

INFO femmes

CHIRURGIENS DENTISTES

Sommaire

Evénement

Protocole Véritas p2

Dossier

l'accueil du patient p4

Arrêt de travail, invalidité, décès

p10



Edito

Le SFCD s'est donné plusieurs missions pour mieux répondre à nos attentes : travail de fond sur les dossiers de notre profession, représentativité des femmes dans les instances de notre profession, information, défense et aide aux procédures, mais aussi accompagnement à l'exercice quotidien.

C'est pourquoi nous nous sommes dotées de nouveaux outils : partenariat avec **Véritas** (p.2) et création de notre organisme de formation : **Formation Femmes Chirugiens Dentistes** (p.3). Son objectif est de faciliter la connaissance de notre environnement professionnel, c'est-à-dire tout ce que l'on découvre au fur et à mesure de notre exercice et qui ne relève pas de la technique.

C'est pourtant bien de cet environnement que dépend la sérénité de notre exercice au quotidien. Nous vous invitons à suivre ces formations et à vous procurer les livrets dont elles sont issues, afin ne plus subir mais maîtriser les obligations liés à l'environnement du cabinet dentaire.

Notre dossier concerne l'accueil des différents publics au cabinet et dans ce numéro vous trouverez notamment un article sur l'accueil des urgences.

Passez toutes un bon été, rechargez bien les batteries, et rejoignez nous aux différentes réunions de la rentrée, sans oublier notre rendez-vous pendant le Congrès de l'ADF à Paris, le vendredi 28 novembre à 12 heures.

Karine Guitard

EDITO

Ont participé

Directrice de la publication

Béatrice Gadrey

Rédactrice en chef

Karine Guitard

Ont participé à ce numéro

Laurence André • Edmond Binhas • Marie Brasset • Karine Guitard • Philippe Jean • Isabelle Marceau Mary • Dominique Montigny • Benjamin Ramond • Sylvie Ratier

Conception - Impression

SARL NOTREL • 84, Chemin des Capelles • 31300 Toulouse • notrel.sarl@wanadoo.fr

Protocole Véritas

Le SFCD a négocié un partenariat avec la société Véritas afin que nous puissions avoir des conditions favorables pour les différents contrôles qui nous sont imposés. Benjamin Ramond vous en explique ici la teneur :

Termes du protocole d'accord Bureau Véritas / SFCD.

Un seul contact commercial et technique chez Bureau Veritas : **Benjamin Ramond**

Une seule chargée de clientèle pour le coté administratif : **Annie Cavaille**

Un seul numéro d'appel : **le 05 57 96 24 60**

Tout contrat sera géré depuis l'agence de Bordeaux.

Des inspecteurs spécialisés en rayonnements ionisants ainsi que d'autres en électricité sont situés sur l'ensemble de la France :

- pour procéder aux contrôles :

Appareil rayonnement ionisant : 170 HT pour 1 appareil (90 HT par appareil supplémentaire)

Installations électriques :

Surface <100m² : 110 HT

Surfaces de 101m² à 200 m² : 180 HT

Surfaces < 200m² : sur devis

- pour assurer le conseil technique à une nouvelle installation (avis sur plan, élimination au maximum du plomb par la méthode analytique)

- pour permettre une mise en contact avec des PCR en fonction des régions et des possibilités des contacts Véritas si souhaité



- La liste des appareils déclarés
 - La fiche d'identification de chaque générateur datant de moins d'un an fournie par les fabricants ou leurs représentants
 - La copie du rapport de contrôle technique de radioprotection de(s) installation(s) réalisé et fourni par un organisme agréé et datant de moins d'un an
 - La fiche de synthèse renseignée et fournie par l'organisme agréé en même temps que le rapport de contrôle
 - Le plan de chaque installation
 - Une copie de l'attestation de réussite à la formation de personne compétente en radioprotection pour la personne désignée PCR
- Eventuellement un engagement du déclarant de prendre les dispositions nécessaires pour remédier aux observations faites lors du contrôle de l'organisme agréé

La déclaration doit être adressée A l'ASN (Autorité de Sureté Nucléaire) régionale dont les coordonnées figurent dans le formulaire de déclaration

La déclaration est valable pour la durée figurant sur le récépissé de déclaration

Un contrôle annuel avec la délivrance d'un rapport comprenant la fiche de synthèse doit être réalisée par l'organisme agréé (Bureau Veritas)

La déclaration doit être renouvelée au terme de la date limite figurant sur le récépissé de l'ASN.

Une nouvelle déclaration est nécessaire :

- en cas de changement de déclarant
- en cas de changement d'affectation des locaux
- en cas d'extension du domaine couvert (nouvelle installation)
- en cas de des caractéristiques du générateur électrique de rayonnements ionisants

Les agréments en cours de validité doivent être considérés comme valant déclaration

Leur validité est limitée à 5 ans sauf si la date de péremption intervient avant cette échéance

Cette disposition a pris effet à la date de publication de l'arrêté du 14 mai 2004, soit le 20 juin 2004.

Après le 20 juin 2009 il ne devrait plus subsister de numéro d'agrément

Après vérification du caractère complet du dossier par l'ASN, cette dernière délivre au déclarant d'un AR mentionnant le numéro de déclaration et la date de validité

Le formulaire de déclaration peut être téléchargé au format PDF sur le site de l'autorité de sûreté nucléaire : www.asn.fr

Benjamin Ramond

Rappel des Obligations en matière de radioprotection

Les générateurs de rayons X (GERX) dentaires sont soumis à déclaration (remplace l'agrément).

La déclaration remplace l'agrément prévu par l'arrêté du 23 avril 1969 (articles 1 à 9 abrogés)

La déclaration conditionne le remboursement ou la prise en charge des examens radiologiques aux assurés sociaux.

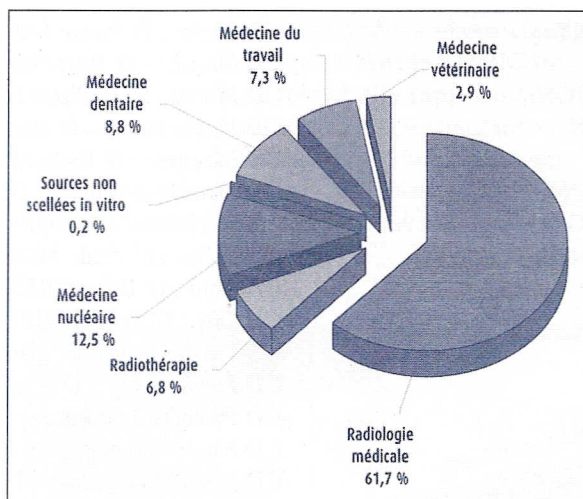
Dossier de déclaration :

Constitution :

- Le formulaire de déclaration

La faiblesse du risque réel dans nos cabinets

Selon l'ordre, lettre N°68 juin 2008



" Le Conseil National continuera d'intervenir auprès des instances afin de rappeler la faiblesse du risque réel dans nos cabinets".

En effet, sur les 26 973 salariés surveillés dans les cabinets dentaires :

- 812 présentent une exposition inférieure au maximum autorisé en zone surveillée, soit moins de 6mSv
- 6 ont été exposés à des doses comprises entre 6 et 15 mSv
- et 1 aurait subi une exposition supérieure à 50 mSv

Dans le même temps l'INRS, qui communique ces résultats dans son rapport annuel de surveillance, les relativise : doses correctement relevées par les dosimètres, mais surestimées par le fait que ces dosimètres aient été mal positionnés : sur tablier de plomb, sur le tube émetteur de rayon X.

FFCD Formation Femme Chirurgien Dentiste

FCD comme femmes chirurgiens dentistes, notre identité depuis 1935.
F comme formation car notre activité professionnelle est toujours en évolution: les organismes de formation existent ; ils sont nombreux, mais il nous a paru intéressant de diffuser le travail de fond réalisé par le SFCD afin de vous aider au mieux dans votre exercice quotidien.
FFCD s'est donné comme mission de proposer des modules de formation pour amener le Chirurgien Dentiste et son équipe à la connaissance de leur environnement afin de faciliter le travail et la communication au sein du cabinet dentaire.

Créée en fin d'année 2007, l'association FFCD a vu légalement le jour le 24/11/07. Première étape franchie : FFCD a enfin une existence officielle. Ensuite, FFCD a obtenu son numéro d'agrément préfecture le 18/03/08: il est officiellement reconnu par l'état comme organisme de formation.

