

A woman in a white lab coat is smiling and holding a dental instrument, possibly a handpiece, in her right hand. She is looking towards the camera. The background is bright and slightly blurred.

ifcd

REVUE DU SYNDICAT
DES FEMMES
CHIRURGIENS DENTISTES

n°24

novembre 2007

INFO FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

Dossier

Le confort
au cabinet dentaire

Actualités

Démographie
professionnelle

Zoom

Prise en charge
des très jeunes
enfants

Un grand débat ...



Les rencontres professionnelles de cette rentrée, enrichies du rapport intéressant de la Dress*, ouvrent le débat de l'avenir de notre profession.

Le paysage change... sur le fond géographique d'une Europe qui se construit.

Des problèmes démographiques concernent la répartition d'une population de chirurgiens dentistes dont le nombre ne cessera de diminuer avec le numerus clausus actuel ; une vision de la vie différente pour les nouvelles générations conduit à privilégier la qualité de la vie plus que la quantité de travail.

Des besoins de santé publique pour toute la population : la politique de prévention permet aux plus jeunes de voir leur santé bucco-dentaire s'améliorer, mais l'accès aux soins reste déficient pour une population grandissante de personnes âgées, de personnes handicapées et d'exclus.

S'ajoutent à cela des comportements en pleine évolution de la part des patients (demande de soins différente : plus d'informations, exigences esthétiques).

Face à ces enjeux majeurs, notre gouvernement se tourne vers la responsabilité de notre profession et ceci de manière urgente. L'endettement de notre système de santé et les résultats très timides des mesures incitatives démographiques semblent montrer leurs limites.

La balle est dans notre camp ; à nous d'apporter les réponses et d'orienter notre exercice afin d'anticiper ce virage : malgré la perversion du système de convention, n'oublions pas l'éthique professionnelle du chirurgien-dentiste et la recherche de la qualité qui doivent toujours rester au cœur de notre exercice.

La mission du SFCD est de s'assurer que la voix des femmes ne sera pas oubliée dans ces réflexions et d'éviter les éternels clichés concernant la féminisation de la profession. Il faudra sans doute abandonner une attitude individualiste souvent présente dans notre profession (à 95% libérale) pour envisager une vision plus collective de notre avenir.

Dr Béatrice GADREY, présidente du SFCD

*Dress : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; n°594 et 595, septembre 2007.



Directrice de la publication :

Béatrice Gadrey

Rédactrice en Chef :

Karine Guitard

Ont participé :

Laurence André
 Manon Bestaux
 Marie Brasset
 Valérie Anne Dimet
 Catherine Flechel
 Béatrice Gadrey
 Karin van Garderen
 Karine Guitard
 Claude Guyot
 Catherine Larra
 Marie Louise Le Dréau Lahais
 Sylvie Le Rohelec
 Isabelle Marceau Mary
 Dominique Montigny
 Evelyne Peyrouy
 Hélène Pic
 Sylvie Ratier
 Isabelle Rian
 Marie Cécile Regnaut Blondiaux
 Pascale Videau Viguié
 Nicole Vinot
 Remerciement particulier à
 David Anglade pour ses illustrations

Publicité :

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

SFCD

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

Impression : NOAO

Crédits photos : A. Karelias, E. Alarre, D. Hogan, D. Lewis, J. Wackerhausen, V. Varvaki, G. Pchemyan, J. Edwards, C. Dall Osto, N.Laan, D. Shironosov, M. Kemter, J.V. Canto Roig, T. Over, L. Tomic, P. Siamionau, B. Sadowski, Z. Nyulaszi, iStockphoto.com

3 Edito

7 Evènement

- Démographie professionnelle

15 Actualités professionnelles

- Université d'été de la CNSD
- Rencontres UJCD
- Colloque UFSBD
- Séminaire ADF 2007
- Congrès 2 ADF
- Dubaï FDI 2007
- Revalorisation du C
- Problème de l'assurance maladie pour les CD

16 Actualités syndicales

- Pourquoi ?
- Livret Nomenclature
- Bulletin d'adhésion 2008
- Séminaire SFCD
- Journée des cadres SFCD
- Calendrier SFCD
- Régions
- Moyens d'action SFCD

25 Dossier

« Le confort au cabinet dentaire : les représentations du confort »

- **3ème volet : Les représentations :**
- Confort et santé
- Ergonomie
- Le voyage en dentisterie

31 Le chirurgien dentiste employeur

- La VAE
- La pénibilité du travail d'assistante
- Le nouveau régime des heures supplémentaires

35 Zoom

- Les honoraires
- Le traitement des enfants
- Monographie sur les 6/12 ans

39 Le coin des Orthos

- Rééducation de la déglutition

41 Billets d'humeur

- Faut-il être en bonne santé pour être malade ?

43 Expérience

- Le sourire

44 Informations générales

- Les associations de consommateurs
- Loi handicap 2007
- Thèmes année 2007
- FIF 2007
- Ma retraite

50 Etranger

- Turquie



Démographie professionnelle

De nouvelles statistiques



Une toute nouvelle étude ⁽¹⁾ décrit les comportements d'entrée, de mobilité et de sortie de la vie active des chirurgiens dentistes. Une telle analyse permet de mieux comprendre les trajectoires professionnelles, leurs évolutions dans le temps, autant d'éléments indispensables pour fonder des projections démographiques.

Au 31 décembre 2006, on recense environ 40300 dentistes ; leur nombre a augmenté de plus de 4% par rapport à 1990 mais on constate une diminution des effectifs (-2%). Depuis 2004 la densité de chirurgiens dentistes est actuellement de 65 praticiens pour 100000 habitants, la France se situant dans une position intermédiaire par rapport aux autres pays développés comparables, en termes d'offre de soins bucco-dentaires.

On assiste à une hausse de l'âge moyen dans la profession : de 42 ans en 1990, il est passé à 47 ans en 2006. La diminution soutenue des entrées, consécutive au numerus clausus instauré depuis 1971, a entraîné une réduction de la présence des jeunes générations parmi l'ensemble des actifs et, par conséquent, un vieillissement marqué de la profession.

Une plus grande représentation des femmes parmi les nouveaux entrants dans la vie active est à l'origine d'une féminisation continue de la profession, qui compte actuellement 35% de femmes ; **pour autant, les chirurgiens-dentistes demeurent la profession de santé réglementée la moins féminisée.**

L'exercice de l'odontologie se fait essentiellement en cabinet libéral. A la fin de l'année 2006, 91,5% des chirurgiens-dentistes exercent en libéral pour seulement 8,5% de salariés. **Seuls deux praticiens sur trois emploient une assistante dentaire qualifiée**, la moitié à temps plein et l'autre moitié à temps partiel.

Les femmes sont plus représentées dans le salariat (58% de femmes pour 42% d'hommes). **Les salariés sont un peu plus nombreux parmi les jeunes** (10% de moins de 40 ans contre 7% des plus de 55 ans), ceci résultant d'un choix de carrière personnel.

La répartition des chirurgiens-dentistes est marquée par des disparités interrégionales fortes entre le Nord et le Sud ; cette répartition inégale est largement connue pour les

médecins omnipraticiens comme pour les spécialistes. Cette densité peut varier de 1 à 4 entre le département le mieux doté (Paris, 136 chirurgiens-dentistes pour 100000 habitants) et les moins bien pourvus (Creuse, Orne, Somme,...avec 35 à 40 praticiens pour 100000 habitants); on note également de fortes disparités au sein de l'Île de France entre des départements très bien dotés (Paris, Hauts-de-Seine et Val de Marne) et d'autres relativement dépourvus (Seine-Saint-Denis, Val d'Oise, Seine-et-Marne) par rapport à la moyenne nationale.

Les chirurgiens-dentistes, à l'instar de nombreuses professions libérales, privilégient très nettement les « pôles urbains » au détriment des communes « périphériques » ou « multi polarisées ».

Les diplômés entrent rapidement dans la vie active ; sur les dix dernières promotions, un peu plus d'un diplômé sur deux commence à exercer l'année même de l'obtention de son diplôme, 80% moins d'un an après. Près de 18% entrent dans la vie active deux, trois ou quatre ans après avoir obtenu leur diplôme. **Contrairement à d'autres professions médicales (les pharmaciens notamment), le taux de non utilisation du diplôme est pratiquement nul et les diplômés, hommes comme femmes, ont tendance à exercer rapidement leur profession.**

Si les hommes entrent dans la vie active à des âges plus avancés (19% ont plus de 30 ans contre 12% des femmes), les différences sont surtout marquées en termes de première orientation professionnelle. Près d'une femme sur quatre débute en qualité de salariée contre un homme sur sept.

L'ensemble des étudiants ayant obtenu leur diplôme au cours des dernières années est amené à exercer son activité rapidement, mais une partie non négligeable d'entre eux interrompt très vite sa carrière. Les praticiens salariés ont davantage tendance à interrompre prématurément leur activité (presque 25% d'entre eux avant 30 ans) et encore 8% des 30-39 ans ; **ces interruptions prématurées d'activité concernent de manière équivalente les dentistes femmes et hommes.**

Concernant la cessation d'activité, l'effectif des dentistes qui prennent leur retraite entre 60 et 64 ans est à peu près équivalent à l'effectif de ceux qui la prennent à partir de 65

ans. **A compter de 75 ans, la quasi-totalité des praticiens ont cessé toute activité.** La mobilité professionnelle (au sens de changement de statut d'exercice), pour les dentistes libéraux, est quasiment nulle quelle que soit la classe d'âge considérée. La mobilité se révèle plus fréquente parmi les salariés, notamment en début de carrière. Ainsi, chaque année et tous sexes confondus, plus de 20% des moins de 30 ans et 10% des trentenaires salariés rejoignent le secteur libéral.

Pascale Videau Viguié

NDLR : l'analyse de cette enquête montre une diminution du nombre de dentistes en comparaison à l'évolution de la population française. L'exercice professionnel demeure essentiellement libéral, avec de grandes inégalités territoriales entre Nord et Sud et entre communes rurales et grands pôles urbains. Si une plus grande représentation des femmes parmi les nouveaux entrants dans la vie active est à l'origine d'une féminisation continue de la profession, celle-ci demeure la profession de santé réglementée la moins féminisée. Les jeunes, à l'exemple des femmes, s'orientent plus facilement vers le salariat au début de leur carrière professionnelle, le passage au libéral se faisant aux alentours de 30 ans. La non utilisation du diplôme, chez les femmes comme chez les hommes, est quasiment inexistante. Enfin des chiffres sur la féminisation qui permettent de torde le coup aux idées reçues! Mais aussi des chiffres qui soulignent l'inégale couverture du territoire en matière de soins bucco-dentaires.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : Situation démographique et analyse des comportements en 2006 ETUDES ET RESULTATS - n°594 - septembre 2007 drees-infos@santé.gouv.fr Marc COLLET, Daniel SICART

Devenir des cabinets dentaires

Rencontre avec l'UJCD

Béatrice Gadrey a été reçue par les responsables de l'UJCD lors d'un déjeuner convivial à Paris la veille du séminaire de l'ADF, le jeudi 27 septembre 2007.

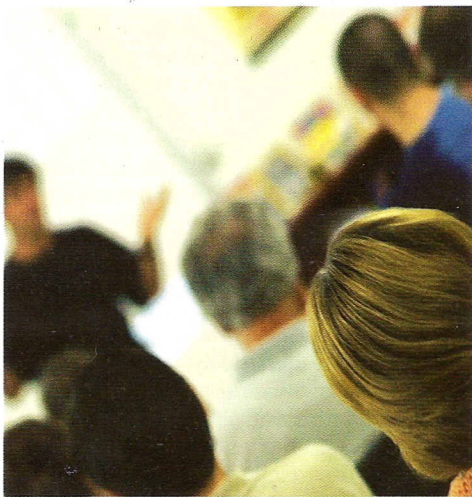
Les principales préoccupations de notre profession ont été passées en revue ; l'UJCD a entre autre marqué son attachement à voir évoluer le statut des assistantes dentaires et à faire avancer le dossier de la radioprotection. Des sujets de réflexion communs ! (cf page 19).

Le SFCD a souligné sa volonté de rester un syndicat indépendant et de répondre par des chiffres aux questions liées à la féminisation de la profession. Le SFCD a apprécié cette invitation qui va dans le sens de l'échange indispensable entre les responsables de notre profession.

Béatrice GADREY

Avenir des chirurgiens-dentistes

Université d'été de la CNSD



Les 21,22 et 23 Septembre dernier la CNSD a convié le SFCD à sa 1^{ère} université d'été aux Issambres, dans le sud de la France. Béatrice GADREY en tant que présidente et moi-même avons donc participé, avec un grand nombre de cadres régionaux de ce syndicat et dans un cadre idyllique, à ces journées de réflexion sur le thème «Organisons et préparons l'avenir des chirurgiens-dentistes». Vaste programme !

Après une allocution d'accueil du Président de la CNSD, le Dr Jean-Claude MICHEL, nous avons eu la primeur de la présentation d'un rapport très intéressant fait pour l'ONDPS*. Ce rapport se veut être un constat sur la situation actuelle de notre profession et une prospective démographique à l'horizon 2030. Puis nous avons été invités à faire un travail de réflexion en groupe sur plusieurs thèmes tels que l'évolution de la démographie médicale, la prévention, l'organisation du cabinet dentaire et les enjeux de la formation qu'elle soit initiale ou continue, nationale ou européenne. Quelques débats furent un peu houleux mais tous les avis se sont fait entendre. L'avenir du syndicalisme, de l'exercice libéral contractuel ont aussi été évoqués sans oublier la dimension européenne. Comment organiser les soins autour du patient entre les différents acteurs du système : Praticien, Assurance médicale obligatoire et Assurance médicale complémentaire ? Nous sommes à la recherche d'idées neuves pour répondre à ces questions et faire preuve d'imagination... La dernière matinée, Antoine Perrin, directeur

adjoint du cabinet de la ministre de la santé Roselyne Bachelot, nous a fait l'honneur de sa présence. Au travers d'un discours clair et incisif, les problèmes démographiques de répartition, d'accès aux soins au sens le plus large et la prévention sont présentés comme les sujets prioritaires pour notre gouvernement. Des Agences Régionales de Soins doivent se mettre en place pour favoriser la réalisation de ces projets. Un discours plus «politique» aussi: à nous de faire vivre notre nouvelle convention (signée en 2006) sans oublier la formation continue ... Nous avons fini ces deux jours sous le soleil par un moment convivial où les conversations sont allées bon train. Nous sommes dans une période cruciale pour notre profession. L'avenir pose beaucoup d'interrogations pour lesquelles, à l'heure actuelle, il est difficile de répondre.

Catherine LARRA et Béatrice GADREY

*ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

Nothing Compares

Avec plus de 40 ans d'expérience dans le domaine du LASER, Fotona vous propose de découvrir la nouvelle génération de **LASER Fidelis Plus III (Nd:YAG & Er:YAG)** pour tous vos traitements de :

- Parodontie
- Endodontie
- Préparation de cavité
- Blanchiment
- Chirurgie

Traitement des tissus mous et durs avec un seul appareil, sans douleur et sans stress pour vos patients.



Fotona
choose perfection

www.fotona.fr
contact@fotona.fr
Tel : 01 49 08 54 54

Colloque national de Santé publique UFSBD

Addictologie et santé bucco-dentaire

L'UFSBD proposait le 5 octobre 2007 un colloque de santé publique en partenariat avec la Mutualité Française sur le thème « addicto-logie et santé buccodentaire » au Sénat .

Au fur et à mesure des exposés des intervenants et lors de la table ronde de 16h donnant la parole aux auditeurs s'est dessiné un état des lieux dont voici ici quelques points.

Avant d'aborder ce qui pourrait évoluer dans nos pratiques d'acteur de santé, tant dans le présent que dans l'avenir, ce thème a souligné à nouveau combien l'état buccodentaire est au carrefour du médical et du social (1). Les bouches peuvent être une situation d'appel à notre humanité (nous ne sommes pas soignant par hasard) et être, toutes malades qu'elles soient, en cohérence avec un vécu à prendre en compte. Les chiffres avancés sont tirés d'enquêtes ANPAA, CETAF, ESCAPAD, INPES, OFT.

Les produits addictifs sont licites comme le tabac ou l'alcool ou illicites comme le cannabis (pour la France), la cocaïne, l'héroïne. On parle désormais non plus d'alcoolisme mais d'addiction à l'alcool, tout comme on ne parle plus de tabagisme mais d'addiction au tabac. Le cannabis concerne 80 000 interpellations par an. 90% des fumeurs sont non ou peu dépendants du tabac, pourtant le tabac est le seul produit de consommation qui tue la moitié des usagers. Agir ne pourra cependant se confondre avec la prohibition du produit. Il s'agit plutôt de dénormalisation.

Pour l'alcool présent dans les vins, bières on considère qu'un verre standard, adapté au type de boisson (verre ballon pour le vin rouge etc...) renferme 10 grammes d'alcool. Les boissons alcoolisées possèdent des propriétés gustatives, psychotropes (elles modifient les sens en créant une sensation d'euphorie, d'ivresse ou inversement elles augmentent l'anxiété, l'angoisse, la dépression, l'agressivité). La recherche d'ivresse pouvant aller jusqu'au coma éthylique a été dénoncée dans certaines écoles de commerce (suppression des cours les lundis et vendredis suite aux prises d'alcool le jeudi soir) ; la « cuite » devenant normale et valorisée.

