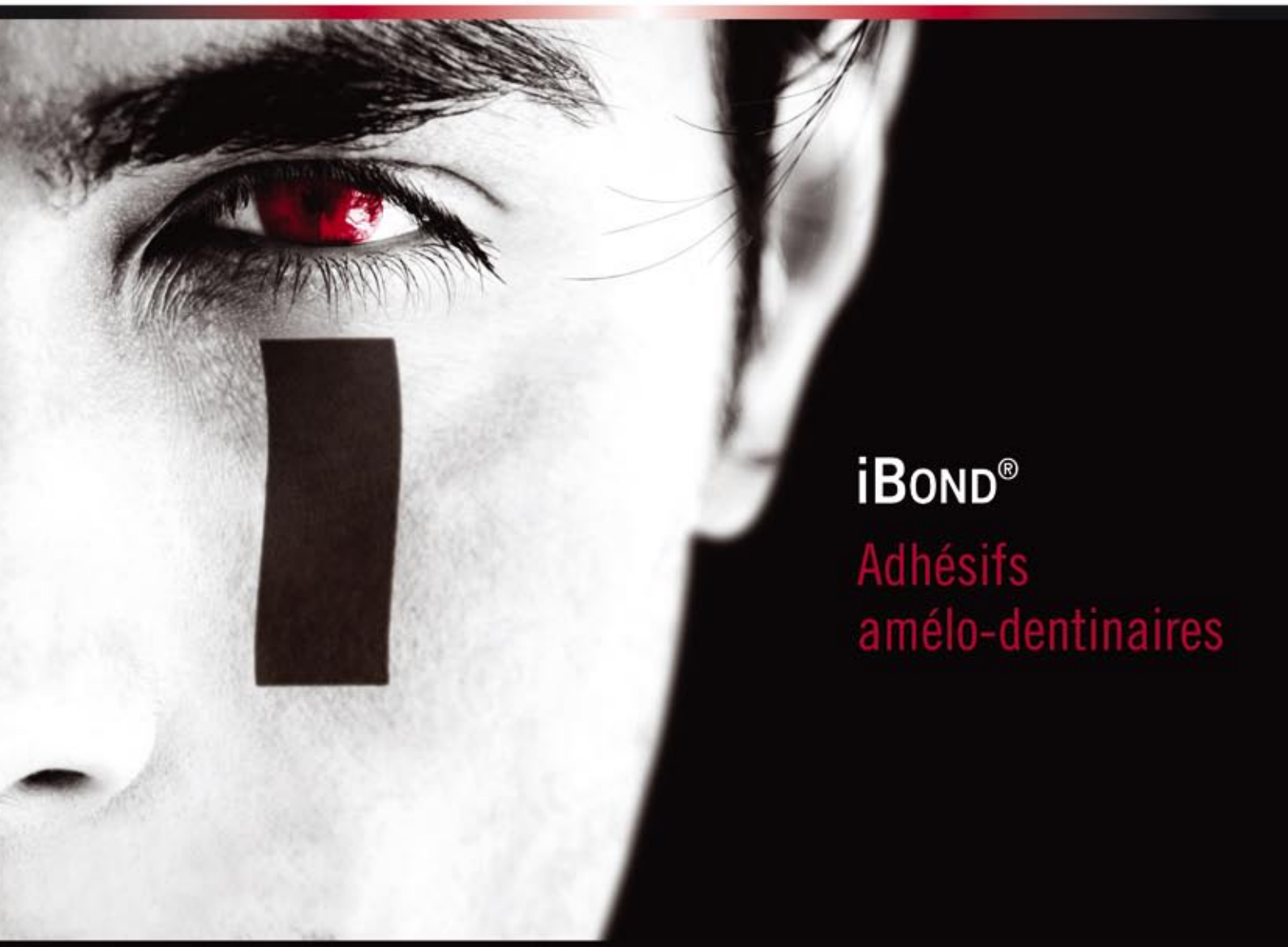
PARO CONCEPT
Le bien-être du savoir-faire.

89 rue Roland
59000 LILLE
Tel : 03 20 34 04 47
Fax : 03 20 56 90 42
Email : paroconcept@nordnet.fr

Retrouvez toutes les informations sur
www.paroconcept.com

hdcommunication.com

Heraeus



iBOND®

Adhésifs amélo-dentinaires

Le choix vous appartient

SAM 1
Automordançant

iBOND Self-Etch

- Valeurs d'adhérence comparables à celles des systèmes tout en un
- Etanchéité des marges optimisée
- Facile d'emploi
- Rapide, sûr
- Contient des nano charges

OU

NOUVEAU !

M&R 2
Mordançage suivi d'un rinçage

iBOND Total-Etch

- Tous les avantages des adhésifs en 2 étapes
- Manipulation aisée, une seule couche requise
- Effet désensibilisant incorporé
- Valeurs d'adhérence confirmées cliniquement
- Contient des nano charges

N° Azur 0 810 813 250
Coût appel local

Vous souhaitez en savoir plus sur iBOND ?
Connectez-vous à www.iBOND-info.com

iBOND
Un point c'est tout

Heraeus, Division dentaire - Fax : 01 69 28 78 22 - email : dentaire@heraeus.com