Etape finale :

- l'accréditation par le CNFCO : le dossier a été déposé en bonne et due forme, et attend maintenant patiemment l'ouverture de la prochaine session d'accréditation, pour que les participantes aux journées de formation de FFCD puissent valider des points de formation continue : cette procédure est en cours.

- prise en charge des formations par l'OPCA PL : c'est possible **depuis avril 2007 : les salariées** (aide ou assistante dentaire, réceptionniste, chirurgien dentiste salarié) **qui assistent aux formations de FFCD peuvent valablement remplir un dossier de financement au titre de la formation continue.**

- validation des formations par le FIF PL : pour que le coût de la formation que vous suivrez puisse être pris en charge par cet organisme financeur de la formation continue des professionnels libéraux : cette procédure est en cours

La traçabilité en pratique, entre qualité et précaution

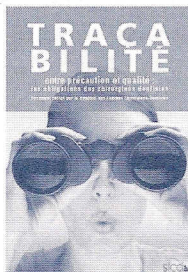
Dans un cabinet dentaire, le praticien chirurgien dentiste délègue à l'assistante dentaire ou assume lui même les tâches de "nettoyage, décontamination et rangement des surfaces et des appareils; décontamination, nettoyage, stérilisation et rangement des instruments ; gestion du stock de petit matériel et de produits consommables, préparation des commandes de fournitures". **Objectifs :**

Mettre à jour les connaissances réglementaires et techniques en matière d'hygiène et stérilisation
 Bien appréhender le champs d'application de la traçabilité au cabinet dentaire

Faciliter la mise en place de la traçabilité au cabinet dentaire à travers des méthodes concernant des exemples précis

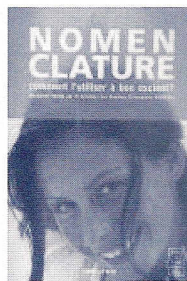
Programme :

- Hygiène des instruments au cabinet dentaire
- Stérilisation au cabinet dentaire
- Mise en place de la traçabilité au cabinet dentaire en pratique



Nomenclature, comment l'utiliser à bon escient ?

Dans un cabinet dentaire, le praticien chirurgien dentiste délègue à l'assistante dentaire ou assume lui même les tâches de " rédaction des feuilles de soins, des devis et des notes d'honoraires et de liaison avec les divers organismes sociaux ".



Objectifs :

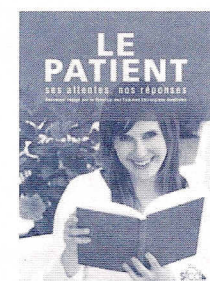
- Connaître l'environnement juridique des cabinets dentaires
- Connaître et appréhender les enjeux de la relation entre le cabinet dentaire et la Sécurité Sociale et les règles de jeux applicables en matière de cotation des actes inscrits à la NGAP
- Connaître les conséquences d'un usage non conforme de la NGAP : procédures, sanctions,...

Programme :

- Quels sont les textes qui régissent l'exercice en cabinet dentaire?
- Comment tenir un dossier patient en bonne et dû forme?
- Connaître les procédures de contrôles de la Sécurité Sociale
- Rappel de la NGAP
- Questions réponses sur la NGAP

Le patient, ses attentes, nos réponses

Dans un cabinet dentaire, le praticien chirurgien dentiste délègue à l'assistante dentaire ou assume lui même les tâches d'accueil des patients ; la régulation du fonctionnement du cabinet en gérant les temps de fonctionnement de celui-ci et la planification de ses propres tâches ; d'identification des demandes des patients gère le carnet de rendez-vous ; de suivi et mise à jour et classement des dossiers des patients. Ils doivent tous deux être capable d'écoute, de discernement, de discrétion et d'un devoir de réserve ".



Objectifs :

- Effectuer les rappels nécessaires à un accueil haut de gamme, alliant expertise et finesse.
- Maîtriser la communication, les attitudes et l'organisation d'accueil afin de valoriser au mieux l'image perçues par les patients.
- Développer son aisance et son professionnalisme à l'accueil en toutes situations.
- Sécuriser juridiquement l'accueil des patients au cabinet dentaire

Programme

- Préparer l'accueil du patient au cabinet
- Préparer l'accueil du patient au fauteuil
- Accueillir le patient
- Gérer les situations difficiles

Le suivi de ces modules favorise la responsabilisation de l'équipe médicale pour le confort du praticien et de son équipe et le bien-être du patient.

Pour 2008, les thèmes développés sont : la traçabilité, la nomenclature, le patient.

Région PACA : le 6 mars à Saint Raphaël : **la nomenclature**

Région Centre : le 3 avril à Saint Jean de Braye : **le patient**

Région Aquitaine : le 29 mai à Bordeaux : **le patient**

Région Alsace Lorraine : le 19 juin à Saint Dié : **la traçabilité**

Région Paris Ile de France : le 2 octobre à Paris : **la traçabilité**

Région Nord : le 23 octobre à Lille : **le patient**

Région Picardie : le 11 décembre à Amiens : **le patient**

	lun.	mar.	mer.	jeu.	ven.	sam.	dim.	1
Région PACA				5	6	7		8
Région Centre				12	13	14		15
Région Aquitaine				19	20	21		22
Région Alsace Lorraine				26	27	28		29

le patient au cabinet dentaire

1^{er} volet : l'accueil du patient

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

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

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

Pour savoir l'accueillir, il faut connaître son patient, pour mieux le satisfaire, donc pour son confort à lui. Mais cela nous permet de mieux l'appréhender, et donc, c'est aussi pour notre confort à nous et notre équipe. En effet, savoir comment faire face à telle ou telle situation est un facteur de moins de stress !

Après avoir vu les différentes typologies de patients et la gestion des urgences dans ce numéro, nous nous attarderons dans le deuxième volet sur des patients plus spécifiques que sont les femmes enceintes, les enfants et les jeunes, pour terminer notre dossier en novembre sur un troisième volet consacré aux personnes âgées et handicapées.

Connaître son patient

Quel est l'intérêt pour l'équipe dentaire de connaître les patients ?

Au sortir de leur formation, en situation au cabinet, le chirurgien dentiste tout comme l'assistante dentaire ou la réceptionniste réalisent très vite qu'avec les patients, rien n'est jamais comme dans les livres, et que les connaissances scientifiques ou techniques ne leur permettent pas toujours d'accueillir toute la complexité de l'humain. La douleur, par exemple, bien qu'ils en connaissent tous les conséquences physiologiques, peut les laisser démunis face à des réactions qu'ils vont parfois juger excessives, qu'ils vont vivre comme stressantes ou sources de conflits difficiles à gérer. Sans parler de la peur et l'angoisse que peuvent ressentir certains patient avant même d'entrer dans le cabinet dentaire !

Pour que la relation thérapeutique soit menée à bien, l'ensemble de l'équipe dentaire va devoir s'attacher à comprendre le monde des patients, de chaque patient en particulier. Ils vont devoir s'intéresser aux éléments dévoilés par ce patient, bien souvent « à l'insu de son plein gré » : ses gestes, l'expression de son visage, son ressenti émotionnel. Bien entendu, des outils tels que le questionnaire médical ou la fiche administrative (cf article page xx) permettront de poser les choses, d'établir un premier dialogue et un véritable contact pour avoir accès à l'ambiance professionnelle, la situation et les antécédents familiaux, ainsi qu'au contexte culturel. Enfin, la consultation¹ permettra d'établir un état des lieux des soins à mettre en œuvre en permettant de dresser

C'est dans ce paysage que les membres de l'équipe dentaire vont identifier les besoins du patient. Il s'agit pour eux d'individualiser et de « contextualiser » le patient.

En cela, cette vision ouvre une autre voie que les prises en charge de patients qui raisonnent sur le mode statistique ou possibilités financières² : ou le patient entre dans un des modèles connus et reconnus, et il bénéficie d'un traitement ; ou il n'entre pas dans les modèles standards, et ses chances d'améliorer son état bucco-dentaires seront faibles puisqu'il n'y a pas de solution évidente. Mais soins et sciences humaines sont intimement liées, et vont bien au delà de cette vision binaire. Le praticien peut dès lors tirer les conséquences thérapeutiques de cette écoute pleine de compréhension et d'humanité ; son écoute ainsi nourrie le rendant attentif à ce que ce patient-là a de particulier, il lui présentera les meilleures solutions adaptées à ses besoins, quels qu'ils soient d'ailleurs (fonctionnels, esthétiques,...). Pour parvenir à ce degré de connaissance du patient, l'expérience est irremplaçable, mais elle ne suffit pas toujours.