Les boissons alcoolisées peuvent entraîner une dépendance. Agir sur la dépendance posera la question : est-ce le moment de parler d'ar-

rêter? Tout dépendra de l'urgence médicale associée (infarctus, névrite optique...). L'âge du début est le facteur principal de la dépendance. La prise de produits peut aussi avoir lieu pour rechercher des sensations. A l'âge de l'adolescence, de 15 à 20 ans, existe le désir de vivre des choses fortes ; les drogues agissent sur ces circuits. La pratique sociale est déterminante ou le désir de se fondre dans un groupe. Adopter ce comportement sert parfois à soulager une souffrance. Certaines pratiques sociales arrêtent avec l'âge.

Le relais publicitaire joue comme une incitation : ainsi une publicité qui, sans mentionner de nom de marque particulier, associait le visage souriant de trois jeunes filles à trois verres de bière placés devant elles. La publicité utilise le créneau des situations de fête ou de bien être car, à cela, on s'identifie, ou encore les fun packing aux emballages colorés et flashy pour le cannabis par exemple. L'Office français des drogues et de la consommation a constaté une montée de la prise de cocaïne pour des raisons industrielles ; 40% des bénéfices dépendent de 8% d'acheteurs. C'est le vendeur de cannabis qui devient vendeur de cocaïne .

En conclusion : la bouche est le point de rencontre du dentiste et de l'addictologue en ce sens que l'addiction est concomitante avec des troubles, parfois graves, du comportement alimentaire et de l'état dentaire. La conduite addictive est d'installation ancienne; l'enjeu préventif se situe là où la dépendance n'est pas encore installée. L'intervention pré-coce peut être efficace mais de façon non intrusive. Il existe des outils pour l'addictologue, les outils adaptés aux dentistes restent à développer. Travailler sur les addictions, c'est travailler sur ce qui incite à la prise ; il ne s'agit pas d'interdire, il s'agit de comprendre, d'informer et d'éduquer et selon le degré d'ancienneté de la conduite addictive de ne pas travailler seul mais en réseau. Enfin, comme l'a fait remarquer un responsable de comité d'hygiène buccodentaire du Centre de la France, l'addiction au sucre est un problème majeur.

Marie Cécile Regnaud Blondiaux

(1) D.I.U.P Communication et Education à la Santé département de Santé Publique de la faculté de Rennes (octobre 1997) : *Quelle place occupent les dents dans votre santé?*



L'addiction va de l'usage social, festif à la dépendance

La vulnérabilité plus ou moins grande de l'individu interagit avec la facilitation plus ou moins grande elle aussi de son environnement le tout combiné avec la toxicité du ou des produit(s); avec l'âge de début, la poly-consommation et le besoin de l'usage pour se sentir bien définissent la conduite addictive. Ce qui est gênant est l'excès d'excès, quand on a forcé sur les circuits cérébraux et la combinaison de substances addictives. Comme l'a défini le Pr Michel Reynaud du département de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse, l'addiction est la perte de contrôle d'un comportement. Au départ ce comportement est destiné à se faire du bien. Il repose sur un acte volontaire de prise. On parle d'addiction quand ce contrôle raisonnable par la volonté n'est plus possible pour le sujet.

Les effets du tabac en bouche

Un fumeur est plus sensible aux mycoses. La diminution de l'oxygène intraosseux entraîne l'apparition de poches parodontales et une altération de la cicatrisation par la diminution des cellules cicatricielles. Avec l'alcool et le tabac les plaies chirurgicales cicatrisent mal. En bouche on peut observer des mélanoses tabagiques (réversibles avec l'arrêt du tabac), l'ouranite du fumeur : il s'agit d'un voile opalin pigmenté des glandes salivaires accessoires, la kératose tabagique homogène. Si elle est inhomogène, la biopsie révélera des dysplasies cellulaires marquées précancéreuses. Les lésions cancéreuses (carcinome épidermoïde) peuvent être creuses ou ourlées.

Les modes de prise

Bidis : ce sont des cigarettes de tabac enroulées avec des baguettes de couleur qui n'augmenteraient pas le risque cancéreux connu. **La chique de Bétel (en Inde):** tabac en feuille associé à de la chaux qui génère des kératoses dégénératives en cancers buccaux. **Snuss:** aide au sevrage tabagique ne présentant pas de corrélation avec le cancer de la bouche.

Tabac et parodontites

Une parodontite peut provoquer une septicémie avec hospitalisation. Le patient fumeur est un patient à risque pour les parodontites sévères. Dans sa bouche on constate des nécroses et des retards de cicatrisation. L'environnement fumeur d'un non fumeur entraîne des incidences dans la bouche du non fumeur. L'arrêt tabagique permet un rétablissement de la microcirculation gingivale et donc de l'apport en oxygène dans les sites en quelques mois

Anesthésie et toxicomanie

Contrairement aux idées reçues l'anesthésie locale marche sur le patient toxicomane. Pour calmer sa douleur le toxicomane peut banaliser le cannabis ou l'héroïne.

Points de vue

Séminaire triennal de l'Association Dentaire Française

Cette année, le SFCD a participé au séminaire triennal de l'ADF de manière prépondérante avec 7 représentantes, Catherine Flechel, Béatrice Gadrey, Karin van Garderen, Marie Graindorge, Isabelle Marceau-Mary, Sylvie Ratier et Pascale Videau Viguié.

Cela nous a permis d'être inscrites aux 4 groupes de travail qui divisaient l'ensemble des participants (plus d'une centaine !) et d'ainsi de partager les différentes sensibilités émises sur les sujets objet des débats. Ce séminaire avait pour thème :

« Chirurgien dentiste, de la formation au métier », avec 4 sous thèmes :

- la formation initiale • la 6^{ème} année, le stage actif, l'internat
- les compétences, les 3^{ème} cycle, les spécialités • les modes d'exercice futur de la profession

Deux participantes nous livrent leurs impressions :

J'ai eu un instant de recul à l'arrivée en découvrant tous ces hommes en costard cravate et pas une femme !

Mais assez vite, ils ont été nombreux à se mettre en « tenue de golf » et sont apparus plus détendus. Heureusement que le SFCD était présent car sinon il n'y aurait eu que 4 femmes sur 120 représentants de la profession.

Sur la forme cela était très bien organisé.

La possibilité a été donnée à toutes et à tous de parler librement et d'être écouté !

Le travail en petits carrefours a été très riche du fait de la facilitation de l'expression à 25 par groupe et une méthode de travail intéressante avec un apport de la problématique puis un débat.

J'ai eu plaisir à travailler avec tous les représentants de la profession : syndicats, facultés, doyens, conseils de l'ordre, étudiants, chercheurs, avec représentation de tous dans tous les groupes de travail.

J'ai été surprise de voir le nombre de femmes rapporteurs de leur commission alors que nous étions très minoritaires en nombre (est-ce le propre des femmes que d'être secrétaire, ou est-ce que les femmes prennent plus facilement une responsabilité ou un rôle, y compris pour les étudiantes)

Pendant la séance inaugurale, le système LMD a bien été expliqué avec les 4 grandes formations médicales : médecins, pharmacie, dentistes, maïeutique (accoucheurs) cf encadré.

Des crédits de formation pour étudiants, acquis au fur et à mesure des années pourraient donner la possibilité de passer d'un enseignement à l'autre en restant dans le même créneau : de dentaire à une autre fac scientifique, santé ou non, recherche par exemple, biologie, bioéthique, etc.



Il a été envisagé :

- la création d'un internat qui déboucherait sur la chirurgie orale (ex stomatos) accessible à 10 médecins et 10 dentistes par an, pouvant également déboucher sur l'entrée au CECSMO ou sur un doctorat de troisième cycle en vue de l'enseignement.
- la prise en compte dans la formation de la notion intéressante de Validation d'Expérience Acquisée.
- le stage actif de sixième année : quid de l'étudiant qui a la possibilité de faire un remplacement à partir de la cinquième année, et donc d'être autonome, alors que pendant la sixième année et son stage actif l'étudiant ne peut être laissé seul en cabinet !! Aberration du système à modifier en ne donnant la possibilité de faire un remplacement qu'après la validation de ce stage actif ! Avoir des nouvelles de l'étudiant accompagné en mettant en place un tutorat entre binôme praticien installé et étudiant. Inciter les étudiants à aller faire leur stage dans des zones « désertées ». Il faut faire en sorte que l'étudiant « aime » sa fac ! Il est important que la profession s'organise

elle-même de façon à ce qu'il y ait un maillage sur l'ensemble du territoire, et afin d'éviter que l'état n'intervienne de façon arbitraire, voire coercitive.

L'idée a été lancée de la mise en place d'un plateau technique en zone « déserte », fixe ou mobile, utilisable par différents praticiens assurant la permanence des soins à tour de rôle, en complément de leur cabinet principal. Cela pourrait être en zones périphériques urbaines, en campagnes, ou en maisons de retraite, là où il y a un déficit de praticien et de gros besoins de soins bucco-dentaires.

Compte tenu de l'évolution démographique et de la réduction du nombre de sortants de facultés depuis plusieurs années, il va y avoir un déficit de praticiens, mais cela sera limité aux quelques années à venir car du fait des programmes de prévention successifs, la prévalence dentaire s'est notablement améliorée, et il devrait y avoir moins de besoins de soins dans les années à venir.

Globalement nous avons travaillé entre gens très différents et cela s'est bien passé.

Catherine Flechel

Le séminaire triennal de l'ADF a réuni pendant deux jours, des chirurgiens dentistes d'âges, de formations et d'horizons différents, tous motivés par la passion de leur métier.

La réflexion portait sur l'amélioration de la formation initiale et continue, les conditions d'exercices, l'avenir de la profession, dans le but de laisser aux générations montantes de praticiens, des cadres juridiques et éthiques adaptés qui leur permettront de répondre aux nouveaux besoins des patients et de la santé publique, tout en gardant le désir et le plaisir d'exercer. Le travail a été plaisant, les confrontations d'idées enrichissantes, mais qu'en restera-t-il? L'assemblée, en grande majorité masculine, reste encore sur l'idée reçue que

les femmes ne travaillent pas autant que les hommes. D'après eux, les femmes ne rentre- raient pas assez vite et ne resteraient pas assez longtemps dans la vie active. Cette hypothèse fantaisiste leur semble être une des raisons de la baisse attendue de la densité des chirurgiens-dentistes jusqu'en 2030 qui aggraverait la difficulté à répondre à la demande de soins. Les jeunes praticiens d'aujourd'hui, bien qu'ils s'en défendent, sont bien les mêmes qu'hier! Leur diplôme tout neuf en poche, ils sont persuadés avoir atteint cette perfection que jamais les « anciens » n'arriveront à égaler. Leur formation a été performante, ils se voient performants. Ils n'imaginent pas que les chemins de la connaissance et des apprentissages sont multi-

ples et durent la vie entière, que la pratique quotidienne facilite et rend le geste plus précis et plus sûr. Un jour, une promotion chassant l'autre, ils constateront que ce présent estimable et glorieux à leurs yeux, sera le passé ringard de demain.

Notre syndicat a été reçu avec bienveillance, mais pour certains de nos confrères, l'avenir du SFCD est dans son intégration dans leurs propres instances syndicales qui, d'après eux, sauront bien mieux nous représenter et nous « protéger ».

Nous sommes convoitées. Nous laisserons nous « phagocyter » ? Ou bien continuerons nous à conjuguer nos talents en toute complémentarité et indépendance ?

Karin van Garderen



Le LMD (Licence Master Doctorat) : nouveau découpage des études

Dans le cadre de l'harmonisation des cursus d'enseignement supérieur européens, le cursus universitaire français s'organise désormais autour de trois diplômes : la licence, le master et le doctorat. Cette nouvelle organisation, dite « L.M.D. », permet d'accroître la mobilité des étudiants européens, la mobilité entre disciplines et entre formations professionnelles et générales.

Le découpage en semestre

Les formations universitaires sont désormais organisées en semestres. L'année universitaire en France se décompose en deux semestres qui se répartissent ainsi :

- premier semestre : de début octobre à fin janvier
- second semestre : de début février à fin mai

Le découpage en crédits capitalisables et transférables

Chaque semestre d'études est affecté de 30 crédits, communs à de nombreux pays européens, par exemple en licence, 6 semestres validés soit au total 180 crédits ; en master 4 semestres validés soit au total 300 crédits. Chaque enseignement du semestre reçoit un nombre de crédits proportionnel au temps que l'étudiant doit y consacrer et qui inclut le travail personnel, l'apprentissage de la méthodologie universitaire. Dans le cadre de leur contrat pédagogique, les étudiants peuvent acquérir des crédits dans un autre établissement d'enseignement supérieur, y compris à l'étranger. Les crédits sont également transférables d'un parcours à l'autre (sous réserve d'acceptation de l'équipe pédagogique). Ce parcours est ainsi moins rigide, plus personnalisé qu'auparavant et permet aux étudiants de découvrir d'autres disciplines avec le seul impératif de conserver un cursus cohérent.

Le découpage en trois degrés de diplômes

La licence : qui se prépare en six semestres. Elle se substitue à l'ancien diplôme d'études universitaires générales (D.E.U.G.) en deux ans suivi de la licence en un an.

Le master : à l'issue de la nouvelle licence ou de la licence professionnelle, les étudiants peuvent préparer un Master recherche ou un Master professionnel, se substituant respectivement à l'actuelle maîtrise en un an suivie du DEA et du DESS. Ce nouveau diplôme de Master se prépare en quatre semestres (il correspond à un diplôme bac + 5 années d'études).

Le doctorat : à l'issue d'un Master recherche, les étudiants peuvent s'inscrire en vue de préparer un doctorat. Les étudiants titulaires d'un Master professionnel doivent bénéficier d'une dérogation pour poursuivre en doctorat. Le doctorat se prépare en six semestres (il correspond à un diplôme bac + 8 années d'études).

Quasiment tous les anciens diplômes sont appelés à trouver leur place dans la nouvelle architecture au travers de nouveaux parcours.

Concernant celui de chirurgien dentiste, plusieurs options sont à l'étude, quant au découpage en degrés, mais aussi concernant la maquette du contenu de chacun de ces degrés. En effet, il semble qu'il soit question, à l'heure actuelle de former un tronc commun pour les médecins, kinés, sage-femmes et chirurgiens dentistes.

Congrès

2ADF, Aix-en-Provence, 16 juin

Le premier congrès organisé par l'2ADF (Association des Assistantes Dentaires de France) s'est déroulé le samedi 16 juin 2007, sous le soleil de la très belle campagne aixoise.

Le SFCD était représenté par sa Présidente Béatrice Gadrey accompagnée de son assistante Régine Tomasi. De nombreuses assistantes se sont rendues à cette journée de formation, accompagnées pour quelques unes par leur employeur.

Le programme de formation était chargé mais le déjeuner a donné aux participantes un temps de dialogue appréciable.

Les principaux thèmes abordés concernaient l'hygiène et la prévention avec la participation d'intervenants extérieurs; restait présent au cœur des débats le rôle interactif de l'équipe soignante constituée par le chirurgien-den-

tiste, l'assistante dentaire et aussi les relations avec le prothésiste.

La journée s'est terminée sur une présentation captivante de soins appliqués en milieu hospitalier à des enfants difficiles (utilisant le mélange protoxyde d'azote/oxygène et des techniques d'hypnose conversationnelle, (cf page 35).

Cela a fait ressortir l'aspect humain du métier d'assistante, clé de voûte du bon fonctionnement d'un cabinet devant répondre aux exigences et bien souvent au stress des patients et du praticien.

Un seul regret : tout le monde a dû se quitter un peu précipitamment et le temps a manqué pour faire le bilan.

Béatrice Gadrey

<http://2adf.free.fr>

FDI, Dubaï du 24 au 27 octobre

Les dentistes du monde entier se sont retrouvées cette année à DUBAI pour leur congrès annuel qui s'est tenu du 24 au 27 octobre, congrès organisé par la Fédération Dentaire Internationale et présidé par Michèle AERDEN.

Qu'est ce que la Fédération Dentaire Internationale ?

Fondée le 15 Août 1900 à PARIS lors du troisième congrès dentaire mondial à l'initiative du Dr GODON, doyen de l'école dentaire de Paris; elle regroupe aujourd'hui plus de 150 associations nationales, membres représentant environ 70000 chirurgiens dentistes de tous les pays du monde.

La FDI est donc une fédération d'associations dentaires nationales dont le rôle est d'être un lieu de rencontre pour l'odontologie mondiale. Elle se donne missions et objectifs clairement définis dans les statuts.

Quatre missions principales :

- être la voix de l'odontologie; indépendante de la profession dentaire
- promouvoir une santé générale et bucco-dentaire optimale pour tous les peuples
- promouvoir l'intérêt des associations

membres et de leurs membres.