Plusieurs méthodes, typologies, classifications peuvent ainsi aider le praticien, ainsi que l'ensemble de l'équipe dentaire à connaître et comprendre le patient dans toute sa dimension.

Des classifications diverses et variées

1/ Relation patient/praticien et prévention et écoute

Selon P Hescot, on distingue aujourd'hui 3 types de patients : les « prévento-conscients » sont attentifs à leur santé comme ils le sont pour leur voiture ou pour tout ce qui relève de leur vie courante. Ils représentent environ 1/3 de la population, soit plus de 25 millions de Français. Ils **consultent d'abord pour rester en bonne santé et prévenir** toute douleur ou soucis éventuels.

le deuxième tiers **consulte pour se faire soigner**. Les patients viennent

trouver la solution à un problème dentaire plus ou moins grave. Pour eux, les rendez vous chez le dentiste consistent uniquement à bénéficier de la compétence « technique » d'un professionnel de santé capable de résoudre tous les maux dentaires.

enfin et malheureusement, le dernier tiers des Français, correspond à ceux qui **fréquentent trop peu, voire pas du tout les cabinets dentaires**. Les vieux clichés sont pour eux encore bien présents : le dentiste fait peur, le dentiste fait mal, le dentiste coûte cher...

Dans cette typologie n'apparaissent pas, fort heureusement les cas d'urgence, qui deviennent de plus en plus rare (cf article page xx).

Aujourd'hui, les patients veulent avant tout être entendus, écoutés par leur dentiste. Ils ne viennent pas au cabinet simplement pour ouvrir la bouche, mais pour exposer leurs problèmes, leurs craintes, faire part de leurs attentes... Du stade docile et ignorant le patient est passé à celui de consommateur éclairé et exigeant. La « patientèle » a évolué vers une clientèle. Le fait marquant de ces dernières années est l'avènement d'une logique de consommation. Le comportement des patients a changé envers le cabinet médical, tout comme celui des consommateurs des Français a changé envers la grande distribution.

2/ Relation patient / praticien et besoins en termes d'éducation thérapeutique

Pour chaque pathologie, la première étape consiste à définir les grands axes de l'éducation thérapeutique du patient et ce, par grands types de patients. Les premiers travaux semblent s'orienter vers une typologie sommaire en trois classes de patients, correspondant à des besoins de prise en charge différents. Cette typologie en trois classes, élaborée au départ pour les patients diabétiques par la Direction Générale de la Santé, semble être transposable, quelle que soit la pathologie, mais méritera probablement des adaptations en fonction de la pathologie.

Classe 1 : les patients stabilisés, ne nécessitant pas un traitement trop lourd de leur maladie. Leur prise en charge vise à leur permettre d'acquiescer :

une connaissance de la maladie ;

- une information sur l'hygiène de la bouche et, plus généralement, à une hygiène de vie qui contribue à l'amélioration de leur état de santé bucco-dentaire ;

- une information relative aux différentes options thérapeutiques et aux droits assurance maladie .

Le patient relevant de la classe 1 bénéficie d'une éducation thérapeutique qui lui permet de participer à sa prise en charge en étant acteur de la surveillance de sa pathologie. Il acquiert les apprentissages cliniques et techniques fondamentaux nécessaires à une auto-surveillance. C'est le cas de nos patients qui ont un suivi régulier, qui sont dento- et parodonto-conscients sans conduite à risques.

Classe 2 : ces patients présentent des besoins spécifiques qui complexifient l'éducation thérapeutique du patient. Ces besoins spécifiques sont liés à des caractéristiques du patient qui supposent que le contenu de l'éducation soit différent, pour tenir compte notamment d'une pathologie nécessitant un traitement complexe (diabète insulino-requérant), de l'existence d'une ou plusieurs pathologies associées, d'une situation qui comporte un risque majoré (femme enceinte par exemple), ou encore d'un mode de vie particulier (sportifs notamment).

Exemples: patients particulièrement jeunes, femmes enceintes, sportifs, patients diabétiques insulino-requérants, handicapés, cardiaques, ...

Classe 3 : ces patients présentent un déséquilibre marqué de la maladie, une décompensation ou des complications, liés à une non observance des recommandations formulées, ou survenant malgré le suivi des préconisations antérieures. Il s'agit donc de patients "lourds", pour lesquels le risque de récurrences est majoré, ce qui justifie un effort particulier.

Exemple : une parodontite qui « flambe » mais aussi tous les patients qui ne consultent qu'en désespoir de cause avec toute la bouche à revoir tant sur le plan carieux que prothétique et dont il faut refaire l'occlusion entre autre chose.

3/ Relation patient / praticien et émotions

Une émotion a une manifestation interne et génère une réaction extérieure. Elle est provoquée par la confrontation à une situation et à l'interprétation de la réalité.

En cela, une émotion est différente d'une sensation. La sensation est directement associée à la perception sensorielle (relation à la température, à la texture...). La sensation est par conséquent physique.

Quant à la différence entre émotion et sentiment, celle-ci réside dans le fait que le sentiment ne présente pas une manifestation réactionnelle. Néanmoins, l'accumulation des sentiments peut générer des états émotionnels.

L'émotion peut se définir comme une séquence de changements d'état intervenant dans cinq systèmes organiques (cognitif, neuro-physiologique, moteur, motivationnel, moniteur), de manière interdépendante et synchronisée en réponse à l'évaluation de la pertinence d'un stimulus externe ou interne par rapport à un intérêt central pour l'organisme.

Déjà en 1879, Charles Darwin, fondateur de la théorie de l'évolution, la définit comme cette faculté d'adaptation et de survie de l'organisme vivant. Il la voit comme innée, universelle et communicative. D'un point de vue comportemental, l'émotion est perçue comme un « motivateur », une entité qui influence le choix d'un individu en réponse à un stimulus externe ou interne. D'un point de vue socio-culturel, les sentiments sont cette réponse donnée à une interaction avec nous-mêmes et/ou avec les autres. **Une émotion existe à la fois**

dans la dimension personnelle et sociale de l'individu. Elle serait cette capacité d'adaptation et de changement, ce lien qui forme nos relations et nous met en interaction avec l'autre. De récentes études en neurobiologie ont démontré que les émotions sont un mélange de plusieurs facteurs biochimiques, socioculturels et neurologiques (O'Regan, 2003). Elles se traduisent par des réactions spécifiques : motrices (tonus musculaire, tremblements...), comportementales (incapacité de bouger, agitation, fuite, agression...), et physiologiques (pâleur, rougissement, accélération du pouls, palpitations, sensation de malaise...). Elles seraient à la base de nos réactions physiologiques et comportementales³.

Marie José Ausonne, intervenante au cours de notre journée de formation développée avec FFCD sur le Patient, nous présente 7 classes de patients basées sur les émotions. Elle nous apprend à les repérer, les identifier correctement et nous donne les clés pour pouvoir les accueillir correctement au cabinet dentaire. Pour celles d'entre

Sylvie Ratier

¹ Cf livret Nomenclature du SFCD, page pour son contenu précis.

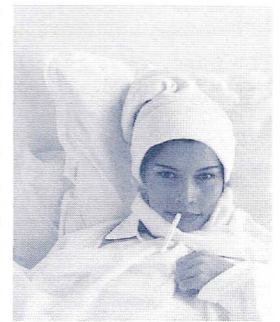
² Travail de Marie Cécile Regnaut Blondiaux : les freins à la prise en charge bucco-dentaire

³ Source : wikipédia.

Les Patients reçus en urgence

L'Article R4127-245 code de la santé publique

Il est du devoir de tout **chirurgien-dentiste** de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Sa participation au service de **garde** est obligatoire. Toutefois, des exemptions peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre, compte tenu de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, de la spécialisation du praticien.



Voilà ce à quoi la loi nous oblige. Ensuite pour la gestion du quotidien c'est au serment d'Hippocrate que l'on peut faire référence. Cependant, la réalité de nos activités nous fait considérer les choses sous d'autres angles de vue ; en effet 3 problèmes majeurs émergent:

- la désorganisation de notre planning quand on prend des urgences: sur ce sujet l'article du Dr Binhas vous donnera quelques pistes de réflexion et/ou des solutions

- la façon de nous faire honorer ces actes réalisés en urgence, qui sont souvent partiels et donc non cotables ; plusieurs façons sont couramment utilisées mais flirtent toutes avec la légalité car en théorie seul un acte fini est cotable, or le fait de poser un pansement pour calmer une douleur appelle un acte qui sera par la suite rémunéré. Il est possible de coter une consultation à la condition expresse de faire cette consultation dont nous vous rappelons le contenu dans l'encadré. Il est possible de compter un H.N. si l'acte en question n'est pas inscrit à la nomenclature (exemple rescelllement d'une couronne). Et il est enfin possible de compter un dépassement d'actes pour exigences particulières du patient c'est le D E pour dépassement exceptionnel de temps ou de lieu mais comme son nom l'indique c'est une possibilité à n'utiliser qu'exceptionnellement ! et selon les départements, la tolérance des caisses est variable ! Ces différentes façons de faire seront sans aucun doute tolérées par les caisses, dans la mesure où elles restent épisodiques. Or nous avons tous les jours des

urgences et donc le problème reste entier si l'on ne diminue pas le nombre de nos urgences grâce à une analyse précise des appels et des demandes des patients (le pourquoi de cet aboutissement), ce qui est possible dans tous les cabinets.

- le problème actuel des gardes soulevé par la CNSD, qui appelle à la suspension du service des gardes. Ce syndicat estime que notre profession n'est pas traitée de la même façon que celle des médecins qui ont obtenu des indemnités forfaitaires pour les astreintes et pour qui la régulation des appels peut se faire par le 15, auquel cas il y a une majoration des actes si l'intervention est faite à la demande du SAMU. La CNSD exige que les conditions décrites ici soient appliquées aux chirurgiens dentistes. Mais, avons-nous vraiment les mêmes contraintes que nos confrères médecins ? Et à vouloir toujours se comparer à eux ne perdons nous pas de vue les vraies problématiques de notre profession ? Personnellement, dans mon département nous assurons chacun une garde tous les 1 an fi !

Karine Guitard

Dépister, analyser et prévenir les urgences au cabinet dentaire

Le problème :

Ce que, traditionnellement, les praticiens appellent des urgences peut, en fait, concerner des réalités bien distinctes. Or, le problème posé par la gestion des urgences est l'un des plus fréquents mais malheureusement des plus anxiogènes de notre pratique.

Il est important de procéder avec méthode et d'identifier clairement l'origine des urgences avant d'envisager toute solution. C'est pourquoi la première chose est de savoir à quel type d'urgence vous avez à faire. J'ai ainsi établi une classification des urgences et une méthode pour les gérer.

Les urgences internes concernent les Patients du Cabinet. Celles en cours sont celles des Patients en cours de traitement. Celles, intitulées « pas en cours » sont celles des anciens Patients qui appellent pour une urgence.

Les **urgences externes** concernent les Patients qui ne sont pas du Cabinet. Deux cas de figure se présentent :

Le patient est un nouveau Patient désireux de continuer les soins chez vous

Il s'agit d'un Patient d'un autre cabinet dont le Praticien soit est absent soit ne peut recevoir l'urgence.

Bien que nous devrions théoriquement recevoir la plupart des Patients qui appellent pour une urgence, il est utile d'apporter des nuances afin de ne pas se retrouver noyer sous le flot d'urgences au détriment des Patients qui ont un Rendez-vous.

D'autre part, il est important que l'Assistante au téléphone évalue le degré de l'urgence :

En général, il existe 3 types d'urgences :

Les urgences douloureuses (pulpites, abcès, etc.)

Les urgences esthétiques (dent cassée, etc.)

Les urgences psychologiques (patients anxieux, non informés des suites opératoires, etc.)

L'ordre de priorité dans la prise de RDV est celui indiqué ci-dessus. J'ai pu constater que les cabinets qui demandent à leurs Patients de téléphoner lorsqu'un problème survient, reçoivent un nombre d'appels beaucoup plus important que ceux qui ne le font pas..

Les vraies urgences (douleur paroxystique ou problème esthétique

majeur) doivent être gérées en priorité. Dans ces cas-là, le Patient est prêt à accepter l'heure que vous lui proposerez. Si il refuse, c'est que l'urgence n'est pas si douloureuse.

Les solutions

Ma première recommandation sera d'analyser les problèmes et leur fréquence ainsi que le pourcentage du temps requis pour ces procédures supplémentaires d'urgence.

D'autre part, signalons que, le nombre d'urgences dans un cabinet diminue lorsque le Praticien a pris l'habitude d'établir un plan de traitement pour chaque Patient.

Dans un autre ordre d'idée, un RDV d'urgence doit, autant que faire se peut, être le plus court possible : dans un agenda surchargé, il faut traiter le symptôme et non réaliser le traitement complet !!! La règle que nous préconisons est la suivante : si le traitement peut être refait entièrement dans le créneau horaire (10 à 15 mn max) de l'urgence alors il est possible de le refaire. Exceptionnellement, en cas d'urgence majeure, nous préconisons de reporter l'un des RDV suivants pour ne pas retarder l'ensemble des Patients. Le principe est de régler le problème sans perturber le planning de la journée. Ces seules premières recommandations peuvent faire chuter spectaculairement le nombre et la durée des urgences.

Après la priorité liée à la douleur, il est possible d'en établir une autre liée à la catégorie de Patients.

La priorité est généralement donnée aux Patients en cours de soins. En effet, ils comprendraient difficilement un refus alors que le problème survient après un traitement. Ma recommandation est alors de réviser les procédures opératoires (en particulier, vérifier les ciments utilisés pour sceller les provisoires). Je conseille également d'informer plus précisément le Patient sur les suites post-opératoires normales afin qu'il ne s'inquiète pas inutilement.

La catégorie suivante de Patients à qui donner la priorité est celle de vos anciens Patients qui appellent en urgence. Il va de soi que cette recommandation est valable pour les Patients sérieux et non pas pour ceux que j'appelle les « multirécidivistes » habitués à ne revenir chez vous que d'urgences en urgence et que vous ne voyez plus ensuite.

Concernant les urgences externes, il est important de savoir si vous avez confraternellement établi un accord avec un ou plusieurs cabinets environnants afin de gérer les urgences les uns des autres en votre absence, ou s'il s'agit de cabinets qui vous adressent systématiquement leurs urgences pour ne pas désorganiser leur propre planning. Dans le premier cas, vous prendrez les urgences au même titre que les nouveaux Patients et dans l'autre, un appel au confrère s'impose pour redéfinir les règles du jeu.

Conclusion

En fonction du nombre moyen d'urgences quotidiennes, il est possible de prévoir une plage d'urgence le matin et/ou le soir.

Les techniques décrites dans l'article ont fait leur preuve dans de nombreux cabinets. N'hésitez pas, malgré des réticences naturelles, à les appliquer. Ce sont de redoutables outils pour réduire votre stress au cabinet.

Edmond Binhas

L'ankylose dentaire

Selon le Dr Myriam Marot-Nadeau et le Pr Louis Deblock

Définition : l'ankylose d'une dent peut être définie comme la fusion anatomique du cément et de l'os alvéolaire avec disparition de l'espace ligamentaire entraînant une véritable ostéo-intégration. Elle peut être partielle ou totale. Un ou plusieurs points d'ossification bloquent la croissance verticale alvéolaire et la dent concernée va se trouver, au fur et à mesure de la croissance basale de plus en plus en situation d'infraclusion par rapport aux dents voisines.

L'ankylose des dents temporaires : l'infraclusion des molaires temporaires est un phénomène fréquent chez l'enfant, elle affecte une ou plusieurs molaires. Cette anomalie serait systématiquement associée à une ankylose histologiquement démontrée. Son étiologie est toujours inconnue actuellement. L'atypie de position ou l'agénésie du germe de la dent définitive constituent des facteurs favorisants mais non déterminants. Les dents antérieures ne sont pas impliquées sauf en cas de traumatisme. L'ankylose n'empêche pas la rhizalyse, à condition que le germe de la dent définitive soit présent. L'infraclusion, seul signe clinique manifeste, n'est que la conséquence d'un défaut de croissance en hauteur des procès alvéolaires de la dent ankylosée. Cette dent se maintient dans une position fixe alors que la croissance verticale alvéolaire se poursuit au niveau des dents voisines. Cette situation ne correspond pas à une réingression. Cette ankylose provoque une perte des points de contact qui aboutit à la version des 2 dents adjacentes.