- faire progresser et promouvoir l'art de la science et la pratique de l'odontologie

Les buts de la FDI sont de représenter la profession odonto-stomatologique internationale, indépendante de toute idéologie par l'organisation d'un congrès annuel, encourager des programmes internationaux susceptibles de favoriser les progrès de la science et de l'art dentaire et de promouvoir l'état de la profession dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire et générale de tous les peuples.

Trois publications témoignent de ses actions :

- INTERNATIONAL DENTAL JOURNAL est la principale : cette revue de contenu scientifique se veut clinique. Elle paraît six fois par an et parfois plus en fonction de l'intérêt des sujets développés.
- DEVELOPIN DENTISTRY, voix mondiale de la santé bucco-dentaire et du développement dans ce domaine.
- Le communiqué de FERNEY qui est un bulletin de liaison régulier entre les associations membres, politiques et autres instances internationales.

Tout le monde peut consulter son site internet qui est le second site dentaire le plus visité



Congrès ADF 2007

Du 20 au 24 novembre au Palais des Congrès de Paris, sur le thème «Connaissances et compétences»

(L'exposition ouvrira ses portes le 21 novembre)

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

- sur son Stand :
du 20 au 24 novembre 2007
au 1^{er} Etage du Palais des Congrès, dans le pavillon ADF
- au cours du Forum N° 3 :
« nouvelle convention, nomenclature des actes professionnels, code de la santé, code de la sécurité sociale »,
co-animé par Isabelle Marceau Mary
jeudi 22 novembre de 10h00 à 11h30
- au cours de notre Assemblée Générale :
le vendredi 23 novembre 2007 à partir de 12h00
en salle 313-314 du Palais des Congrès, 3^{ème} Etage, côté Neuilly.

du web. Le thème du congrès cette année est «La diversité dentaire dans le monde de demain »

La présidence assurée par Michèle AERDEN nous invite particulièrement, nous femmes chirurgiens dentistes, spécialistes ou non, à participer à cette ouverture sur le monde.

Dans les pays de l'Est, 80% des dentistes sont des femmes. En Europe et partout, les proportions augmentent selon le constat de la WOMEN DENTIST WORLD WIDE, adhérente de la FDI.

DUBAI est symbolique pour nous Européennes, mais peut être avons-nous quelques préjugés ?

Les femmes travaillent activement à la santé bucco-dentaire mondiale, elles doivent être représentées et prendre la place qui leur est due.

Evelyne Peyrouly

L'année 2007 voit la fin du mandat de Michèle Aerden à la présidence de la FDI. Nous tenons à saluer ici le travail accompli sous cette présidence. Elle a tenu à ne pas faire de la figuration à ce poste et l'on peut dire qu'elle a atteint ses objectifs : la FDI sort grandie de cette période avec Michèle Aerden à sa tête.

Le SFCD

Assurance

La couverture maladie professionnelle des chirurgiens dentistes

En tant que praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés, les chirurgiens dentistes relèvent du régime d'assurance maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (ou régime des P.A.M.C. de la CNAM) s'ils remplissent la double condition d'exercer une activité professionnelle non salariée depuis au moins un mois **et** dans le cadre d'une convention.

Ils sont donc affiliés à la caisse d'Assurance Maladie dont dépend leur lieu d'exercice. Ils bénéficient :

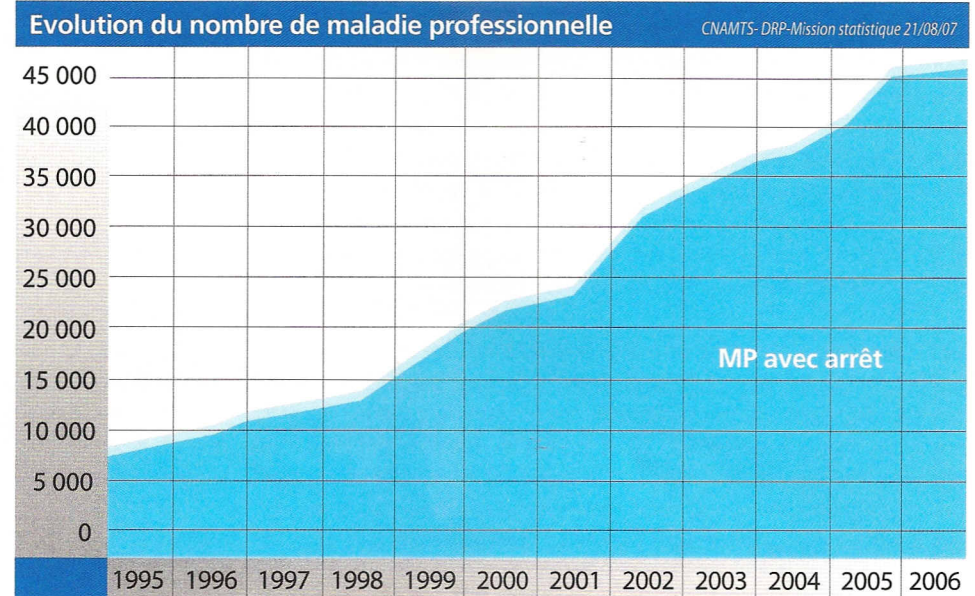
- du remboursement de leurs soins dans la limite du régime obligatoire ;
- du versement d'indemnités ou d'allocations en cas de congé maternité, paternité ou d'adoption (cf plaquette SFCD sur la couverture maternité ou adoption)
- du capital décès.

Mais, dans le même temps, **ce régime exclu** le droit à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, aux prestations des assurances invalidité et accident du travail. Le P.A.M.C ne couvre pas le risque accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP).

Les personnes protégées du risque accident du travail-maladie professionnelle sont **toutes les personnes salariées ou travaillant**, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, et ce, dès leur embauche.

Enfin, l'assurance volontaire accorde aux personnes non couvertes par le système protecteur de la législation professionnelle la possibilité de s'assurer volontairement contre le risque des AT-MP.

La législation accorde alors aux personnes et organismes qui ne sont pas obligatoirement assujetties à la législation des accidents du travail **la faculté de s'assurer volontairement en souscrivant une assurance**. Ces derniers doivent alors adresser leur demande à leur caisse d'Assurance Maladie. La demande doit être accompagnée d'un extrait d'acte de naissance. Elles doivent indiquer le salaire annuel qui servira de base au calcul des cotisations et des prestations. Après vérification



de la situation de l'assuré, la caisse primaire notifiera sa décision à l'assuré. Les cotisations doivent être versées à l'URSSAF dans les 15 premiers jours de chaque trimestre pour le trimestre précédent. Les droits de l'assuré ne prennent effet qu'après acquittement des cotisations.

Peuvent ainsi bénéficier d'une assurance volontaire individuelle : les commerçants, les artisans, les industriels, les chauffeurs de taxi, les sportifs non professionnels, les agents, courtiers, voyageurs, mandataires patentés, les mères de famille, les maîtresses de maison, les travailleurs occasionnels de courte durée, les créateurs d'entreprise, les salariés exerçant à titre indépendant ou à titre bénévole pour un particulier et les professions libérales. **A ce titre, elle est donc ouverte aux chirurgiens dentistes.**

Attention cependant, cette assurance volontaire ouvre droit aux prestations et indemnités prévues par la législation des accidents du travail, à l'exception de l'indemnité journalière.

Ce thème de la couverture de la maladie professionnelle fait partie des axes de travail de la commission prévoyance de l'ADF, à laquelle participent deux des représentantes du SFCD les Dr Marie Brassat et Marie Louise

Le Dréau Lahais. Nous ne manquerons pas de vous retransmettre les résultats de leur travaux dans nos publications.

Sylvie Ratier

Sources :

www.risquesprofessionnels.ameli.fr et ameli.fr

La revalorisation du C

Problèmes conventionnels ?

La consultation des médecins est à 22 euros depuis cet été sans que la notre n'est bougée malgré la même lettre clé !

Nous avons déjà rencontré cette anomalie mais nous nous en pensions à présent à l'abri avec la nouvelle convention et le respect des engagements de la profession.

Visiblement ce n'est pas le cas et nous devons encore nous battre pour faire appliquer une évidence !!

Pourquoi ?

Pourquoi les femmes ont-elles été ignorées lors du dernier vote du comité directeur de l'ADF, place qu'elles occupaient depuis la création de cet organisme en 1970 ?

Il paraîtrait que nous ayons tout simplement été oubliées dans la "mêlée" du vote final. Et voilà, c'est dit, nous existons, mais nous existons dans une entité générale qu'ils dirigent.

Nous n'avons pas le droit d'être avec nos valeurs, notre manière de fonctionner et nos emplois du temps plus chargés (personnel et professionnel). Ils ne comprennent pas que nous puissions tout simplement partager notre expérience et nos parcours de vie. Bien sûr, de nombreuses femmes s'investissent ailleurs, nous saluons leur travail et leur efficacité, mais nous avons choisi de nous regrouper pour travailler dans l'intérêt de notre profession avec notre spécificité de femme.

Le SFCD existe depuis 1935, nous avons été toujours présentes et représentées jusqu'à aujourd'hui dans cette instance.

Cet accident politique pose une question de fond qui est la place des femmes Chirurgien-dentiste. Nous avons tellement peu d'importance pour ces dirigeants qu'on nous oublie consciemment ou non. Ce vote dénote un manque de respect pour toutes les femmes qui leur font confiance. Nous ne demandons pas la parité (et encore, nous le pourrions !) nous voulons simplement conserver la reconnaissance de nos pairs qui n'avait jamais été remise en cause depuis 37 ans.



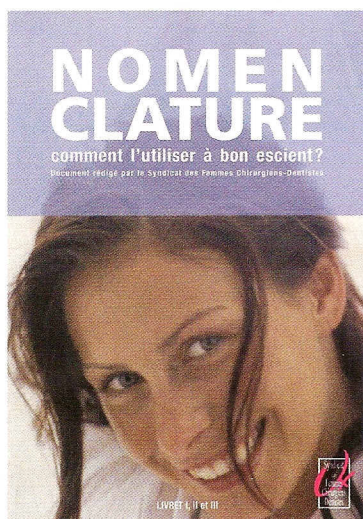
Le nombre fait la force.

Pour être membre d'office du comité directeur, il faut avoir un nombre d'adhérentes de plus de 2001 ; c'est possible, nous sommes plus de 14 000 femmes chirurgiens dentistes.

Pour éviter qu'à l'avenir, une telle erreur ne se reproduise, rejoignez-nous et votre voix sera entendue sans combat et naturellement, parce que nous sommes nombreuses et que nous le ferons savoir grâce à un organisme distinct et identifiable : le SFCD

Isabelle Marceau

Livret nomenclature du SFCD



Lors du forum de l'ADF en 2005 sur la nomenclature, il nous a paru évident qu'une connaissance approfondie de celle-ci s'imposait. C'était le « flou artistique » : nous praticiens, devons respecter une NGAP, qui sur certains points, était susceptible d'interprétations ! Cela revenait à « jouer sans en connaître les règles du jeu » !

Une réunion syndicale a donc été programmée en région Centre au mois d'avril 2006 dont le thème était "bien comprendre la nomenclature, comment l'utiliser à bon escient".

Pour étayer cette réunion, nous avons décidé de reprendre la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) point par point. Nous avons listé dans un premier temps les questions qui nous posaient problème et appelaient les réponses des autorités compétentes de la CPAM. Nous avons donc pris rendez-vous avec le service médical de la caisse et avons travaillé conjointement avec des chirurgiens-dentistes conseils de la région Centre. Après un travail d'équipe de plusieurs mois, nous avons pu présenter lors de notre réunion ce livret. Il a été mis à jour au mois d'août 2006 pour être en adéquation avec la nouvelle convention.

Dans le cadre de réunions régionales, du mois de septembre 2006 au mois de décembre 2006, ce livret a été lu par des Dentistes Conseils de régions différentes. Tous rendent hommage au travail accompli. Cependant quelques articles posent une différence

d'interprétation. D'autres lectures mettront certainement en exergue de nouvelles dissensions.

Un arbitrage du Pôle Nomenclature s'impose. Cette nomenclature commentée a été adressée au Directeur Délégué à la gestion et l'Organisation des Soins, au Responsable du Département des Actes médicaux et à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Nous avons demandé des éclaircissements sur les points répertoriés et une lecture approfondie du livret. La validation de ce travail par de nombreux chirurgiens dentistes conseils nous permet d'avoir un document de référence pour exercer en conformité avec la nomenclature. Il constitue une aide précieuse pour notre exercice au quotidien.

Dans un état de droit il est souhaitable, si ce n'est indispensable, d'avoir la même loi pour tous : patient, praticien et sécurité sociale.

Pour vous procurer ce livret : sur notre stand au cours du congrès de l'ADF ou en téléchargeant le bon de commande depuis notre site Internet : sfcd.fr

«Vous êtes de plus en plus nombreuses à choisir cette passionnante profession de chirurgien dentiste (57% d'étudiantes dans les facultés en 2007) mais la représentativité des femmes dans les instances professionnelles n'évolue guère! Adhérer aujourd'hui au Syndicat des Femmes Chirurgiens Dentistes c'est participer à l'avenir de votre profession. C'est vous permettre d'être entendues, reconnues et soutenues en tant que femmes chirurgiens dentistes dans un système de santé en pleine mutation. La mission du SFCD est de vous représenter et de vous défendre auprès des autorités compétentes. C'est aussi réfléchir ensemble, proposer de nouvelles perspectives afin d'accompagner les évolutions imposées à notre profession, imaginer des solutions pour optimiser votre exercice, mais aussi vous permettre de gérer au mieux vie professionnelle et vie familiale. Depuis sa création en 1935, le SFCD a permis de nombreux acquis dans les domaines de la formation, de la couverture maternité, de la retraite, il reste beaucoup à faire, **ensemble**»

participez
à l'avenir
de notre
profession

adhérer, c'est facile

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

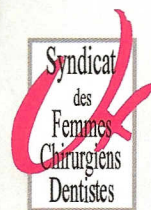
Si vous hésitez et souhaitez mieux nous connaître, contactez-nous au :

05 34 36 40 44

bulletin d'adhésion

le SFCD vous offre

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



BULLETIN D'ADHESION au SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES 2008

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code Postal : _____
Tél : _____ Fax : _____ E-mail : _____
Année de diplôme : _____ 1^e année d'exercice : _____ Mode d'exercice : _____

A compléter et à retourner avant le 31 mars 2008 avec votre règlement de :

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

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

National

Des rencontres et du travail

Séminaire SFCD 2007 : Thème les assistantes dentaires

**Aix en Provence,
les 23 et 24, 25, 26 mars 2007**

Il réunissait dans le cadre splendide du Domaine de Pont Royal, près d'Aix En Provence, 12 membres du SFCD et avait convié, pour sa première journée de réflexion sur le sujet Kathy Denys ainsi que 3 représentantes de l'Association 2adf : Claude Guiot, Nadine Ayme, Aurélie Dillies

Historiquement, le métier d'assistante dentaire a permis de faire évoluer le personnel en place dans les cabinets dentaires par le biais du dispositif de la formation continue. L'obligation pour les chirurgiens dentistes d'engager du personnel qualifié ne s'est pas accompagnée de la mise en place d'une formation initiale d'assistante dentaire. Les chirurgiens dentistes ont alors dû assumer la formation

de leur personnel. Le métier d'assistante dentaire est une des rares professions pour laquelle il faut trouver un employeur avant d'accéder à la formation. Les centres d'orientation ne peuvent donc pas diriger les élèves vers cette profession.

Aujourd'hui, le contrat de professionnalisation entraîne un engagement de 18 mois entre le praticien, l'assistante dentaire stagiaire et le centre de formation. Dès le départ, l'embauche du stagiaire est obligatoire (CDD, CDI, Contrat de formation). Il n'y a pas d'autre alternative car il n'existe pas d'accès direct à une formation initiale. Cette situation aboutit à une difficulté d'embauche. (33% des praticiens n'ont pas d'assistante dentaire⁽¹⁾). Les chirurgiens dentistes employeurs financent, seuls, cette formation professionnelle, par le

biais des cotisations obligatoires de formation professionnelle (collectées par AGRR pour l'OPCA), normalement prévue pour la formation continue.

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

L'ensemble de la profession dentaire gagnerait à la création d'une véritable formation initiale d'assistante dentaire parallèlement à la formation continue professionnelle existante.

La formation initiale, complétée d'une véritable formation continue, permettrait une meilleure valorisation du métier.

Journées des cadres SFCD 2007

Communication et Dossiers

Paris, 12 et 13 octobre 2007

Comme chaque année à l'automne, le SFCD réunit ses cadres pour deux journées :

une pour parfaire les méthodes et techniques de communication : cette année, nous avons eu le plaisir de recevoir Marie José Ausonne qui a animé l'intervention « **Bien se connaître pour mieux gérer** » ; et une seconde consacrée au bilan de l'année qui s'achève et à la préparation des dossiers pour l'année à venir : démographie, accès aux soins, modes d'exercice,... seront au cœur des préoccupations 2008.

Deux journées marquées par la convivialité et l'efficacité pour permettre au SFCD de continuer son travail en faveur de la profession toute entière et d'accompagnement au quotidien de ses adhérentes.