L'ankylose des dents définitives :

Ankylose naturelle : l'ankylose des molaires permanentes est 10 fois moins fréquente que celle des temporaires. Elle intéresse la 1^{ère} et la 2^{ème} molaire qui arrête son éruption avant d'entrer en contact avec son antagoniste. Son étiologie est aussi inconnue.

Ankylose post-traumatique : Suite à une avulsion, quel que soit le stade de maturation de la dent, les principes du traitement sont les mêmes : réimplantation et contention mais dans la plupart des cas la consolidation et l'ankylose sont concomitantes. Les traitements endodontiques des dents réimplantées n'augmentent pas le risque d'ankylose.

Attitude thérapeutique face aux dents ankylosées

Les extractions précoces et systématiques ne se justifient pas toujours.

L'ankylose des dents temporaires :

On peut affirmer le caractère irréversible de l'ankylose sauf en cas de résorption totale des racines par le germe de la dent définitive. La question est de savoir à quel moment extraire.

Lorsque l'infraclusion dépasse 2 mm, l'extraction est recommandée à condition de placer rapidement un mainteneur d'espace. La luxation chirurgicale est inutile, l'ankylose récidive après l'intervention.

Pour les infraclusions inférieures à 2 mm une reconstitution de la couronne et des points de contact par un composite peut être une solution transitoire mais dans les cas d'agénésie du germe sous-jacent, cette reconstitution peut rapidement devenir iatrogène pour le parodonte.

L'ankylose des dents définitives :

Le pronostic est rarement favorable. Si l'ankylose est peu étendue, une manœuvre qui mobilise la molaire afin de rompre le pont osseux jusqu'à libérer l'ankylose peut être envisagée. Lorsque cette manœuvre reste infructueuse, soit la croissance du patient est terminée et une reconstitution coronaire pourra être envisagée quand l'infraclusion n'est pas trop importante, soit le potentiel de croissance persiste et il est plutôt recommandé d'extraire la molaire.

Ankylose post-traumatique :

Soit conservation de la dent ankylosée : il faut alors la mobiliser pour rompre l'ankylose et la dent peut alors évoluer normalement sur l'arcade
Soit extraction de l'incisive ankylosée : Dans le cas où une incisive s'ankylose après un traumatisme ou après une réimplantation, l'attitude thérapeutique dépend de la quantité de croissance verticale alvéolaire résiduelle. Chez un enfant jeune avant ou pendant le pic de croissance la meilleure solution est certainement l'extraction ultérieure. Si un traitement orthodontique est nécessaire une dent prothétique est fixée sur l'arc et ensuite dans l'appareil mobile de contention. Un implant ou une reconstitution prothétique sera envisagée en fin de croissance.

Au contraire, chez un patient en fin de croissance la dent ankylosée pourra éventuellement être conservée si la quantité de croissance alvéolaire restante n'est pas trop importante.

Laurence André et Dominique Montigny

Extrait du Livret du SFCD sur la Nomenclature, p 24

QUESTIONS-REPONSES SUR LA NOMENCLATURE

Première partie : Disposition générale

Art 15 : Contenu de la consultation, de la visite.

Consultation

Définie à l'article 15 des Dispositions Générales de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ;

Contenu de la consultation : Examen clinique

- Interrogatoire médical
- Prescription s'il y a lieu
- Geste technique qui soulage (urgence)

ATTENTION : Ne peuvent se concevoir d'autres consultations dans une même séquence de soins, en dehors de pathologie intercurrente imprévisible.

La consultation ne peut être avec un autre acte exécuté au cours de la même séance.

Une radiographie rétroalvéolaire ne peut pas être cotée le même jour qu'une consultation.

La consultation ne peut pas :

- remplacer la cotation d'un acte dont la valeur est inférieure
- faire rembourser un acte hors nomenclature
- faire rembourser l'une des séances opératoires d'un traitement global

Le Chirurgien Dentiste Employeur

A travail égal, salaire égal...

La détermination du salaire est basée sur un principe de liberté « encadrée ». Ainsi, sa fixation est décidée librement lors de la conclusion du contrat de travail, dans le respect des **minimas** légaux et conventionnels (grille salariale annexée à la convention collective des cabinets dentaires). D'autre part, l'employeur, du fait de son pouvoir de direction, peut attribuer aux salariés des rémunérations différentes en tenant compte des compétences de ces derniers. Cependant, le droit du travail impose le respect de certaines règles concernant le respect, l'application du **principe de non-discrimination** (article L. 122-45 du Code du travail) et celle du « **à travail égal, salaire égal** ».

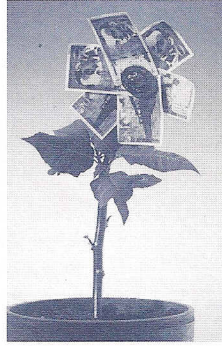
Or, ce principe « à travail égal, salaire égal » impose à l'employeur de **verser le même salaire aux salariés se trouvant dans une situation identique**.

Par situation identique, il convient d'entendre des salariés exerçant les mêmes fonctions, ayant la même formation, la même qualification et la même ancienneté.

Dès lors qu'il respecte ces conditions, l'employeur peut octroyer aux salariés des rémunérations différentes **en tenant compte de leurs compétences et de leurs capacités**.

Par conséquent, **l'ancienneté et l'expérience acquises** sont des critères qui permettent de justifier une différence de rémunération entre des salariés occupant le même emploi.

Arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19 décembre 2007 - N° de pourvoi 06-44.795.



L'entreprise est également **dispensée** du versement de la **prime de précarité** (contrat de type CDD) et du **1% Congé Individuel de Formation**.

La qualification préparée ainsi que les modalités de validation doivent obligatoirement être mentionnées dans la convention de formation.

En cas de CDD : la date de fin de formation et la date de fin du contrat doivent être rigoureusement identiques. Une tolérance de deux mois est admise uniquement pour les contrats dont l'objectif est l'obtention d'un diplôme ou d'un titre homologué.

Le bénéficiaire de 26 ans ou plus d'un contrat de professionnalisation préalablement inactif doit obligatoirement être inscrit comme demandeur d'emploi à l'ANPE : son numéro d'identifiant doit être renseigné sur l'imprimé CERFA (code IDE).

Le tuteur doit formaliser le suivi personnalisé qu'il assure dans un document spécifique. Il doit être en mesure de le présenter en cas de contrôle. La prise en charge des dépenses liées à l'exercice du tutorat est limitée à trois mois et est plafonnée à 230€ par mois et par tuteur (et non plus par bénéficiaire).

Pour rappel :

Date de conclusion du contrat de professionnalisation	Contrat de professionnalisation conclu avec des bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans révolus	Contrat de professionnalisation conclu avec des bénéficiaires âgés de 26 à 44 ans	Contrat de professionnalisation conclu avec des bénéficiaires âgés de 45 ans et plus
Contrat conclu avant le 1er janvier 2007	Exonération des cotisations patronales d'AS*, AF*, AT-MP* sur la fraction de rémunération n'excédant pas le produit du SMIC par le nombre d'heures rémunérées**	Pas d'exonération spécifique attachée au contrat de professionnalisation conclu avec ces	Exonération des cotisations patronales d'AS*, AF*, AT-MP* sur la fraction de rémunération n'excédant pas le produit du SMIC par le nombre d'heures rémunérées
Contrat conclu du 1er janvier au 31 décembre 2007	Exonération des cotisations patronales d'AS*, AF* sur la fraction de rémunération n'excédant pas le produit du SMIC par le nombre d'heures rémunérées** Sauf pour les groupements d'employeurs : Exonération des cotisations patronales d'AS*, AF*, AT-MP* sur la fraction de rémunération n'excédant pas le produit du SMIC par le nombre d'heures rémunérées**	bénéficiaires - application de la réduction de cotisations Fillon prévue à l'article L.241-13 du code de la sécurité sociale***	Exonération des cotisations patronales d'AS*, AF* sur la fraction de rémunération n'excédant pas le produit du SMIC par le nombre d'heures rémunérées** Sauf pour les groupements d'employeurs : Exonération des cotisations patronales d'AS*, AF*, AT-MP* sur la fraction de rémunération n'excédant pas le produit du SMIC par le nombre d'heures rémunérées**

Faut-il classer l'assistante dentaire en surveillance normale ou renforcée?

© Surveillance médicale simple, la surveillance renforcée étant réalisée par la dosimétrie. Cette réponse nous a été donnée par écrit par un médecin conseil, ... ce qui n'avait jamais été aussi clair !

Rémunération des stagiaires

La rémunération mensuelle des stagiaires est désormais fixée à hauteur de **30% du SMIC** (398,13 €) et doit être versée **dès le premier jour de stage si celui-ci dure plus de 3 mois**.

Décret n° 2008-96 du 31 janvier 2008, JO du 1er février 2008.

De la dépendance

Le ministre du travail a reçu les syndicats le 3 avril 2008 pour discuter de la mise en place du 5^{ème} risque de protection sociale : la dépendance. Il servira à prendre en charge la perte d'autonomie des personnes âgées.

Contrat de professionnalisation : du nouveau pour 2008

L'exonération spécifique aux contrats de professionnalisation est remplacée par le dispositif d'allègement de charges sur les bas salaires¹ (loi Fillon), sauf pour les contrats conclus avec les demandeurs d'emploi âgés de 45 ans et plus.

L'exonération des cotisations patronales au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales ne s'appliquent plus aux contrats de professionnalisation depuis le 1er janvier 2008.

A noter tout de même que ce nouveau dispositif n'affecte en rien les TPE.

En effet, les PME-PMI de moins de 20 salariés, principaux utilisateurs du **contrat de professionnalisation**, bénéficient déjà depuis cet été d'une exonération totale de charges sur les salaires versés égaux au smic. La rémunération de ce type de contrat dépassant rarement ce seuil fatidique...

Pendant toute la durée du Contrat de Professionnalisation, le bénéficiaire est **exclu du décompte des effectifs salariés de l'entreprise** (sauf pour la tarification de la cotisation accident du travail).

*AS : assurances sociales, AF : allocations familiales, AT-MP : accident du travail - maladies professionnelles

**Le nombre d'heures rémunérées est pris en compte dans la limite de la durée légale calculée sur le mois ou dans la limite de la durée conventionnelle si elle est inférieure

*** si l'employeur cotise au régime d'assurance chômage en application de l'article L.351-4 ou du 3° de l'article L.351-12 du code du travail et sous réserve du respect des règles de cumul prévues au V de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale

¹ circulaire DGEFP n°2007/21 du 23 juillet 2007 et de la Loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de Finances pour 2008

Assistante maternelle : pas de rémunération en cas de maladie justifiée de l'enfant

Une assistante maternelle est chargée d'accueillir et de garder à son domicile des enfants. Elle dispose du statut de salariée et est donc titulaire d'un contrat de travail. Celui-ci doit être établi par écrit et pour chaque enfant et comporter un certain nombre de mentions dont les périodes d'accueil de l'enfant, les horaires et les modalités de rémunération. Cette dernière dépend du nombre d'enfants et de la durée de leur garde (article L. 773-8 du Code du travail).

Qu'en est-il lorsqu'un enfant ne lui est pas confié du fait de sa maladie ?

Donc elle être rémunérée pour le temps d'absence de celui-ci ?

Un arrêt de janvier 2008 tranche la question. En effet, les juges constatent que la salariée qui aurait reçu les certificats médicaux et n'aurait pas eu la garde des enfants durant les jours de maladie n'a pas à être rémunérée pour le temps de la maladie et ce, **même si elle a reçu le certificat médical au-delà du délai de 48 heures.**

Donc : en cas d'absence non prévue de l'enfant, l'assistante maternelle doit percevoir sa rémunération habituelle.

Les périodes d'accueil de l'enfant et leur rémunération sont en effet fixées dans le contrat de travail. La rémunération est donc due même en cas d'absence imprévue de l'enfant.

Cependant, par exception au principe précédent, **l'assistante maternelle n'a pas à être rémunérée lorsque l'enfant est absent du fait d'une maladie et que l'employeur produit un certificat médical.**

A cet égard, la convention collective prévoit que les parents doivent faire parvenir le certificat à l'assistante maternelle dans les 48 heures suivant l'absence.

Toutefois, le non-respect de ce délai de 48 heures n'a pas de conséquence sur l'exonération pour les parents de rémunérer la salariée.

Si l'assistante maternelle n'a pas à être rémunérée en cas d'absence pour maladie médicalement attestée, celle-ci a néanmoins droit à une indemnité compensatrice (article L. 773-9 du Code du travail).

L'histoire :

Une salariée est engagée en tant qu'assistante maternelle par un couple afin de s'occuper de leurs deux enfants. Les enfants tombent malades et leur mère décide de ne pas les confier à l'assistante maternelle durant le temps de la maladie.

Dans ce cas, la convention collective des assistants maternels dispose qu'en cas d'absence de l'enfant due à une maladie, les parents, qui ne peuvent pas confier l'enfant à l'assistante maternelle, doivent envoyer à cette dernière un certificat médical daté du premier jour d'absence et ce, dans les 48 heures.

Les parents font parvenir à l'assistante maternelle le certificat médical, mais après ce délai de 48 heures.

La salariée considère que le certificat n'ayant pas été envoyé dans le délai imparti, elle doit être rémunérée pour la période d'absence des enfants. Les parents refusent au motif que la salariée n'ayant pas eu à garder ceux-ci, elle n'a pas à être rémunérée.

La salariée intente une action devant le Conseil de prud'hommes. L'Arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 24 janvier 2008 (N° de pourvoi 06-45.321) la déboute.

Source : <http://www.juritravail.com>

Radioprotection et salariés

Articles R. 4451-1 à R. 4457-14 du code du travail relatif à la prévention des risques aux rayonnements ionisants.

Dès janvier 2009, c'est à la PCR qu'incombera la responsabilité de la mise en place de la réglementation concernant la radioprotection et donc concernant la prévention des risques des salariés en la matière.

Son rôle est à la fois technique, administratif et relationnel. Elle doit effectuer au minimum les tâches suivantes :

- tenir et mettre à jour le dossier technique **devant contenir tout document concernant les sources de radiations ionisantes utilisées ;**
- mettre immédiatement en place les mesures appropriées en cas d'incident ou d'accident ;
- réaliser des mesures dosimétriques **qui serviront à élaborer :**
- **l'analyse des postes de travail permettant le classement du personnel, l'évaluation des risques permettant la délimitation des zones réglementées (Mise en place de la dosimétrie opérationnelle et de la dosimétrie passive en zone contrôlée (trèfle vert). Mise en place de la dosimétrie passive en zone surveillée (trèfle gris/bleu)) ;**
- surveiller le respect des mesures de protection et assurer la surveillance dosimétrique **du personnel ;**
- assurer les relations avec le médecin du travail, les organismes de contrôle ;
- réaliser ou faire réaliser une formation de radioprotection **personnalisée à toute personne susceptible d'être exposée ;**
- suivre les contrôles réglementaires **des installations par les organismes agréés.**

Les cabinets dentaires ou de radiologie ont désormais le choix entre une PCR interne ou externe.

Avoir la compétence en interne : le praticien peut devenir lui-même PCR ou désigner un de ses employés à la suite du suivi de la formation appropriée (module médical - option générateur électrique de rayons X) et de l'obtention de la qualification.

Externaliser la compétence : le praticien fait appel à une PCR ayant suivi le module médical - option générateur électrique de rayons X de la formation. Cette personne doit être prête à prendre en charge le cabinet d'un point de vue légal.

Il suffit qu'elle soit raisonnablement proche, géographiquement.

La désignation d'une PCR est obligatoire à ce jour pour le 1^{er} janvier 2008. En attendant sa désignation effective, c'est à l'employeur qu'il revient le soin de veiller à l'application des obligations décrites.

Benjamin Ramond
Spécialiste rayonnements ionisants régions
ouest et sud-ouest
Bureau Veritas - Agence Bordeaux

Arrêt de travail, invalidité, décès

Nous sommes 8,5 sur 10 à être mal à très mal assurées sans le savoir : nous devons être vigilantes !