Calendrier SFCD 2007

SFCD

- **Bureau :**
9 janvier, 4 février, 23 avril, 5 juin, 16 juillet, 3 septembre, 2 octobre, 13 novembre, 18 décembre.
- **Conseil d'administration :**
23 mars et 23 novembre.
- **Assemblée Générale :** 23 novembre.
- **Séminaire de printemps :**
24, 25 et 26 mars.
- **Journée des cadres d'automne :**
12 et 13 octobre.

ADF

- **Conseil d'Administration :** 15 juin.
- **Assemblée Générale :** 14 juin.
- **Séminaire ADF Marne La Vallée :**
28 et 29 septembre.
- **Congrès ADF :**
21, 22, 23 et 24 novembre.
- **Forum ADF « Nomenclature » :**
22 novembre.

Commissions

- Formation continue : 12 juillet, 25 octobre
- Informatique : avril et octobre
- Prévoyance : 6 juin, 13 septembre, 13 décembre

- Information : Mars, juin, octobre
- Des statuts : 14 septembre
- Des congrès : 28 juin

FIF-PL (participation aux réunions des commissions pour les Chirurgiens Dentistes et de la Section Santé) :

1 février : matin commission des CD, après midi S Santé, **22 mars :** matin commission des CD, **12 avril :** matin commission des CD, après midi S Santé, **24 mai :** matin commission des CD, **28 juin :** matin commission des CD, après midi S Santé, **6 septembre :** matin commission des Cd, après midi S Santé, **11 octobre :** matin commission des CD, les **18 19 20 octobre :** conseil de gestion, **15 novembre :** matin commission des CD, **20 décembre :** matin commission des CD

- **UNAPL :** séminaire 13 au 15 septembre
- **Séminaire CNSD :** 18 et 19 septembre
- **Congrès 2ADF Aix en Provence :**
16 juin
- **Congrès FDI Dubaï :**
24 au 27 octobre.

Régions

De la proximité et l'efficacité



Région Aquitaine

Notre dernière réunion a eu lieu au mois de décembre 2006. Les sujets retenus : « La Nomenclature Générale des Actes Professionnels et le Contrôle d'Activité » ont suscité un grand intérêt parmi nos consœurs puisque nous étions plus de 50 participantes. Nous remercions encore le Docteur Françoise Georges, dentiste conseil à la MSA pour son aimable participation aux questions diverses sur l'application de notre nomenclature. L'après-midi, Sylvie Ratier, juriste de notre syndicat nous a donné, avec toute la compétence que nous lui connaissons, les informations nécessaires à la bonne tenue du dossier patient et nous a remis une plaquette sur le déroulement d'un contrôle d'activité..

Présence de la région Aquitaine au séminaire du SFCD du mois de mars avec pour thème « Les Assistantes Dentaires », au séminaire triennal de l'ADF au mois de septembre (thème : chirurgien-dentiste, de la formation au métier), aux journées des cadres du mois d'octobre .

Présence du SFCD en la personne de sa présidente aux commissions informatiques de l'ADF en avril et octobre.

Nous envisageons une réunion de formation en Dordogne, à Périgueux le Lundi 3 décembre sur le thème de la nomenclature et de la prévention des contrôles.

Région Nord

Depuis la création du bureau Nord en mai 2006, nous avons organisé diverses rencontres, le but étant à chaque fois de créer une convivialité, de faire connaître le SFCD et d'avoir un sujet de formation.

Trois rencontres ont eu lieu avec le Dr Laforet, chirurgien dentiste chargé de mission sur le plan régional. Nous avons travaillé la nomen-

clature en utilisant, le pré document du SFCD de la région centre avec les documents de la CRAM.

Le Dr Laforet a bien voulu travailler avec une assistance presque entièrement féminine. C'est parfois avec peine qu'il pouvait reprendre la parole ! Nous avons eu 70 chirurgiens dentistes pour nos rencontres qui se sont déroulées, soit le soir, soit durant l'après midi. Nous avons décentralisé nos réunions en allant d'abord sur Arras, puis Boulogne sur mer et enfin Lille. Si Joël Laforet est d'accord, nous essayerons cette année de travailler avec la région de Dunkerque et celle de Valenciennes.

Avec le SFCD et Sylvie Ratier, une journée régionale a eu lieu à Lille. Toutes les consœurs du Nord Pas de Calais y ont été conviées. Les 30 participantes ont été accueillies gracieusement à la BSD Lille où nous avons travaillé la traçabilité et les protocoles d'hygiène.

Pour 2007-2008, nous aimerions réunir toutes les consœurs adhérentes au syndicat de la région afin de nous connaître et d'éventuellement rencontrer à cette occasion Michele Aerden, présidente de la FDI. Il est proposé aussi d'organiser des rencontres locales autour de problématiques à définir. Une demande de formation basique existe : autre que implantaire!!

J'en profite pour remercier les membres du bureau : Brigitte, Sophie, Cécile et Patricia. D'autres peuvent nous rejoindre, bien entendu.

Région Bretagne

En cette année de 2ème présidence du SFCD Bretagne, Stéphanie a réuni notre bureau lors de 3 soirées de préparation afin d'établir le calendrier des rencontres et de leurs thèmes proposés aux syndiquées .

Le 19 avril 2007 à Auray, a été organisé une soirée avec des orthodontistes afin de réflé-

chir ensemble sur les urgences concernant nos jeunes patients et sur les difficultés de disponibilités pour la 1ère consultation.

La journée du 18 octobre 2007 nous a informées sur la nomenclature et la traçabilité.

Et en prévision, une rencontre alliant travail et détente sera proposée à la Thalassothérapie de Carnac pour clôturer cette année 2007.

Région Centre

La région Centre a proposé à ses adhérentes le 22 février, une visite guidée du Laboratoire Pierre Fabre à Gien. La visite complète du site de production notamment de l'Eludril fut très intéressante et instructive en terme de sécurité, hygiène et traçabilité.

Puis en juin, un repas confraternel a réuni les adhérentes pour de fructueux échanges sur les préoccupations et les projets des consœurs.

Pour 2008, notre réunion d'avril aura pour thème «Le Patient» : l'accueil, le dossier, l'information, le paiement, le règlement des conflits seront abordé au cours d'une journée comme toujours conviviale.

Région Picardie

La région Picardie a encore participé, grâce à Marie Brasset, au séminaire SFCD sur le thème des assistantes dentaires. Organisation également le 28 juin 2007 sur Amiens d'une réunion autour du livret syndical sur la nomenclature où étaient présentes les habituées. A l'ordre du jour également l'évocation de l'avenir du bureau Picardie avec une rétrospective sur l'offre, il y a plusieurs années, par le président de la CNSD de la Somme de le rejoindre tout en gardant une organisation féminine. Un courant dans le courant en quelque sorte: il ouvrirait même son fichier d'adhérentes pour étoffer le mouvement féminin. Toujours beaucoup de travail au SFCD sur les thèmes

Coordonnées

Alsace-Lorraine

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-Carroquet

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

Pays de Loire

Evelyne Peyrouly

36, rue Jean-Jaurès. 49800 Prelaze

Tel : 02 41 69 06 76

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 : 02 21 28 23 41 - Fax : 02 35 60 86 51

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

Paca

Béa Gadrey

343, rue Rolland Garros. 83600 Fréjus

Tél : 04 94 51 17 87 - Fax : 04 94 17 19 37

E-mail : beagadrey@wanadoo.fr

Paris Ile-de-France

Agnès Sandeau Jorigny

75, rue Rémy Dumoncel. 77210 Avon

Tél : 01 60 72 28 47 - 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 66 92

E-mail : petit.carol@wanadoo.fr



d'actualité, avec toujours le même intérêt pour le quotidien des femmes.

Région Paris

Ile-de-France

Après une petite hibernation, pour cause d'activité surchargée dans les cabinets (et autres !!!) pour les unes et les autres, la « journée Nomenclature » a réuni en région Parisienne une vingtaine de consœurs et leurs assistantes : au programme la prévention des contrôles, animée par Sylvie Ratier notre juriste, intervention au cours de laquelle elle a rappelé des textes applicables, les obligations en matière de tenue du dossier patient ainsi que les procédures des contrôles de la Sécurité Sociale. Suivi d'un après midi sur la NGAP (Nomenclature Générale des Actes professionnels), animé par le Dr Michèle Warion, chirurgien dentiste conseil et le Dr Isabelle Marceau-Mary. Au cours d'un échange avec la salle bien animé, elles ont rappelé les termes de la NGAP et ont apporté des précisions sur les questions relatives aux cotations mal ou méconnues. En toile de fond, la non prise en charge des actes de pédodontie (cf page 35) à leur juste valeur ou encore la définition des actes Non Remboursables ont permis un débat riche et instructif pour toutes.

En attendant, nous espérons vous revoir nombreuses sur notre stand au Congrès de l'ADF.

Région Paca

Rencontre en début d'année de la nouvelle présidente le Dr Béatrice Gadrey avec le Dr Patrick Hescot, secrétaire Général de l'ADF : présentation de l'ADF en vue des élections de mars 2007. Participation du Dr Catherine Larra à la préparation du con-

grès de Marseille où le SFCD disposera d'une salle la matinée du Jeudi 13 mars 2008.

Sujet abordé : le chirurgien dentiste employeur. Organisation du séminaire annuel du SFCD à Pont-Royal, près d'Aix-en Provence du 24 au 26 mars 2007 sur le thème: « Les assistantes dentaires ». Participation au Congrès des Assistantes Dentaires à Aix-en-Provence le samedi 16 juin 2007. (cf page 13)

Participation aux Universités d'été de la CNSD aux Issambres dans le var. (cf. page 8)

Région Midi-Pyrénées

C'est avec grand plaisir que nous nous sommes retrouvées le jeudi 21 septembre, d'abord avec une après midi de formation dans les locaux de la société Microplan autour des thèmes de la décontamination, stérilisation et traçabilité, puis autour d'un repas pour une soirée plus syndicale !

Mr Prosé de chez Gamasonic nous a fait un exposé très clair sur la décontamination, préalable indispensable à une stérilisation correcte avec la présentation du concept de Gamasonic, que nous avons en démonstration. Puis le Dr Cisti, un confrère venu spécialement d'Orléans, nous a présenté son logiciel de traçabilité « Securitrace », mis au point pour répondre à ses besoins dans son cabinet, donc tout à fait adapté à notre exercice. Avec un système de vignettes et de douchettes, il permet de tracer tous les matériaux entrant dans le cabinet et utilisés sur un patient mais aussi toute la stérilisation ; il nous a paru très simple d'utilisation et très pratique, tout en répondant parfaitement au problème. Sylvie Ratier, notre juriste nous a ensuite rappelé nos obligations de traçabilité, qui vont bien au-delà des matériaux et de la stérilisation, en s'appuyant sur un document qu'elle a réalisé pour les adhérentes et qui comprend de nombreuses plaquettes SFCD.

Le Confort au cabinet dentaire, troisième partie

3

Le Confort est défini comme tout ce qui contribue au bien-être, à la commodité de la vie matérielle. Dans un cabinet dentaire, à quoi faisons nous référence lorsque nous parlons de confort ?

- Confort de qui ? du praticien, de l'assistante, du patient, ...
- Confort de quoi ? des yeux, des oreilles, de la peau, du dos, des pieds et la tête ou encore de « l'âme »,
- Confort comment ? grâce à l'espace attribué à chaque travaux, aux matériels et matériaux utilisés, à l'organisation mise en place,

Questions nombreuses et infinies ! Car, il ne faut pas omettre le fait que le confort est forcément subjectif : lié à la perception de chaque individu, donc à sa réalité, celle de son histoire dans son monde ! Partant de là, organiser le dossier de notre lettre info pour l'année 2007 autour du thème du confort n'est pas, a priori, ... chose aisée !

Nous avons tenté toutefois de mettre un peu d'organisation dans les articles proposés dans cette rubrique et avons vu ensemble :

- dans le volet de mars : **les définitions du confort**
- dans le volet de juin : **les significations du confort**
- dans ce numéro : **les représentations du confort**

Ainsi dans ce dernier volet, après nous être arrêtées quelques instants sur la représentation du confort dans le domaine de la santé, nous verrons comment les nouvelles techniques et expériences contribuent à améliorer tant le confort physique, que le confort psychique du praticien, pour le plus grand bien de nos patients.

Confort au cabinet dentaire

Confort et santé

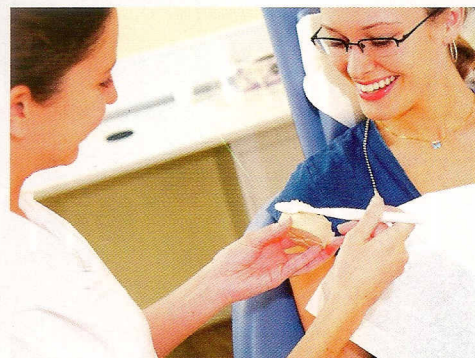
Dans nos pays occidentaux, la santé est perçue comme un bien public, l'accès aux soins est conçu comme un droit et le système de santé est soumis à des obligations de service public. L'organisation mondiale de la santé (OMS), s'appuyant sur la Déclaration universelle des droits de l'Homme, a visé à rendre ce droit d'être soigné universel.

Mais, cet objectif est encore aujourd'hui loin d'être atteint pour une majorité d'habitants de la planète. Or, dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses de santé publiques ont augmenté quasiment 2 fois plus vite que la croissance économique, tandis que les revendications des individus se décrivent plus en terme de qualité et de confort : prise en charge rapide et efficace, sans douleur et sans risque.

Condition de leur accomplissement, la santé répond alors à l'une des aspirations les plus profondes des individus. Elle constitue sur le plan économique un bien supérieur, dont le poids au sein de la consommation s'élève au fur et à mesure que le niveau de richesse collectif progresse. La définition formulée par l'OMS assimile la santé à « un état complet de bien-être physique, mental et social » mettant ainsi en évidence l'ampleur de l'enjeu.

Le sentiment qu'un développement continu des connaissances et des techniques était l'unique vecteur d'une amélioration de l'état sanitaire de la population s'est alors installé, pour tendre vers une évolution infinie, une santé toujours plus performante contre toutes les formes de maladies, accessible à tous les individus. Ou, comment passer de la lutte contre la maladie au rêve de santé totale. Toutefois, les crises sanitaires successives (affaire du sang contaminé et syndrome de Creutzfeldt Jakob principalement) ont durablement remis en cause cette confiance dans les garanties traditionnelles de qualité des soins. Dès lors, patients et pouvoirs publics se sont interrogés sur les compétences des professionnels de santé confrontés à l'inflation des connaissances médicales et exigent désormais une prise en charge globale tournée vers la prévention, sans réellement y consacrer les moyens nécessaires : les dépenses de santé ont explosé.

Confrontés à des difficultés croissantes de financement, les organismes chargés de la régulation des systèmes de santé se sont parallèlement saisis de la promotion de la qualité, mais pour en constituer un moyen de favoriser l'adéquation des soins aux besoins des mala-



des au meilleur coût. Or, la réflexion sur la qualité en santé ne peut se limiter à l'examen de la seule qualité des pratiques.

L'accès à une structure et à un mode de prise en charge adéquat, en terme de compétences, et d'efficacité, bien sûr, mais aussi de rapidité et de proximité constituent autant de paramètres directs de l'évaluation de la qualité des soins : se pose ici la question des équipes médicales et de la conjugaison de leurs compétences et moyens techniques confronté à leur répartition homogène sur le territoire. Si la sécurité est aujourd'hui érigée en objectif ultime, il n'en demeure pas moins qu'elle reste un paramètre incontournable de la qualité des soins actuels : tendre vers le risque zéro constitue le défi majeur de tous les acteurs de santé actuels. La coordination de l'intervention des professionnels pour une prise en charge globale et individualisée, rationalisée est ensuite tout autant primordiale, tout comme la volonté de donner au patient l'information nécessaire pour lui permettre de jouer un rôle d'évaluateur responsable dans son parcours de soins.

De la santé non-maladie à la santé bien-être, ou du « survivre » au « bien vivre », l'émergence d'une nouvelle santé a bouleversé la limite santé/confort : une santé préventive et globale avec le patient placé au cœur du système, patient acteur et consommateur d'un système qu'il ne maîtrise pas. Dès lors, où se situe le confort en santé ?