Nous constatons que de plus en plus d'entre nous se retrouvent avec de grandes difficultés financières en cas d'arrêt de travail de longue durée et/ou d'arrêt définitif suite à une invalidité.

Une étude nationale montre que plus de 85 % des dentistes sont mal à très mal garantis pour leur couverture de prévoyance, plus particulièrement chez les femmes, notamment pour la couverture des frais généraux et plus grave pour les couvertures en cas d'invalidité ou de décès. Et ceci sans le savoir. Lorsque l'on s'en rend compte c'est souvent trop tard et irréversible.

Des exemples réels et précis nous poussent à tirer la sonnette d'alarme.

Il est important que vous sachiez exactement ou vous en êtes dans le cas où vous seriez amenées à arrêter temporairement ou définitivement votre activité.

La CARCD apporte certaines garanties : seront-elles suffisantes ?

Le plus difficile se trouve dans le choix des garanties à souscrire et surtout, surtout, quel contrat choisir, et à qui faire confiance.

Nous nous retrouvons avec les mêmes incertitudes face à la retraite. Quels revenus aurons nous ? Surtout nous, les femmes qui, statistiquement, vivons 6 à 8 ans de plus que les hommes.

Là encore, quelles solutions choisir, quels produits privilégier, et à qui faire confiance ?

Parfois, pour éviter d'aborder des sujets peu passionnants, mais essentiels, nous avons tendance à nous cacher derrière l'éternel « ça n'arrive qu'aux autres », et « je ne suis pas toute seule ».

Mais, pour éviter bon nombre de désagréments (le mot est bien faible en cas d'invalidité), il est impératif de bien déterminer les garanties et leurs montants en fonction de sa situation personnelle et surtout de bien choisir le contrat. Ceci doit être fait en envisageant trois cas de figures :

l'arrêt de travail temporaire,
l'arrêt définitif suite à une invalidité,
et le décès.

Sans oublier qu'un problème de santé entraînant un arrêt de travail de longue durée, voire définitif, provoque trop souvent des problématiques de couple, qui ne sont pas fait pour arranger la situation, que l'on ai ou pas d'enfants à charges.

Après avoir testé et vérifié sa compétence, nous avons demandé à Philippe JEAN, et à son équipe du cabinet ACTIV CONSEIL de nous aider, et de vous aider individuellement à trouver la solution et les produits tant en matière de prévoyance que de retraite. Ils ont une expérience de 27 années dans la



branche et se doivent d'être totalement indépendant vis-à-vis des produits et des organismes.

Vous venez de recevoir, avec le Flash Info de mai une circulaire renouvelant pour 2008 ce partenariat et vous informant de l'opération de diagnostic gratuit qui vous permettra dans un premier temps de vérifier, avec le cabinet ACTIV CONSEIL, votre situation.

Enfin, nous vous livrons ce témoignage.

Notre consœur n'a pas voulu que l'on indique son nom, car comme cela arrive souvent son état de santé a malheureusement aussi engendré des problématiques conjuguées assez durs. Son témoignage n'en est que plus fort et sincère, et nous l'en remercions.

« Je suis chirurgien dentiste depuis vingt ans. Et comme beaucoup d'entre nous, je ne savais pas à qui faire confiance et quels produits prendre pour ma prévoyance et ma retraite. En 2002, j'ai fait la connaissance de M. Philippe Jean, fondateur et responsable du cabinet Activ Conseil, à travers divers articles parus dans la presse professionnelle.

Si je me suis adressée à lui pour faire le bilan de mes différents contrats de prévoyance et de retraite, c'était surtout dans l'optique de vérifier quel contrat de retraite complémentaire serait le plus adapté, et quelles solutions existaient pour assurer l'avenir de mes enfants en cas de décès.

Après un audit complet, il m'a conseillé de changer de compagnie pour mes contrats de prévoyance, car en l'état je serais très mal prise en charge. En fait, le contrat que j'avais à l'époque appliquait, pour le calcul du taux d'invalidité, le principe de la pondération entre le taux d'invalidité professionnel et le taux d'invalidité fonctionnel. Ce système de pondération nous est très défavorable et couvre très mal les conséquences d'une maladie ou d'un accident sur l'activité professionnelle, et notamment pour les mains. J'ai suivi ses conseils et j'ai souscrit des contrats dits « à taux professionnel » pour les risques invalidité professionnelle et indemnités journalières. La garantie décès adossée à ces contrats était en plus avantageuse pour les enfants encore mineurs ou en cours de formation au moment du décès. Si je n'avais pas fait ce choix, je ne percevrais aucune rente actuellement bien que je ne puisse plus professer.

Pour ma retraite, suite à un calcul prévi-

sionnel de ce que je pourrais espérer de la CARCD, j'ai opté pour un contrat retraite complémentaire en loi Madelin adapté à ma situation, d'après M. Philippe Jean, l'un des meilleurs du marché à ce moment-là. En effet, non seulement le montant de ma retraite est connu et garanti dès la souscription, mais en plus en cas d'invalidité, la compagnie assure le versement des cotisations jusqu'à 65 ans, ce qui permet de constituer gratuitement une retraite complémentaire suffisante. Il faut savoir qu'en cas d'invalidité les points attribués par la CARCD n'ouvriront droit qu'à une retraite minimale.

Grâce au suivi de M. Philippe Jean, mes contrats ont été modifiés et ajustés au fil des années, en fonction de l'évolution du marché et de l'augmentation de mes revenus professionnels.

En 2006, la tuile: maladie professionnelle douloureuse, m'empêchant d'exercer. Cela n'arrive pas qu'aux autres. Bien que les contrats souscrits soient les meilleurs du marché, comme toute assurance privée qui se respecte, la compagnie a d'abord rechigné à verser les Indemnités journalières, ce à quoi je m'attendais compte tenu des problèmes qu'on rencontre ne serait ce que pour faire prendre en charge un bris de glace pourtant bien assuré... Le même scénario s'est reproduit plus tard pour la prise en charge de l'invalidité définitive subséquente.

J'ai fait appel à M. Philippe Jean, et avec un certain nombre de lettres RAR, des coups de téléphone multiples aux administrateurs idoines, de persévérance et de lucidité, il a dénoué les noeuds assurero-administratifs, et m'a aidé à retrouver une situation financière me permettant d'élever mes enfants (je suis seule avec eux) sans baisse trop importante de notre niveau de vie. Et ma retraite est payée par la compagnie.

Ces deux années, depuis le début de ma maladie, ont été les plus éprouvantes de ma vie; je préfère ne pas imaginer ce qu'elles auraient été sans la compétence et le « service après-vente » de ce vrai professionnel qui n'argumente pas pour son intérêt propre, ni pour nous faire sentir « qu'on est tous des nuls en matière de prévoyance, et qu'il suffit de laisser faire l'expert », mais qui a su m'expliquer les avantages et inconvénients des différents produits, me faire changer les contrats désavantageux pour moi et, par contre, garder les contrats corrects. Qui m'a aidé à décrypter le jargon des assureurs et à ne pas me laisser faire en cas de mauvaise foi de leur part. Et qui m'a épaulée de manière infatigable. Un vrai cas d'alliance de compétence et de conscience professionnelle.

Après mon expérience, je ne peux que vous conseiller de vous adresser à lui pour votre prévoyance et votre retraite. Simplicité, soutien et tranquillité d'esprit assurée. (Désolée, je n'ai pas de parts dans le cabinet Activ Conseil!) »

Que faire ... en cas d'absence du praticien



Nous sommes toutes soucieuses de notre avenir et de celui de nos proches. Chacune travaille dans l'espoir d'améliorer sa situation présente et à venir. Chacune espère aussi organiser un avenir meilleur pour sa famille, son conjoint, ses enfants, parfois même ses parents. Cette attitude responsable et généreuse nous conduit, un jour ou l'autre, à réfléchir à ce qui se passerait si nous n'étions pas ou plus là !

Qui et comment informer de notre absence (Ursaff, Sécu, mais aussi employés, fournisseurs,...). Que reste-t-il à payer et à qui ? Qui sera responsable de nos actes professionnels ? Ces questions sont difficiles, mais personne n'y échappe. Nous mettons donc en place des solutions : nombreuses, diverses et bien souvent ... éparpillées !