Sylvie Ratier

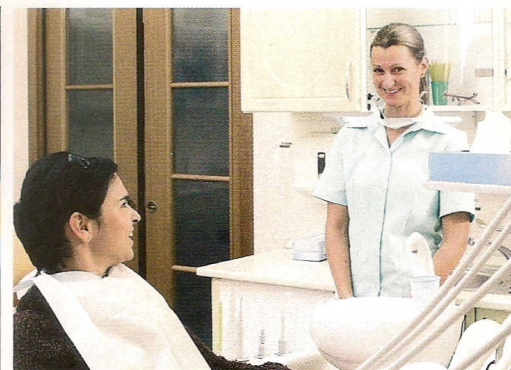
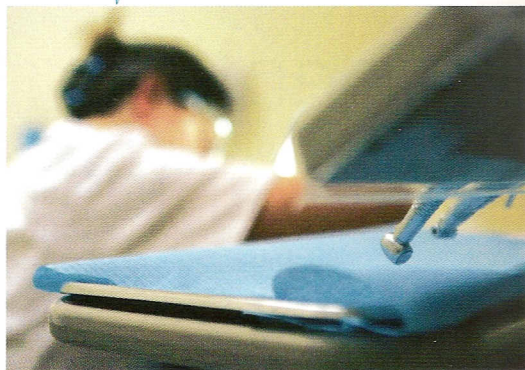
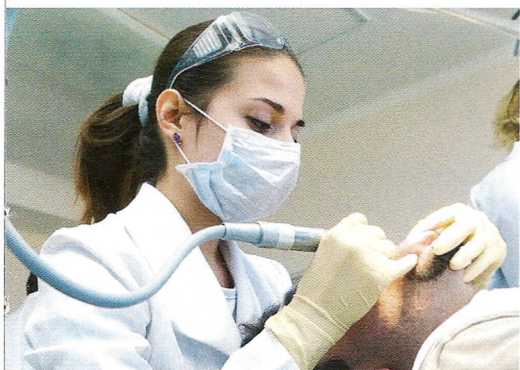
Pour aller plus loin :

- **Le bonheur paradoxal : essai sur la société d'hyperconsommation, Gilles Lipovetsky, Editions Gallimard, 2006**
- **Le désir de santé, C. Thomassin et J. Gilibert, Editions d'Organisation, 2007**

Confort au cabinet dentaire Ergonomie

*L'ergonomie ne se résume pas
à placer le fauteuil dentaire
dans la pièce en fonction
de la lumière du jour,
du praticien gaucher...*

*L'homme ne s'adapte pas
à la machine,
sans souffrance.*



ERGONOMIE nom féminin.

ERGONOMIE étymologiquement : du grec ERGON (travail) et NOMOS (règle, loi naturelle) est une « science de l'évaluation et de la modification des postes de travail dans le but de les adapter aux caractéristiques physiologiques et psychologiques de la personne ».

« L'ergonomie étudie l'activité de travail afin de mieux contribuer à la conception de moyens de travail adaptés aux caractéristiques physiologiques et psychologiques de l'être humain, avec des critères de santé et d'efficacité économique ».

D'autres définitions de l'ergonomie ont été données au fil du temps.

A mon avis, l'ergonomie au cabinet dentaire peut être abordée d'une façon particulière lorsque nous sommes les décideurs de notre cabinet.

Le patient est mis au centre du soin, mais l'équipe soignante reste au cœur du cabinet. Les moyens mis en œuvre doivent être au service de l'être humain et non une contrainte. L'ergonomie est donc la discipline scientifique qui étudie cette relation entre l'acteur humain et les moyens matériels pour aboutir au soin.

L'ergonomie prend 3 aspects.

L'ergonomie dans l'espace :

- celle qui va étudier les locaux dans son ensemble, les adapter à notre exercice en respectant les contraintes ou normes en vigueur.
- celle qui va étudier les chemins entre les différentes pièces du local professionnel, limitant les pas inutiles mais en donnant une facilité de déplacements entre les pièces (par un couloir, une porte ..)
- celle qui étudie les pièces une par une : les déplacements dans la pièce et les déplacements autour des postes de travail

- celle qui étudie le poste de travail pour qu'il soit le plus économe possible de déplacements et de geste répétitifs.

Cette étude dans l'espace repose sur des données dimensionnelles et de faisabilité. Elle peut aboutir à des solutions différentes et il faudra privilégier la solution la plus économe de fatigue pour améliorer l'efficacité et le bien être au travail.

L'ergonomie dans le temps :

- celle qui va étudier la fréquence d'une certaine tâche et diminuer sa pénibilité, placer en avant un produit utilisé en permanence, en privilégiant un matériau non salissant ou au nettoyage facile, mais aussi la mise en place de protocole... Plus une tâche est répétitive, plus elle doit être facilitée.
- celle qui va étudier l'usure, la dégradation d'un lieu d'un local d'un matériel, des matériaux utilisés... Plus on utilise, plus la qualité doit être adaptée.
- celle qui étudie la pénibilité d'une tâche dans le temps : mettre à portée de main pour éviter de lever le bras. Utiliser de l'eau adoucie moins agressive pour le lavage fréquent des mains,...
- celle qui étudie la sécurité du travail (questionnaire médical du patient, fichier patient, mise en place de mesure de sécurité...), protocoles...
- celle qui étudie la mémoire, la fiabilité humaine...
- celle qui prévoit une évolution dans le matériel, le travail, les protocoles...

L'ergonomie dans l'organisation :

- celle qui étudie le déroulement de la journée, les horaires de travail, les vacances, le besoin de pause pour l'équipe soignante,...

- celle qui étudie le travail d'équipe, la communication, la gestion des ressources du collectif (qui a le plus de facilité pour assurer une tâche donnée...)
- celle qui étudie la conception du travail, le suivi d'actes différents ou identiques...
- celle qui étudie l'adaptation de nouvelles techniques, réglementations...

Une conception ergonomique d'un cabinet dentaire est basée sur la connaissance du chirurgien dentiste et de son travail ; il faut à chaque fois faire une analyse pertinente de sa situation au travail, en étudiant les facteurs humains par rapport à tout ce qui l'entoure. Cette analyse sera faite dans le but d'améliorer le bien être humain et l'efficacité globale du système.

Le cabinet ergonomique standard ne peut donc pas exister car chaque chirurgien dentiste, en tant qu'être humain, est unique. De plus le cabinet ergonomique est évolutif car le praticien aura au cours de sa carrière une approche différente de son travail.

Les praticiens de l'ergonomie, les ergonomes, contribuent à la planification, la conception et l'évaluation des tâches, des emplois, des produits, des organisations, des environnements et des systèmes en vue de les rendre compatibles avec les besoins, les capacités et les limites des personnes.

Et pour ne pas avoir à recourir à des ergothérapeutes, des médecins anti-stress ou des avocats...

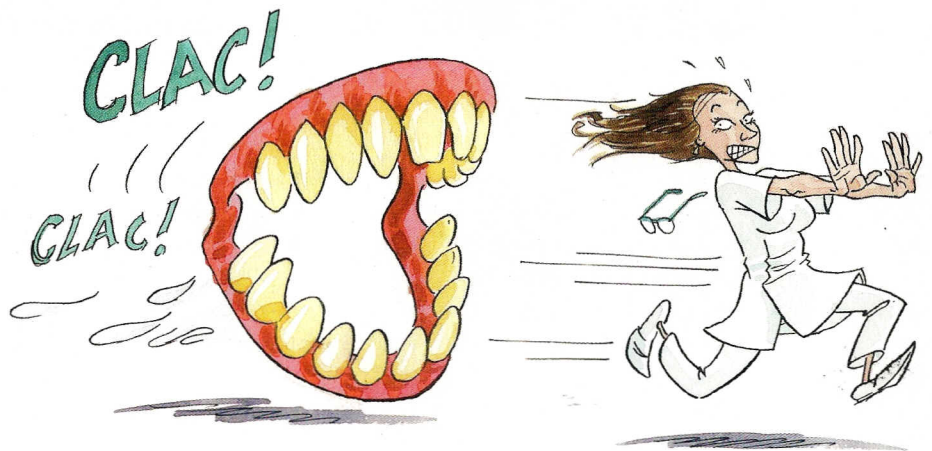
Marie Brassat

Confort au cabinet dentaire

« Le voyage en dentisterie ne convient pas aux faibles d'esprit¹ »

Il s'avère que la dentisterie est une profession extrêmement stressante. L'environnement physique et humain et les conditions d'exercice du chirurgien-dentiste présentent des caractéristiques particulières : unité de lieu, position statique, champ d'action réduit, travail minutieux, l'ambiance psycho sensorielle plus ou moins nocive, intervention sur un patient anxieux, intensité, rythme et longues durées de travail... Tous ces facteurs surajoutés les uns aux autres provoquent, par les difficultés d'adaptation qu'ils supposent, une anxiété importante chez le praticien.

Le contact étroit avec les patients provoque un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une réduction des réalisations personnelles, ce qui constitue le « burn-out syndrome » ou syndrome d'épuisement professionnel. L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique. La fatigue, le sentiment d'être vidé n'est pas ou peu amélioré par le repos. Cette fatigue émotionnelle peut occasionner des explosions émotionnelles comme des crises d'énervement et de colère, mais aussi des difficultés cognitives à se concentrer se marquant par des oublis de réponses à des demandes même anodines. L'émotion risque d'être déniée et déviée par des comportements de contrôle, ainsi l'épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'une distanciation par rapport au patient et à l'assistante. La dépersonnalisation, déshumanisation de la relation à l'autre est le noyau dur du syndrome marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Cette diminution de l'accomplissement personnel est douloureusement vécue et s'exprime par un sentiment de ne plus être efficace, de ne plus faire du bon travail et d'être frustré par rapport au sens que l'on donnait à son métier. Ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation. Les conséquences sont variées et variables : absentéisme, fuite du travail, projet de changer de métier, la réaction la plus fréquente étant au contraire l'hyper-activisme, le praticien prolonge son temps de travail mais sa rentabilité et son efficacité ont diminuées.



En outre, le caractère de chacun contribue à cet épuisement nerveux, bien que le stress serait enraciné dans la pratique dentaire, chacun y réagit à sa manière. En effet, la personnalité d'un individu peut expliquer sa réaction au stress. Selon certains travaux de recherche, il se pourrait que les caractéristiques propres à de nombreux dentistes soient une écoute et des soins inadéquats pendant l'enfance, d'où l'apparition à l'âge adulte d'un manque de confiance en soi et d'un grand besoin de reconnaissance. Ainsi, le perfectionnisme et un comportement obsessionnel sont des traits de caractère retrouvés chez les personnes atteintes d'épuisement émotionnel.

Or, la plupart des praticiens refusent d'admettre qu'ils sont victimes d'épuisement professionnel ou banalisent ce genre de suggestion, peut-être pour tenter de masquer leur vulnérabilité et de continuer à faire croire à tort qu'ils maîtrisent la situation. Mais il semble que les dentistes qui s'obligent à travailler de façon obsessionnelle finissent par ne pas voir plus loin que les murs de leurs cabinets. Se sentant coupables de prendre des vacances et s'inquiétant d'une éventuelle baisse de productivité, ils ne s'autorisent aucun loisir, pourtant bien nécessaire.

Il existe plusieurs remèdes bien établis contre le stress : gestion du temps, travail d'équipe, bonne gestion du cabinet, planification adéquate des traitements, formation continue, vacances fréquentes, bonne communication entre les

patients et le personnel, image positive de soi, poursuite d'autres intérêts, recentrage des intérêts. Toutefois, le soulagement passe tout d'abord par la reconnaissance de gérer quotidiennement et sans relâche le stress. Admettre le stress quand il est là, exploiter ses forces, ses intérêts, lâcher la bride à une volonté de contrôle, travailler en équipe, communiquer, déléguer.

Le voyage en dentisterie n'est pas de tout repos, il nécessite une attention constante. Les dégâts peuvent être considérables et affecter aussi bien le corps que l'esprit.

Valérie-Anne Dimet

(1) Docteur Botchway,
université de l'Alberta, Canada

L'Association d'Aide Professionnelle aux médecins libéraux, l'AAPml, ouvre sa ligne aux chirurgiens dentistes. Il s'agit d'un numéro vert pour répondre 24h sur 24 aux praticiens en situation de stress, de surmenage. Il s'agit du 0826 004 580.

Assistantes dentaires

La VAE enfin accessible

Les dispositions relatives à la validation des acquis de l'expérience (VAE), figurant dans la loi de modernisation sociale du 17/01/02, modifient le dispositif préexistant sur la validation des acquis professionnels (VAP).

Désormais, toute personne engagée dans la vie active peut obtenir un diplôme ou un titre à finalité professionnelle ou encore un certificat de qualification répertorié par une branche professionnelle, en faisant valider les acquis de son expérience, que celle-ci soit professionnelle ou issue du bénévolat. La personne doit justifier d'une expérience d'au moins 3 ans (contre 5 auparavant). Depuis la fin de l'année 2006, ce le dispositif est généralisé et donc accessible aux personnels des cabinets dentaires. Cependant, son réel démarrage n'a réellement eu lieu qu'au mois d'avril dernier.

L'ensemble des diplômes, titres à finalité professionnelle et certificats de qualification, accessibles par la VAE, seront à terme inscrits dans le répertoire national des certifications professionnelles, y compris maintenant ceux d'assistante et aide dentaires.

Pour faire sa demande de dossier, la candidate à la VAE s'adresse directement à l'organisme qui délivre le diplôme, titre ou certificat, qu'elle veut obtenir.

La constitution du dossier peut donner lieu à un accompagnement du candidat pour lui apporter les méthodes d'analyse de son expérience et une manière de la traduire dans les termes qui en facilitent la validation.

A l'issue de l'examen du dossier et après un entretien avec la candidate, le jury de validation peut décider d'accorder une validation soit totale, soit partielle. Dans ce dernier cas, la candidate doit compléter sa formation ou son expérience afin d'acquérir les connaissances, aptitudes ou compétences manquantes.

Si la candidate est salariée, elle peut bénéficier d'un congé pour validation des acquis.

Une prise en charge financière peut être accordée durant ce congé limité à 24 heures de temps de travail, consécutives ou non, tant pour ce qui concerne la rémunération que les frais de validation à proprement parler.

Les actions de validation des acquis entrant désormais dans le champ des actions de formation, elles peuvent être également prises en charge dans le cadre du plan de formation.



Contact :

OPCA PL

52-56, rue Kléber
92309 LEVALLOIS-PERRET cedex
Tél. 01 46 39 38 37

Fax 01 46 39 38 38

Du lundi au jeudi de 9h à 18h
et le vendredi, de 9h à 17h

Pour les cabinets dentaires la personne référente est :

Anne-Marie JASNOT

E-mail : annemarie.jasnot@opcapl.com

La pénibilité du travail

Il y a toujours deux manières de voir les choses: du bon ou du mauvais côté. Dissenter sur la pénibilité du travail d'assistante c'est évidemment voir les choses plutôt du mauvais côté. Cela ne retire en rien l'amour et l'intérêt que nous portons à notre métier, le plaisir que nous avons chaque jour, malgré les difficultés à vous assister, vous, nos praticien(ne)s...

« Après une longue, une très longue, une interminable journée au cabinet je rentre à la maison. Le long trajet me permet de décompresser. La rage de dents de Monsieur Dulapin, le détartage urgent de Madame Hezitte, l'arc orthodontique vagabond du petit Gauthier, la panne de compresseur en plein milieu de l'endo de monsieur Caspogne, les 28 appels téléphoniques, la livraison

du prothésiste qui tarde à venir tandis que M. Gemal s'impatiente dans la salle d'attente, la crise de nerf au fauteuil de Mademoiselle Duraton terrorisée par les dentistes qui me broie au passage la main, la pause déjeuner écourtée grâce à la pulpite de Monsieur Gemepo, Internet miracle de la technologie qui a décidé de nous laisser en rade : pas de télétrans possible aujourd'hui ! etc...etc... Tout ça s'éloigne de mon esprit au fil des kilomètres.

Arrivée à la maison je n'ai qu'une hâte enfin le calme !! Fini le ronronnement de l'autoclave la voix de crécelle de l'ultra-sons, la douce mélodie des nombreuses sonneries du téléphone, un peu de quiétude ! Enfin une bonne douche. Rien ne vaut un jet glacé sur les jambes pour réactiver la circulation.

Les changements thermiques incessants dû au va et vient entre la salle de sté surchauffée et la salle de soin climatisée, le piétinement,

la position au fauteuil, la station debout prolongée ont eu raison du galbe athlétique de mes mollets. Que dire de ces magnifiques petites veines bleutées délicatement réparties sur mes jambes qui n'ont d'égale que les plaques rouges de mes avants bras (merci les lingettes et autres désinfectants)? Allez, je ne vais certainement pas me laisser abattre par si peu, dès demain, au saut du lit une bonne giclée d'ammonium quaternaire en guise de déodorant, je repartirai pour une passionnante journée au cabinet dentaire !! ».

Claude Guyot.

Claude Guyot sera conférencière à l'ADF côté journées AD, n'hésitez pas à consulter le programme pour ces séances.

Nouveau régime des heures supplémentaires

Décret d'application de l'article 1 de la loi TEPA

Ce décret ⁽¹⁾ précise les modalités d'application de l'article 1er de la loi ⁽²⁾ « Loi TEPA » (régime social et fiscal des heures supplémentaires) pour les heures supplémentaires et complémentaires effectuées à compter du 1er octobre 2007, un certain nombre d'avantages fiscaux (exonération d'impôt sur le revenu) et sociaux (réduction des cotisations salariales proportionnelle à la rémunération et, pour les seules heures supplémentaires, déduction forfaitaire des cotisations patronales).

Pour l'essentiel :

- **le taux de la réduction de cotisations salariales est fixé à 21,5 %.** Pour la limitation à hauteur des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi dont le salarié est redevable au titre de chaque heure supplémentaire ou complémentaire, le taux effectif de cette réduction ne peut dépasser le taux résultant du rapport entre le montant de ces contributions et cotisations mises à la charge du salarié au titre du mois au cours duquel est effectué le paiement de la durée supplémentaire travaillée et la rémunération du même mois ; les règles applicables en cas de taux réduit de cotisations sont également précisées ;

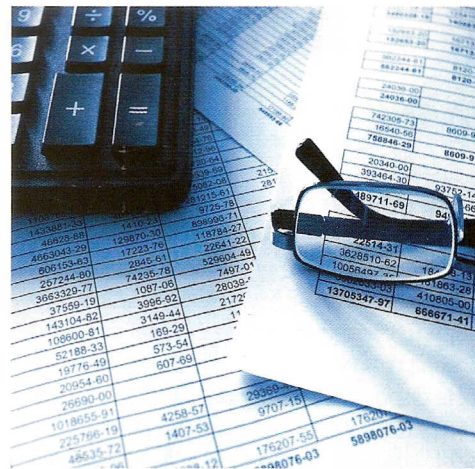
- **le montant de la déduction forfaitaire des cotisations patronales est fixé à 0,50.** Dans les entreprises employant au plus 20 salariés, ce montant est majoré d'un euro. Cette déduction forfaitaire n'est accordée que lorsque l'heure supplémentaire effectuée fait l'objet d'une rémunération au moins égale à celle d'une heure normale. La majoration d'un euro est également applicable, jusqu'au 31 décembre 2008, aux entreprises mentionnées au XII de l'article 1er de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 (entreprises qui ont franchi le seuil de 20 salariés depuis le 31 mars 2005 ou le franchiront avant le 31 décembre 2008) ;

- **l'employeur doit tenir à la disposition des agents du service des impôts** compétent ou des agents des organismes chargés du recouvrement des cotisations, les informations prévues aux articles D. 212-18 à D. 212-24 du

code du travail relatifs au contrôle de la durée du travail et aux articles R. 713-35 à R. 713-50 du code rural. Lorsque ces données ne sont pas immédiatement accessibles, l'employeur complète, au moins une fois par an pour chaque salarié, les informations fournies en application de ces articles par un récapitulatif hebdomadaire du nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires effectuées, ou du nombre d'heures de travail lorsque le décompte des heures supplémentaires n'est pas établi par semaine, indiquant le mois au cours duquel elles sont rémunérées et distinguant les heures supplémentaires et complémentaires en fonction du taux de majoration qui leur est applicable ;

- **l'effectif de l'entreprise est apprécié au 31 décembre**, tous établissements confondus, en fonction de la moyenne, au cours de l'année civile, des effectifs déterminés chaque mois conformément aux dispositions des articles L. 620-10 et L. 620-11 du code du travail. Cet effectif détermine, selon le cas, la formule de calcul du coefficient de la réduction générale de cotisations et le montant de la déduction forfaitaire de cotisations patronales applicables au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1er janvier de l'année suivante et pour la durée de celle-ci. Pour une entreprise créée en cours d'année, l'effectif est apprécié à la date de sa création. Au titre de l'année suivante, l'effectif de cette entreprise est apprécié dans les conditions définies ci-dessus, en fonction de la moyenne des effectifs de chacun des mois d'existence de la première année. Des dispositions spécifiques sont prévues par le décret pour les heures effectuées du 1er octobre au 31 décembre 2007 et pour les entreprises créées entre le 1er octobre et le 31 décembre 2007 ;

- **la durée minimale** (mentionnée au quatrième alinéa du III de l'article 81 quater du code général des impôts) pendant laquelle les heures complémentaires, effectuées de manière régulière, doivent être intégrées à l'horaire contractuel de travail pour bénéficier de l'exonération d'impôt sur le revenu prévue aux I et du II de l'article 81 quater est fixée à six mois



(ou à la durée restant à courir du contrat de travail si celle-ci lui est inférieure). A défaut, la réduction des cotisations salariales est remise en cause et le reversement à l'organisme de recouvrement des montants de la réduction de cotisations salariales précédemment calculés sur la période de douze ou de quinze semaines prévue au septième alinéa de l'article L. 212-4-3 du code du travail doit être effectué au cours du mois civil suivant cette période.

Le décret n° 2007-1380 du 24 septembre précise également les nouvelles modalités de calcul de la réduction générale de cotisations patronales (dite « réduction Fillon ») et, pour le calcul des différentes mesures de réduction ou d'allègement de cotisations, le nombre d'heures de travail à retenir pour les salariés dont la rémunération ne peut être déterminée au cours du mois en fonction d'un nombre d'heures de travail rémunérées (convention individuelle de forfait annuel en jours ou en heures notamment).

**Source : www.travail-solidarite.gouv.fr
Parution au JO du 25 septembre 2007**

(1) 2007-1380 du 24 septembre
(2) 2007-1223 du 21 août 2007
« en faveur du travail, de l'emploi
et du pouvoir d'achat »

Les honoraires

Du serment d'Hippocrate à l'actuel serment médical adopté par le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, les honoraires constituent une constante récurrente !

Source de conflit avec le patient, le prix des prestations médicales est actuellement encadré par le Code de la Santé Publique contenant le Code de déontologie, mais aussi par le Code de la Consommation et surveillé de près, par l'Assurance Maladie en application de la Convention et de la Nomenclature, en ce qui concerne notamment ceux liés au paiement d'actes d'odontologie nomenclaturés (cf livret « Nomenclature, comment l'utiliser à bon escient » édité par le SFCD, en page 16)

L'information sur le coût des traitements

Selon le Code de la Santé Publique, les praticiens de santé doivent informer leurs patients sur les coûts des traitements envisagés, et ce sans distinction soin/prothèse. Si, pour les soins, cette information ne s'accompagne pas de l'obligation d'un écrit, il en est tout autre pour les soins onéreux et/ou esthétiques et les traitements faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires. En la matière, le devis est obligatoire (cf encadré).

Pour les actes remboursables par la Sécu, cette obligation reste cantonnée aux actes remboursables par le régime obligatoire : le patient doit être en mesure de connaître ce qu'il devra payer au final, après remboursement par le régime obligatoire, à charge pour lui d'envisager les modalités de remboursement de son assurance complémentaire.

Pour tous les autres actes hors nomenclature le devis doit être aussi précis que possible.

Les modalités de paiement des honoraires

Principe du règlement direct : le patient règle directement au chirurgien-dentiste ses honoraires. Seuls donnent lieu à remboursement les actes pour lesquels le chirurgien-dentiste atteste qu'ils ont été dispensés et honorés conformément aux dispositions de la convention (donc, en principe pas de feuille délivrée avant paiement !) Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, le chirurgien-dentiste porte, sur la feuille de soins, la mention « acte gratuit ». Eventuellement, la procédure de dispense d'avance des frais, tout comme le tiers payant pour les personnes qui en relèvent (100% et CMU), permet le versement direct au chirurgien-dentiste par l'organisme d'assurance maladie de la part des honoraires pris en charge.

Pour tout le reste, application du principe de l'entente directe entre le patient et son praticien, avec comme support le devis daté et signé, après réflexion, de l'acceptation de la mise en œuvre de la prestation.

Attention, le rappel des sommes dues est prescriptible

C'est une règle en droit : lorsqu'il y a contestation sur un paiement, c'est celui qui dit avoir payé qui doit le prouver. Toutefois, **passé un certain délai**, celui qui devait le paiement est définitivement libéré, même sans preuve de paiement, car son adversaire ne peut plus agir devant les tribunaux contre lui : **il y a prescription**.

En principe, toutes les actions en justice et en particulier les actions en paiement se prescrivent par trente ans : c'est la prescription générale de l'article 2262 du Code civil.

Les prescriptions plus courtes (de dix mois, deux ans, cinq ans, dix ans...) instituées par le Code civil et d'autres textes sont des exceptions à cette prescription générale. Donc, chaque fois qu'il n'existe pas de prescription particulière, c'est la prescription générale trentenaire qui s'applique

Pour les honoraires des Chirurgiens Dentistes, cette prescription est de 2 ans à compter de la consultation ou de la fin du traitement. Mais cette prescription ne court que pour le paiement des soins, et non pour celui des appareils et prothèses que le dentiste a fournis au client (CA Paris, 30 septembre 1988, Dalloz 1988, IR 254).

Le devis

Selon les dispositions de l'annexe III de la convention le devis comporte notamment :

- 1• La description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés ;
- 2• Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré ;
- 3• Le montant de la base de remboursement correspondant calculé selon les cotations de la Nomenclature générale des actes professionnels.

Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à entente préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer.

En pratique, il précisera en outre : la date, le nom du praticien et du patient, le coût total et le montant remboursé par le régime général, la durée de validité, la signature du praticien, la signature du patient accompagnée de la date.

Il pourra enfin faire mention des différents traitements envisagés et donc choix possibles pour traiter la pathologie, les conséquences de réalisation et non réalisation des traitements proposés, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Il pourra aussi attester du refus par le patient par la mention signée « *refusé le* ».

Extraits du Code de la Santé Publique

Article R. 4127-240 : Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure.

Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières.

Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins. Mais il lui est interdit d'abaisser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle.

Le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires.

Il ne peut solliciter un acompte que lorsque l'importance des soins le justifie et en se conformant aux usages de la profession. Il ne peut refuser d'établir un reçu pour tout versement d'acompte. Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux patients.

Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient.

Article R. 4127-241 : La consultation entre le chirurgien-dentiste traitant et un médecin ou un autre chirurgien-dentiste justifie des honoraires distincts.

Article L1111-3 : les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Extraits du Code Civil

Article 2262 : Toutes les actions, tant réelles que personnelles, sont prescrites par trente ans, sans que celui qui allègue cette prescription soit obligé d'en rapporter un titre ou qu'on puisse lui opposer l'exception déduite de la mauvaise foi.

Article 2272 : (Loi no 71-586 du 16 juillet 1971 Journal Officiel du 17 juillet 1971). L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient et des commissions qu'ils exécutent ; celle des maîtres de pensions, pour le prix de pension de leurs élèves, et des autres maîtres, pour le prix de l'apprentissage, se prescrivent par un an. L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. L'action des marchands, pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers non marchands, se prescrit par deux ans.

Prise en charge des très jeunes enfants

Quelle prise en charge des soins bucco-dentaires chez les très jeunes patients dans la région orléanaise ?

Quel praticien libéral ne s'est pas senti démuni face à un très jeune patient présentant une lésion carieuse profonde ? « Les dentistes ont plus (ou autant) peur des enfants que les enfants n'ont peur du dentiste » a dit S. Schwartz !

Quelle prise en charge doit-on proposer dans le cas où notre jeune patient n'est pas coopérant ?

Je le sais, la pédodontie est le parent pauvre de la dentisterie. La formation continue aborde rarement ce sujet. En effet, si les gestes thérapeutiques ne relèvent pas d'une haute technicité, ils font appel à des qualités humaines et à un savoir faire relationnel que beaucoup de dentistes pensent ne pas maîtriser. Car toute la difficulté des soins bucco-dentaires chez les enfants incombe au fait qu'il doivent être réalisés dans la bouche d'un enfant. Et la pédodontie est jugée si peu rentable. De quoi rebuter définitivement le praticien qui s'y intéresserait !

La prise en charge des soins bucco-dentaires chez les jeunes patients renvoie à la gestion de la douleur et de l'anxiété, c'est-à-dire, la douleur causée par la pathologie dentaire, la douleur provoquée par les soins, et la douleur post-opératoire. L'enfant ne contrôle pas son anxiété. L'approche psychologique, si elle est indispensable, n'est pas toujours suffisante. Dans ce cas, elle doit être complétée par l'administration de médicaments induisant une anxiolyse, une sédation consciente, voire une anesthésie générale.

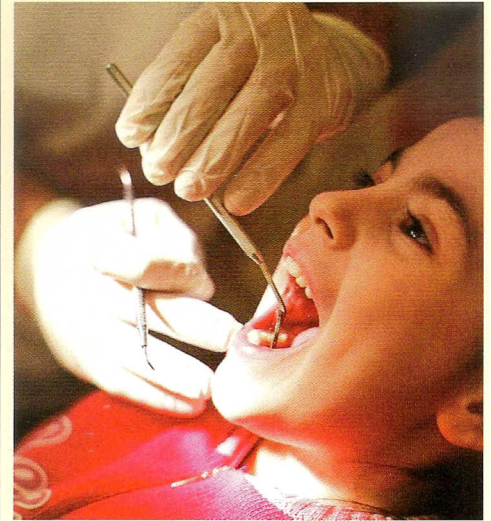
La prise en charge de la douleur chez l'enfant a longtemps été un sujet tabou en médecine. En mars 2000, l'ANAES publiait un référentiel de recommandations sur « l'évaluation et les stratégies de prises en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 5 ans », destiné à tous les professionnels de santé. Le terme ambulatoire recouvre les soins à domicile, en consultation, en service d'urgence (y compris SMUR et SAMU) et en hôpital de jour. Les extractions de dents temporaires et définitives sont citées parmi les actes de chirurgie,

ainsi que les recommandations de prise en charge des douleurs post-opératoires : traitement antalgique (palier I et II) et moyens non pharmacologiques (distraction, relaxation). Par contre, la douleur provoquée lors des soins dentaires n'est pas mentionnée. La pédodontie se résumerait-elle aux seuls actes d'extractions dentaires ? Par ailleurs sont cités les sutures, la ponction lombaire, le myélogamme, la paracétèse, la réduction de paraphémose, l'ablation de verrues, pour lesquels il est fait mention d'un certain MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène-Protoxyde d'Azote)... qui obtiendra l'AMM le 15 novembre 2001 pour l'odontologie en milieu hospitalier et pour des praticiens formés à la méthode.

Le MEOPA, de quoi s'agit-il ? Il s'agit d'une technique de sédation consciente par inhalation d'un mélange oxygène-protoxyde d'azote ne dépassant pas 50% de protoxyde d'azote. A cette concentration, le protoxyde d'azote ou gaz hilarant présente deux effets majeurs : un effet anxiolytique et amnésiant et un effet antalgique de surface. Il ne dispense en aucun cas d'une anesthésie locale. Les réflexes de protections des voies aériennes sont intacts. Il est totalement éliminé par voie pulmonaire dans les 5 minutes qui suivent l'arrêt de son administration, ce qui autorise le retour à domicile immédiat et en toute sécurité. Il est indiqué pour les soins dentaires chez les enfants anxieux, non coopérants ou phobiques, chez les enfants présentant un handicap mental ou moteur (ASA I ou ASA II⁽¹⁾), chez les jeunes enfants (moins de 4 ans) en cas de traumatisme dentaire, ou lors de la prise en charge thérapeutique de caries précoces (autrefois nommé syndrome du biberon). Les séances ne doivent pas excéder 45 minutes et nécessitent la présence de 2 soignants : le praticien qui effectue les soins et une aide opératoire qui administre le gaz et qui surveille le patient et le matériel. Une pré-médication à l'hydroxizine (ATARAX) peut y être associée.

Un diplôme universitaire a été créé en 2002 pour former les praticiens à cette technique. Cette compétence sera enseignée lors de la formation initiale de nos futurs confrères, harmonisation des programmes d'enseignements européens oblige.

L'exercice en pédodontie est donc éloigné de l'empirisme qu'on veut bien lui prêter. Les techniques et les protocoles de prises en charge des enfants existent. En théorie du moins, car en pratique, dans la région orléanaise, la prise en charge des soins bucco-dentaires en milieu hospitalier est quasi-inexistante. On y



pratique l'avulsion plutôt que la réhabilitation. La sédation consciente sous MEOPA n'y est pas pratiquée, et cela n'est pas envisageable m'a-t-on dit. Manque de moyens humains et matériels !

Pourtant, l'enjeu du point de vue de la santé publique est majeur. Les enfants sont nos patients de demain. Nos autorités ont d'ailleurs compris l'intérêt des soins précoces, comme en témoigne la campagne M'T dents qui fait suite au célèbre mais inefficace BBD (c'est la Sécu qui le dit) ! Première consultation dentaire à l'âge de 6 ans ! Pourquoi pas plus tôt ? Parce que les dentistes seraient bien embarrassés de se voir adresser de si jeunes patients dans leur cabinet ! A moins que la solution ne soit dans la création d'un réseau de coordination entre praticiens de ville et service hospitalier, comme cela a pu être créé dans d'autres départements pour la prise en charge des handicapés. En attendant, je souhaite rencontrer des consœurs de la région d'Orléans afin de former un groupe de travail, d'échange et de partage de nos expériences en pédodontie.

Ah, une dernière chose. Le mois dernier, j'ai emmené mon chien chez le vétérinaire pour un détartrage et cette réflexion m'est venue à l'esprit : en France, on prend mieux en charge les soins bucco-dentaires chez les chiens que chez les enfants ! Si j'avais su, j'aurais fait véto ...

Isabelle Rian

(1) L'American Society of Anesthesiologists (ASA) a proposé il y a cinquante ans une classification, très largement utilisée, permettant d'évaluer le risque anesthésique global indépendamment de la pathologie sous jacente et de l'âge, ASA 1 : patient en bonne santé, ASA 2 : patient avec une maladie générale modérée, ASA 3 : patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante, ASA 4 : patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital.