En effet, sommes-nous capables, à l'instant T de faire l'inventaire de tous nos contrats en cours, de démontrer que nous avons bien rempli nos obligations en tant que chef d'entreprise, employeur, professionnel de santé, de décrire tous les contrats de prévoyance que nous avons bien consciencieusement mis en place.

Dans le cas où immobilisées ou retenues loin de notre cabinet pour une raison ou une autre, pouvons-nous indiquer la marche à suivre à un remplaçant au pied levé ? Comment avoir accès à tel ou tel logiciel ? Qui s'occupe de la maintenance de notre matériel, quand arrive les contrôles périodiques ?...

Ainsi, lorsque le praticien est absent : la comptabilité est enregistrée, mais l'accès au support informatique est, bien sûr par sécurité, verrouillé par un code informatique : en cas d'absence du praticien, elle est parfaitement en ordre mais aussi parfaitement

inutilisable !

De même, comment savoir quel assureur pourra être actionné en cas de problème avec un patient si la succession des RCP n'est pas soigneusement identifiée.

Le descriptif de tous les numéros d'identification, le répertoire des contacts professionnels avec des coordonnées à jour, l'inventaire des contrats en cours avec le nom de la personne référente, ... seront autant d'éléments indispensables pour organiser le remplacement au pied levé, qu'il soit temporaire ou définitif du praticien.

Le SFCD a donc imaginé une fiche qui « d'un coup d'œil » permettrait d'avoir accès à toutes ces informations. L'intérêt en cas d'absence du praticien est indéniable. Mais il n'est pas le seul !

Une telle fiche permet en effet de pouvoir suivre au plus près tous les contrats : comme nous aurons pris soin de bien noter les dates d'échéances, les montants, les dates anniversaires des contrats, le moment venu, nous aurons sous les yeux tous les éléments nécessaires à la re négociation de nos contrats.

Il s'agit en fait d'organiser notre propre traçabilité. C'est pourquoi vous trouverez le modèle de cette fiche dans notre nouveau livret sur la traçabilité. Il ne vous « restera » plus qu'à la remplir.

Commencer par photocopier tous les contrats en cours, puis ranger ces doubles dans une même chemise, ensuite. En tracer enfin l'inventaire en répertoriant de façon scrupuleuses les informations nécessaires.

Sa rédaction est un moment important qu'il faut traiter avec beaucoup de rigueur, au début, et réactualiser périodiquement. Comme toujours, prendre son temps : pas de précipitation. D'autant qu'en la matière, pour une fois pas d'obligation !, mais juste le sentiment de s'être dotée d'un outils précieux de suivi pour soi ou éventuellement ses enfants ou son conjoint.

Marie Brassat



La prévoyance : s'informer et comparer pour anticiper

La commission de prévoyance de l'ADF édite des plaquettes dédiées aux thèmes de l'assurance-maladie, de la retraite et de la prévoyance, régulièrement mises à jour pour : expliciter le calcul des cotisations obligatoires, comparer les contrats des compagnies d'assurances et des mutuelles, apprécier les risques liés à l'activité professionnelle.

N'hésitez pas à aller les consulter sur le site de l'ADF : <http://www.adf.asso.fr>

CARCD

Le jeudi 5 juin 2008, le Conseil d'Administration s'est réuni pour adopter les comptes de l'exercice 2007.

Le résultat est de 176.2 millions d'euros.

Les réserves, tous régimes confondus, sont de 1.954 millions d'euros, dont 1.740 pour le régime complémentaire, le seul régime que nous pilotons réellement, soit 1 an et 8.5 mois en année de charge sur les bases actuelles.

Le recouvrement des cotisations est bon (99.9%). Il est important que les consoeurs et confrères sachent que notre caisse de retraite œuvre pour l'avenir, les réserves nous aideront à passer les périodes difficiles où le ratio cotisant/retraité ne sera plus favorable.

ML Le Dréau-Lahais, trésorière de la CARCD

Attention :

La Circulaire d'ACTIV Conseil diffusée en même temps que notre Flash Info de mai ne concerne que les compléments de retraite facultatifs que nous avons souscrits auprès de nos compagnies d'assurances.

Alsace Loraine

Dr Maryse Dillenseger

26, rue de la Vallée. 57800 Rosbruck
Tel/Fax : 03 87 81 19 78
E mail : maryse.dillenseger@wanadoo.fr

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
Tel : 02 97 24 06 65 Fax : 02 97 24 28 86
E mail : stephanieboimare@hotmail.fr

Centre

Isabelle Marceau-Mary

23, place du Martroi. 45260 Lorris
Tel : 02 38 92 35 70 Fax : 02 38 92 39 30
E mail : marceau.isabelle@wanadoo.fr

Languedoc Roussillon

Liliane Malaval

6, place du Château. 30820 Caveirac
Tel : 04 66 81 30 05

Midi-Pyrénées

Catherine Thèze-Vignes

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

Nord

Catherine Flechel

13, rue S Cordier. 62300 Lens
Tel : 03 21 28 23 47 Fax : 03 21 41 23 66
E mail : cflechel@yahoo.fr

Normandie

Delphine Hautin

Rue du Général Journois. 76750 Buchy
Tel : 02 35 34 41 80 Fax : 02 35 60 86 51

Pays de Loire

Evelyne Peyrouty

36 Rue Jean Jaurés
49800 TRELAZE
Tel : 02 41 69 08 76

Paca

Béa Gadrey

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

Paris Ile de France

Agnès Sandeau Jorigny

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

Picardie

Marie Cécile Regnaut-Blondiaux

181, rue Lemerchier. 80000 Amiens
Tel/Fax : 03 60 10 10 97
E mail : mc.regnaut@tiscali.fr

Poitou Charentes

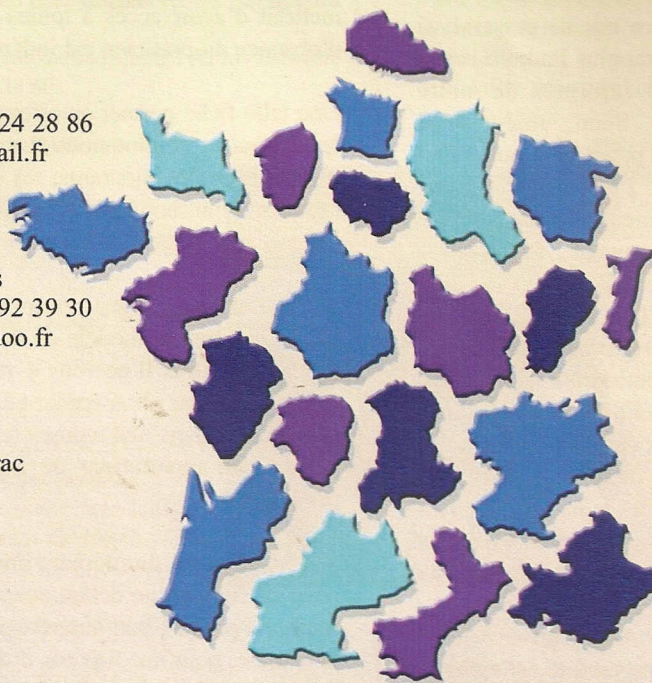
Muriel Foueytille

5, rue Réaumur. 17600 Saujon
Tel : 06 86 59 32 32 Fax : 05 46 02 97 56

Vosges

Carol Petit

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



LE BUREAU SFCD

Présidente

Béatrice Gadrey
343, rue R Garros - 83600 Fréjus
gadral@wanadoo.fr
Tel : 04 94 51 17 87

Secrétaire Générale

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

Trésorière

Pascale Videau-Viguié
86, rue Michel Picon - 33550 Langoiran
VidVig.Pascale@wanadoo.fr
Tel : 05 56 67 54 04

Vice Présidente

Dr Catherine Larra
118, av des Poilus - 13013 Marseille
catherine.larra@libertysurf.fr
Tel 04 91 66 37 27

Secrétaire Adjointe

Patricia Hueber Tardot
8, Quai Jules Ferry - 88210 Senones
patricia.hueber.tardot@wanadoo.fr
Tel : 03 29 57 96 23

Le service juridique du SFCD

Sylvie Ratier
119, impasse Roquemaurel - Bât C, n° 143 - 31300 Toulouse
Permanence téléphonique au :
Tel : 05 34 36 40 44 Fax : 05 34 36 40 43 E mail : sfcd@sfcd.fr

Le Site Internet du SFCD

www.Sfcd.fr