Une nouvelle référence
épidémiologique

La monographie sur les enfants de 6 et 12 ans

La monographie rassemblant les résultats de l'enquête, réalisée par l'UFSBD en 2006, à la demande de la Direction générale de la santé, sur des échantillons représentatifs de 2 600 enfants de 6 et 12 ans scolarisés en France métropolitaine est disponible.

Cette monographie cosignée par Patrick Hescot et Édith Roland est la cinquième du genre depuis 20 ans. Elle décrit la prévalence des pathologies dentaires chez les enfants de ces deux âges clés et analyse leur répartition selon le sexe, la catégorie socioprofessionnelle des parents, ainsi que le type d'établissement scolaire fréquenté ou de zone où il est situé (public ou privé, ZEP ou non-ZEP, rural ou

urbain). De plus, les résultats sont comparés à ceux des enquêtes similaires effectuées en 1987, 1990, 1993 et 1998 et représentent ainsi les nouvelles références épidémiologiques françaises.

Cette enquête a été menée en amont de la mise en place du plan de prévention annoncé par le ministre de la Santé et des Solidarités, monsieur Xavier Bertrand. Ce plan en dix points vise, notamment, à contribuer à la réalisation de l'objectif n° 91 annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il s'agit de réduire de 30 % en 5 ans les indices carieux des enfants de 6 et 12 ans. Au-delà de cet objectif, ce plan vise également un meilleur abord du dépistage, de la prévention et de la prise en charge de la santé bucco-dentaire des enfants mais aussi des femmes enceintes, ainsi que des personnes atteintes de cancers buccaux.

C'est dans ce cadre que l'UFSBD a établi, avec le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, un partenariat dont les conditions et les modalités ont été définies par une convention.



Cette monographie qui réactualise les données sur la santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans peut être obtenue sur demande au siège de l'UFSBD : 01 44 90 72 80 au tarif de 15 € frais de port inclus.

Rééducation des fonctions dans la thérapeutique orthodontique

Rééducation de la déglutition

Pour faciliter certains traitements d'orthopédie-dento-faciale et pour que les dents restent stables au sein des arcades, il est nécessaire qu'il y ait un équilibre entre l'enveloppe musculaire périphérique et la langue et que la respiration soit naso-nasale.

L'orthodontiste peut alors prescrire une rééducation des fonctions pour atteindre des objectifs précis dont le rôle est de :

- **faire découvrir au patient un comportement nouveau de la langue, de la sangle oro-labiale, de la respiration**
- **lui donner les moyens de s'adapter à cette nouvelle fonction :** renforcement de la musculature, suppression des tensions, développement de la proprioception
- **obtenir une automatisation des fonctions et créer un nouveau comportement entièrement réflexe**

On ne parlera ici que de la rééducation de la déglutition.

La différence entre les deux types de déglutition se trouve dans l'action des muscles :

1. déglutition adulte :

pendant la déglutition adulte, ce sont les muscles masticateurs seuls qui agissent et la pointe de la langue se positionne sur les papilles palatines

2. déglutition infantile :

pendant la déglutition infantile, ce sont les muscles buccinateurs des lèvres et de la succion qui agissent et la langue vient s'appuyer contre les dents de devant ou parfois même, s'interposer entre les dents.

L'examen de la déglutition montre souvent que celle-ci est encore atypique. *L'absence de passage de la déglutition infantile ou atypique (déglutition succion) à la déglutition de type adulte* peut être à l'origine de désordres squelettiques, dento-alvéolaires, radiculaires et articulaires compliquant le traitement orthodontique avec des risques de récurrence (réouverture d'une béance ou réapparition d'un décalage entre les 2 maxillaires).

Il convient donc d'entreprendre une rééducation active. Celle-ci peut débuter dès l'âge de

8, 9 ans, stade de maturation de l'organisation sensori-motrice, mais demande une grande motivation du patient rendu acteur de sa santé. Le rôle des parents est celui de contrôle et de soutien. Ils sont informés de la nécessité des exercices et peuvent effectuer un contrôle visuel.

Les exercices et les résultats

10 minutes par jour suffisent pour l'exécution des exercices sous forme de jeu et pour rappeler à l'enfant de mettre sa langue en bonne position plusieurs fois par jour

1 / position de repos :

La langue doit être plaquée contre le palais.

Jeu du galop de cheval. Devant un miroir pour le contrôle visuel, faire claquer le dos de la langue contre le palais pour imiter le bruit des sabots de cheval. position de ventouse même chose avec les dents serrées. Le patient doit ensuite placer sa langue sur son palais le plus souvent possible dans la journée.

2/ exercices de déglutition :

Le sourire du clown

Avaler la salive en serrant les grosses molaires du fond et en étirant tes lèvres (comme pour dire « che ») sans bouger les lèvres et sans desserrer les dents.



Exercice de la paille

Serrer une paille entre les dents et avaler la salive en gardant la langue au-dessus de la paille sans contracter les lèvres et sans desserrer les dents. *Exercices de déglutition à faire devant un miroir.*

Pour déglutir correctement, il faut respecter 4 points :

- 1 - appuyer la pointe de la langue sur le palais sur les papilles palatines
- 2 - serrer les dents : les molaires doivent être en occlusion
- 3 - déglutir sans bouger la pointe de la langue
- 4 - garder lèvres joues et menton immobiles

Certains patients déglutissent correctement dès que les molaires sont en occlusion.

Exercices de déglutition des liquides

Au début du repas l'enfant doit déglutir 10 fois de suite 1 demi-cuillère d'eau avalée dents serrées.

3 / auto-contrôle et résultats

Pendant la journée noter sur la fiche d'auto-contrôle le nombre de déglutitions correctes. On peut rencontrer plusieurs types de difficultés :

- la langue travaille correctement mais les lèvres participent toujours à la déglutition : il faudra faire travailler le patient lèvres entr'ouvertes en insistant sur la pression linguale au palais
- la déglutition est difficile chez l'enfant trop avide de bien faire. La langue est haute, les lèvres non crispées mais le déclenchement de la déglutition ne se fait pas. Nous demandons alors à l'enfant d'avaler en imitant certains oiseaux qui par un mouvement du cou accompagnent la déglutition.
- Certains patients (10%) malgré leurs efforts n'obtiennent qu'une mauvaise déglutition. C'est l'impasse.

Laurence André et Dominique Montigny

Il faut obtenir le réflexe

DEGLUTITION ATYPIQUE



DEGLUTITION ADULTE



Relation praticien-patient

Faut-il être en bonne santé pour être malade ?

Deux expériences récentes m'ont laissée dubitative sur la « rencontre médicale ».

Un beau jour de ce printemps, j'ai accompagné ma vieille mère à la clinique pour une séance de laser aux yeux, après opération de la cataracte quelques années auparavant. Rendez-vous à 13h, nous sommes à l'heure, comme la brochette de petits vieux déjà là, avec leurs accompagnateurs. Tout le monde attend dans le couloir, inévitable toile de verre au mur, néons, sièges alignés vissés au sol, devant la porte fermée nommée : laser. Le jeune ophtalmo arrive enfin et en courant, à la grande satisfaction de tout le monde, avec sa liste d'une dizaine de patients, et ouvre ce cabinet. 10 secondes.

Appel du premier, moins de 4 minutes après il sort. Soulagement dans le couloir : c'est rapide. Le deuxième : plus compétitif : 3 minutes 30. Ma mère en troisième : je lui tiens le sac, la veste, elle va directement s'asseoir sur le siège qui lui est destiné devant l'opérateur, qui lui cale la tête, vise, tire, et voilà ... il revient vers le bureau, récite quelques consignes en complétant la feuille de sécu, ma mère un peu étourdie cherche son carnet de chèques dans son sac, il lui dit qu'elle n'a qu'à le signer, il le remplira « après ». Je m'interpose : je vais vous le remplir, et comme une enfant de ce 1 je m'applique à bien écrire toute la somme en lettres etc. avec la satisfaction secrète de lui voler quelques misérables secondes et la satisfaction réelle de ne pas voir ma mère donner un chèque en blanc – même à un médecin. De plus, je lui pose quelques questions techniques sur l'intérêt de l'acte qu'il vient de pratiquer, pour me rassurer, que le « chèque en blanc » ne concerne pas que le paiement ... Nous sortons, ma mère remet sa veste dans le couloir en clignant d'un œil ; derrière le rythme reprend à une vitesse plus ou moins grande selon que papi ou mamie est plus ou moins lesté. Où est la sortie ? Vite de l'air !

La semaine suivante, pour le deuxième œil, même topo, mais il ne demandera pas un chèque non rempli.

Quelque temps après, je vais au centre de radiologie, échographie etc. Ma gynéco est



partie à la retraite, la nouvelle me propose un bilan, ok, prévention... J'ai avalé mon 1/2 l d'eau et j'attends, comme les autres, le regard vague ou semblant concentré sur quelques revues. L'attente est là une chose qui se partage en silence et les jambes plus ou moins croisées. On m'appelle pour la mammographie, l'opératrice fait son boulot, on supporte. Puis, elle « m'installe » pour l'échographie, c'est à dire, qu'elle me fait rentrer dans un réduit qui sert de vestiaire. Je vous assure que même dans ma bourgade, les magasins de fringues les moins chères ont leurs cabines d'essayage au moins deux fois plus grandes. Cloîtrée dans ma cellule, j'attends. Heureusement, quelques secondes avant que je ne pousse le cri primal, la même assistante me fait rentrer dans la salle, et m'annonce l'arrivée du médecin. Assise sur le lit d'examen, habillée de mon slip, j'attends. Je regarde tous les appareils, il n'en manque pas, j'ai un peu froid, j'attends. L'assistante apparaît de temps en temps pour me dire qu'il arrive. J'attends. Elle revient souriante : « il est aux toilettes et il arrive » (si ! si !) Telle une apparition, voilà le docteur, la blouse blanche fermée jusqu'à la glotte et il me tend la main. Puis : « vous avez la vessie pleine ? » « ça fait une heure qu'elle est pleine ». Là, il commence

l'examen, débite les commentaires, moi, les yeux écarquillés, rivés sur l'écran, j'essaie de faire correspondre dans mon cerveau l'image et le son. Quelques questions. Il me montre plein de choses, mais c'est normal, je n'ai rien qui pourrait alarmer, faut surveiller etc. Je suis informée. Puis, il me désigne la boîte à Kleenex et il disparaît. Seule, dans cette pièce pleine d'appareillages, je m'essuie de tout le gel, puis je regagne le cagibi, et fonce aux « toilettes » !

Ouf, dehors ! Pourquoi ce malaise ? Dieu est grand ! Inch Allah ! Je suis une bonne nature, bien portante, je n'ai rien. Qu'est-ce que je lui demandais d'autre à cet homme qu'être le géomètre expert de mes fibromes ?

De retour au cabinet, je m'assieds à mon bureau, coté patient, et je regarde le fauteuil vide en face. Parmi toutes les idées qui surgissent dans ma tête (l'inévitable question : comment suis-je coté soignant ?, puis : doit-on, peut-on accepter les oublis de la médecine technique ...) une s'impose et avec certitude : faut sacrément être en bonne santé pour être malade.

Hélène Pic

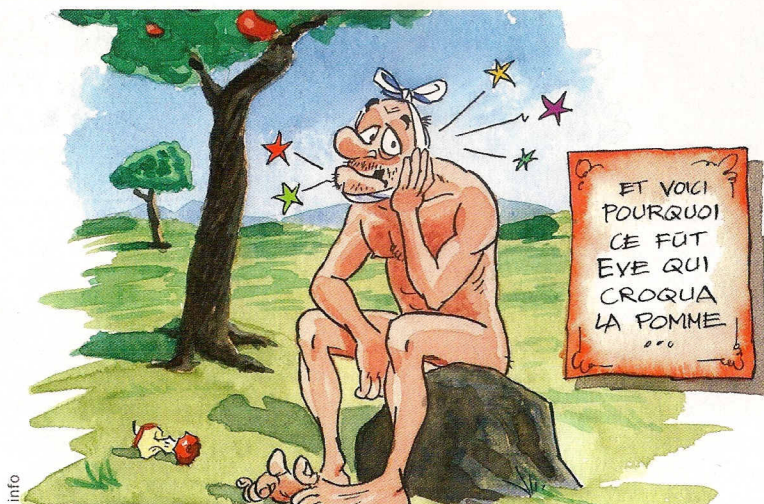
Le sourire

Sésame de la fonction érotique ?

Voilà le titre de mon mémoire, en vue d'obtenir le DU de sexologie et santé publique de Paris VII. Le rapport avec l'art dentaire ? Je vous propose d'y réfléchir ensemble. Vous connaissez peut-être mon grand intérêt pour la formation continue. A mon humble opinion, la sexologie devrait intégrer notre cursus. Cette discipline me semble être la première des sciences humaines, étudiant ces quelques % qui nous différencient des primates, à savoir notre capacité de conscience. Le singe vit, l'homme sait qu'il vit. Et tous les problèmes commencent ! Il y a 40 000 ans, peut-être plus, en découvrant sa libido, poussé par un besoin vital de donner du sens à tout ce qui l'émeut, Homo sapiens a inventé immédiatement sa répression. Au commencement de cette généalogie des orgasmes interdits, il y a donc le verbe. C'est le langage qui, si l'on ose dire, incarne les corps et métamorphose les sexes au travers d'une rhétorique au symbolisme pathétique⁽¹⁾. En conclusion de mon mémoire, j'ai osé l'idée que le sourire pouvait être placé avant le verbe, et même le remplacer en cas d'incapacité à manier ce dernier. Et le sourire, c'est certain, appartient à notre domaine !

Nous avons un rôle essentiel à jouer dans la vie de nos patients : nous leur redonnons le sourire. Nous évoluons dans un monde d'apparence, de look, où la forme compte presque plus que le fond, et ma patientèle de Rouen ne doit pas être différente de la vôtre. Tout le monde veut un sourire harmonieux, avec des dents blanches et bien alignées. Sinon personne ne pense pouvoir sourire ! Mais si nous prenons le temps de faire parler nos patients de leur vie, de leurs réalités, nous nous rendons vite compte que c'est un faux problème, lié à l'influence de la norme de la société. C'est le positionnement par rapport à elle qui détermine le comportement de chacun. Nombre de nos patients se refusent à sourire parce qu'ils ne sont pas heureux, ou croient ne pas l'être.

Le sourire traduit le plaisir. L'idéal bien sûr, c'est qu'il soit vrai, voire involontaire combinant alors la contraction du muscle orbiculaire palpébral inférieur qui ne peut être mis en jeu par la volonté. C'est le fameux sourire de Duchenne, stimulé par « les émotions de l'âme », à différencier du sourire commercial appelé PanAmerican, en l'honneur des



agents de la défunte compagnie aérienne du même nom. Notre profession se situe au cœur des relations humaines. Notre consultation ressemble à celle d'un sexologue. C'est ce qui m'a paru évident, dès le premier cours de cet enseignement, cette similitude d'attitude : le patient ment. En effet, dans les deux cas, il ne vient pas pour « aller bien » de manière générale, il vient pour trouver un remède, une solution ponctuelle à un problème précis. Je reprends et approuve la position de Michèle Aerden, la première présidente de la FDI, affirmant haut et fort que la santé bucco-dentaire est indissociable de la notion de santé publique. Notre rôle me semble être d'expliquer cela au patient, qui seul, peut changer le destin de sa bouche, et donc, de son relationnel avec les autres. Il nous faut l'aider à en comprendre l'importance, que cela n'est pas si compliqué et peut même être agréable. Il faut informer, mais aussi dédramatiser et remettre les problèmes à leur place. Que tout cela ait du sens ! Faire des choix, ne pas se laisser aller. Pour ma part, je ne supporte plus les patients qui ne viennent qu'en urgence. Il en est de même dans le domaine de la sexologie. Le destin des hommes et des femmes sur cette terre est quand même un peu lié malgré tous les progrès de la science, et les rapports entre ces deux catégories d'individus sont aujourd'hui encore déterminants pour la survie de l'espèce. La « nature » n'est pas systématiquement l'idéal pour tous. Des efforts physiques mais aussi intellectuels sont quelquefois nécessaires pour déjà l'accepter, puis parfois s'en distinguer. La neurobiologiste Lucy Vincent affirme⁽²⁾ : « il y a deux sexes, un point c'est tout ». Voilà bien le propos. J'ai souvent été traitée de féministe mais en fait je ne prenais

pas en compte simplement le fait d'être biologiquement une femme. C'est à la commission des cas particuliers de la CARCD en tant que suppléante de Marie Louise Le Dréau Lahais, que j'ai vraiment pris conscience de la différence au niveau de la chirurgie dentaire. J'ai intégré qu'au niveau de l'activité professionnelle, l'arrivée des enfants dans un couple changeait la vie de la femme chirurgien-dentiste, mais beaucoup plus rarement celle du confrère masculin, ce qui me choque profondément. Y aurait-il des tâches exclusivement « féminines » ou « masculines »... à part la fabrication biologique des enfants ? Ce constat a été une des causes de ma détermination à suivre cet enseignement parlant des sexes différents... pour comprendre ! Une évidence s'est imposée – pour faire court – qu'il n'y a que les femmes qui puissent faire changer cette situation, sans agressivité et avec respect de chacun. Je ne souhaite pas dans mes propos définir ce qu'est par exemple la santé sexuelle, mais j'aimerais vous transmettre ce que je pense utile pour l'équilibre nécessaire entre les hommes et les femmes - non pas l'égalité, par l'apport de connaissances en primatologie, anthropologie, ou encore sociologie, qui m'ont permis en tout cas d'être beaucoup plus à l'aise dans mon positionnement par rapport à cet étranger que je ne serais jamais, à savoir l'homo sapiens génétiquement mâle. Je remercie le syndicat des femmes de me permettre ainsi de militer pour ce que je considère comme la quête de la vérité, l'arrêt de l'hypocrisie, des mensonges et des non-dits...

Manon Bestaux

⁽¹⁾ J. Waynberg, *Jouir c'est aimer*, Milan, 2004

⁽²⁾ L. Vincent, *Où est passé l'amour ?*, Odile Jacob, 2007

Consomérisme

Les associations de consommateurs et la santé

Les associations de consommateurs ont été créées pour défendre les intérêts des consommateurs. On en parle de plus en plus et elles ont même droit à des passages d'antenne à la télévision. Mais quel rôle jouent-elles réellement ?

Portées par la vague consumériste, les associations de défense des consommateurs sont de plus en plus nombreuses et variées, puisqu'il suffit pour en créer une de faire une simple déclaration associative à la préfecture.

Il existe aujourd'hui en France dix-huit associations nationales.

Elles sont soit à vocation généraliste (pour tous les types de litiges), soit spécialisées (pour la défense des locataires, des usagers du téléphone, des victimes d'infractions, etc.). Elles peuvent par ailleurs être nationales, locales, voire même très locales (défense des intérêts des clients d'un seul commerçant).

Leur rôle est fondamental car elles conseillent les consommateurs et traitent les litiges de la vie quotidienne. Elles interviennent soit par la médiation, soit par l'action en justice. Elles peuvent aussi agir à titre préventif en demandant la cessation d'agissements illicites, la suppression de clauses illicites ou la suppression de clauses abusives.

Les associations agissent par trois moyens :

- des permanences où l'on peut trouver informations et conseils ;
 - des suivis de dossiers pouvant aller jusqu'à des interventions directes auprès des professionnels mis en cause par les consommateurs, y compris par des actions en justice ;
 - des actions de communication sous forme de revues et d'interventions dans la presse ou l'audiovisuel, certaines associations nationales interviennent aussi auprès des pouvoirs publics par des contributions à des projets de lois ou des actions de lobbying.
- Ainsi, elle seront particulièrement attentive aux faits susceptibles d'être qualifiés de publicité mensongère par exemple, elles rechercheront activement les clauses abusives dans les contrats...

Aujourd'hui, la santé prise au sens large cons-

titue un marché complexe et étendu où se côtoient des entreprises spécialisées mais aussi toutes les entreprises dont les produits sont liés à la santé. La santé au sens large est devenue un bien de consommation. Dès lors, entre-t-elle pour autant, ipso facto, dans le champ d'application du droit de la consommation ?

Entre dimension réglementaire et éthique, certains éléments nous donnent des indices : le médecin est analysé comme un prestataire de services quelconques, le patient comme un consommateur de ces mêmes services.

Vivre bien, mieux, plus longtemps, avec soi-même et avec les autres ! Cette aspiration à un bien-être total, physique, psychologique, sociétal, ce désir de santé, sont devenus si puissants qu'ils bouleversent les représentations des consommateurs et de l'opinion publique. Dès lors, les associations de consommateurs se posent en défenseur des patients-consommateurs et interviennent à juste titre dans un secteur, qui de prime abord, leur paraît étranger.

Ainsi, elle se chargeront de faire respecter les textes sur le refus de vente et donc par assimilation de refus de soins en matière dentaire, ou ne manqueront pas de rappeler au patient-

ON EST QUAND MÊME PAS MAL PLACÉ POUR LA DÉFENSE DU CONSOMMATEUR !



www.davidanglade.info

consommateur, à toute fin utile bien indécate parfois, la législation en vigueur concernant le paiement des honoraires (cf page 32).

Sylvie Ratier

Adresses à connaître :

- **Institut national de la consommation (INC) :**
80, rue Lecourbe - 75732 Paris cedex 15.
Tél : 01 45 66 20 20
www.inc60.fr
- **Union fédérale des consommateurs (UFC Que choisir ?) :**
11, rue Guénot - 75555 Paris cedex 11.
Tél : 01 43 48 55 48
www.quechoisir.org
- **Union féminine civique et sociale (UFCS) :**
6, rue Béranger - Boîte postale 5000
75003 Paris.
Tél : 01 44 54 50 54
<http://www.ufcs.org/>

Loi Handicap

Deux arrêtés pour une totale accessibilité

En 2005, la France comptait cinq millions de personnes handicapées, soit 10 % de la population. C'est pour elles que fut promulguée le 11 février 2005 la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Son ambition : garantir, quel que soit le handicap, l'accessibilité généralisée pour tous les domaines de la vie sociale (éducation, emploi, loisir, travail, transport). Deux arrêtés, parus le 1er août 2006, précisent le chapitre III de la loi consacré au cadre bâti. Ils donnent les exigences techniques à respecter pour tous les projets dont le permis de construire sera déposé à partir du 1er janvier 2007.

Les deux arrêtés du 1er août s'appliquent, pour le premier, à la construction d'Établissements Recevant du Public, pour le second, à la construction de logements collectifs et de maisons individuelles. Conformément à l'esprit de la loi ils visent à ce que toutes les personnes handicapées, quel que soit leur handicap (physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif), puissent accéder à tous les actes de la vie courante en totale autonomie. Les dispositions techniques précisées par ces arrêtés ne concernent donc pas seulement les personnes à mobilité réduite mais englobent également les dispositifs requis pour la circulation et l'information des personnes présentant d'autres handicaps (cécité ou surdité même partielles, etc.). Cette évolution réglementaire concourt également à faciliter les déplacements de tous et à accompagner les effets induits du vieillissement de la population.

Dispositifs et aménagements

Vont apparaître entre autres les boucles magnétiques pour l'amplification des appareils auditifs des malentendants, le balisage lumineux et sonore des obstacles, les indications d'étage en relief sur les rampes d'escaliers, des niveaux minimum d'éclairage dans certaines parties d'immeubles, etc. Autant d'éléments que les architectes devront intégrer dans la conception de leurs projets de construction à partir du 1er janvier 2007.

Pour toute dépose de permis de construire postérieure au 1er janvier 2008, les textes imposent également des aménagements simples, comme la suppression des seuils, pour faciliter l'accès aux balcons et terrasses. À compter du 1er janvier 2010, ils demandent l'installation de douches à l'italienne accessibles aux personnes à mobilité réduite.

De nouvelles procédures administratives

Toujours pour les projets de constructions neuves, ces textes ajoutent des procédures administratives à celles déjà existantes. Ainsi, dans les cas où le contrôle technique construction est obligatoire, le contrôle technique handicapé devient, lui aussi, obligatoire. De plus, le maître d'ouvrage est désormais tenu de produire, à l'achèvement des travaux, une attestation d'accessibilité indiquant la conformité du bâtiment à la norme handicapée. Cette attestation est délivrée par un bureau de contrôle ou par un architecte indépendant de la maîtrise d'œuvre.

Par ailleurs, plusieurs textes spécifiques sont en préparation. Un arrêté pour les ERP existants est notamment attendu. Il précisera la méthodologie à adopter pour la réalisation des diagnostics qui devront être effectués avant le 1er janvier 2011. Enfin, d'autres textes devraient lister les dispositions spécifiques aux établissements soumis au code du travail (immeubles de bureaux, locaux d'activité, etc.).

Notre Ordre National plaide pour une adaptation de la loi pour les chirurgiens dentistes au vu des difficultés rencontrées par de nombreux confrères et consoeurs exerçant dans des locaux impossibles à aménager.

Source Site Véritas

THÈMES 2007

Récapitulatifs des thèmes traités au cours de l'année 2007

• Praticien

- Charte du praticien contrôlé (N°22)
- La formation continue (N°22)
- Problème de l'assurance maladie pour les CD (N°24)
- Vos cotisations sociales 2007 (FI avril)

• Assistantes dentaires

- Le statut des assistantes (N°22)
- Congrès ADF 2 (N°23)

• Cabinet

- Point certification des autoclaves (N°23)
- Point Radiopro : information site Internet (N°23)
- Revalorisation du C (N°24)
- L'externalisation de votre secrétariat : vérifiez bien la conformité des prestations (FI avril)
- La gestion des déchets : assurez vous que votre contrat répond bien aux exigences légales (FI avril)
- La nouvelle interprétation pour les prises en charge dentaires des bénéficiaires de la CMU C (FI avril)
- Votre compte professionnel ameli : des services en ligne pour vous aider au quotidien dans l'exercice de votre profession. (FI avril)
- Certification des autoclaves (FI mai)
- Visite de courtoisie des Conseils de l'Ordre dans les cabinets (FI mai)
- Radiographies panoramiques Et Remboursement (FI février)
- Soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par CMUC (FI juin)
- Prise en charge des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'enfant (FI septembre)
- MT Dents et les 6 ans (FI septembre)

• Le confort au cabinet dentaire

- Le burn out (N°22)
- La gestion du temps (N°22)
- L'hygiène et la stérilisation (N°22)
- Tubs & tray (N°22)
- Traçabilité et douchettes (N°23)
- Patient et confort (N°23)
- Le temps en pratique (N°23)
- Confort et santé (N°24)
- Technique (N°24)
- Le voyage en dentisterie (N°24)

• CD Employeur

- La gestion du personnel au féminin (N°2)
- Qu'est ce qu'un employeur ? (N°23)
- La VAE (N°24)
- Loi TEPA (N°24)
- Travailler le lundi de Pentecôte est-il obligatoire ? (FI mai)

- Accord du 29 septembre 2006: Accord relatif aux salaires 2006 (FI février)

• Cotisations salariales (FI juin)

• Hausse du SMIC au 1^{er} juillet (FI juin)

• Ortho

- Courrier orthodontiste/omnipraticien (N°23)
- Les autogreffes dentaires (N°23)
- Rééducation de la déglutition (N°24)

• Grippe aviaire

- La grippe aviaire et les formations des CPAM (N°22)
- Grippe aviaire (N°23)

• Rapport Chadelat (N°22)

• Assurances

- L'assurance de vos prêts (N°22)
- Point assurances (N°23)

• Le renouvellement de vos contrats (application de la loi Chatel) (N°22)

• La retraite

- La retraite (N°22)
- Réforme de l'ASV (N°23)

• SFCD

- Les régions (N°24)
- Election du Comité directeur de l'ADF (FI avril)
- Pourquoi ? (N°24)
- Séminaire et Journée des cadres SFCD (N°23) (N°24)
- Calendrier (N°24)
- Femmes au Piquet (N°23)
- Nomenclature commentée (FI mai)

• Interview de K Denys (N°23)

• Gouvernement (N°23)

• Soins en maison de retraite (N°23)

• FIF PL (N°23) et (N°24)

• UNAPL (N°23)

• Actualités professionnelles

- Démographie professionnelle (N°24)
- Rencontres UJCD (N°24)
- Séminaire ADF 2007 (N°24)
- Congrès CNSD 2007 (N°24)
- Congrès 2 ADF (N°24)
- Dubaï FDI 2007 (N°24)
- Colloque UFSBD 2007 (N°24)

• Le paiement des honoraires (N°24)

• Le traitement des enfants (N°24)

• Le sourire (N°24)

• Faut-il être en bonne santé pour être malade ? (N°24)

• Les associations de consommateurs (N°24)

• UFSDB (N°24)

• Dentoscope (FI juin)

• Etranger

- Turquie (N°24)

FIF-PL 2007

Le SFCD siège au FIF PL depuis de très nombreuses années maintenant et j'assure ce mandat depuis déjà 2 ans.

A chaque commission, nous sommes trois formations syndicales dentaires la CNSD, l'UJCD et le SFCD. Nous étudions les dossiers que nous a très bien préparés une des secrétaires du FIFPL, Madame Hamelin. Il y en a environ 40 à chaque fois.

Tant que le FIFPL est en vie, nous donnons un avis à chaque dossier en fonction des critères que nous avons retenus en début d'année.

Je rappelle que nous cotisons chaque année 47 euros au FIFPL par l'intermédiaire de l'URSSAF. Chaque praticien cotisant peut se faire rembourser certaines formations dans la limite de 400 euros par an, voir encadré ci-dessous.

Nous gérons environ 2 millions d'euros, mais avec la formation obligatoire, les demandes deviennent plus nombreuses et dépassent le budget.

Que va devenir le FIFPL ?

Catherine Flechel



Avant toute décision, il est nécessaire de demander des simulations à différents âges par la CARCD.

Ma retraite ?

Question : Je prends ma retraite à 60 ans et 6 mois, j'ai un enfant. De combien ma retraite va-t-elle être minorée ?

Réponse : La retraite d'un chirurgien dentiste est pleine à 65 ans.

Avant cet âge, une minoration est appliquée: elle est de 5% par année d'anticipation, (les 6 mois ne comptent pas) soit 25% à 60 ans, âge minimum de prise de retraite.

En régime Complémentaire, les femmes chirurgiens dentistes peuvent anticiper d'un an par enfant élevé ; soit pour un enfant, un an.

Il aurait alors fallu faire valoir les droits à 64 ans ; avant, ce bénéfice est perdu. Une femme ayant eu 5 enfants peut donc bénéficier de cette retraite pleine à 60 ans.

Une solution est de ne pas liquider sa retraite à la cessation d'exercice, et d'attendre le moment propice, à condition d'avoir des réserves financières. Les 3 régimes de retraite peuvent être liquidés indépendamment.

*Marie Louise Le Dréau-Lahais,
Trésorière de la CARCD*

Critères de prise en charge validés en Section Santé du 1^{er} février 2007 et en Conseil de Gestion du 15 février 2007

- Prise en charge annuelle et par professionnel plafonnée à 400 € maximum.
- Prise en charge limitée à 100 € par jour de formation plafonnée à 4 jours par an et par professionnel, pour les formations prioritaires.
- Pour un même thème de formation, dispensé par un même organisme, la prise en charge sera plafonnée à 2 jours.
- Prise en charge des manifestations régionales ou nationales, incluant strictement les thèmes prioritaires, plafonnée à 200 € (100 €/jour x 2 jours) sous réserve d'assister à 2 jours de formation.
- Prise en charge des manifestations nationales de 5 jours plafonnée à 300 € (100 €/jour x 3 jours) sous réserve d'assister à 3 jours de formation, dans la limite du budget de la profession.

Conditions d'éligibilité d'Une Action de Formation :

- Formations dispensées par toute personne physique ou morale, toute structure juridique (association ou société) dans la mesure où l'un des dirigeants est un professionnel de la Santé et à condition que l'organisme possède

un numéro de déclaration d'activité formateur. Dans l'organisation des actions de formation, le principe du pluralisme et de l'indépendance devra être respecté.

- Pour un même thème de formation, dispensé par un même organisme, la prise en charge sera plafonnée à 2 jours.
- Les demandes individuelles pourront être examinées dans la mesure où l'organisme de formation aura déposé un dossier de présentation auprès du FIF PL avant la formation.
- Prise en charge des manifestations nationales et régionales organisées par des organismes professionnels et / ou des facultés d'odontologie, que ces manifestations portent ou ne portent pas sur les thèmes prioritaires.
- Les Multi-visio-conférences ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge.
- Les formations diplômantes ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge.
- Les formations à la pratique de l'Internet seule ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge.
- Seules les formations d'une durée effective de 6 heures sur une journée seront prises en charge.
- Les formations pluridisciplinaires devront intégrer les thèmes prioritaires.

Les Formations Prioritaires :

« Toute formation liée à la pratique professionnelle »

- **Chirurgie buccale,**
- **Déontologie,** responsabilité civile professionnelle, traçabilité-matériau-vigilance,
- **Endodontie :** les pratiques actuelles,
- **Hygiène,** aseptie et maladies virales transmissibles,
- **L'Urgence** au cabinet dentaire,
- **Occlusodontie,**
- **Odontologie conservatrice,**
- **Education de la santé** et soins de prévention,
- **Orthodontie,**
- **Pathologie Buccale,**
- **Prescription au Cabinet dentaire :** Dénominations Communes,
- **Prothèse,**
- **Radiologie,**
- **Compétence en radioprotection,**
- **Manifestations Régionales ou Nationales incluant strictement les thèmes prioritaires :** plafond de 200 € (100 € par jour x 2 jours), sous réserve d'assister à 2 jours,
- **Manifestations Nationales de 5 jours :** plafond de 300 € (100 € par jour x 3 jours), sous réserve d'assister à 3 jours,
- **Formation informatique** à l'usage exclusif dans l'exercice professionnel.

Rappel : Aucun organisme de formation ne peut être agréé ou sélectionné par le FIF PL ; seuls des thèmes de formations peuvent être présentés.

Voyage

Turquie

Les chirurgiens dentistes femmes en TURQUIE à travers le témoignage d'Arzu.

Au mois de juin 2006, j'assistai à une journée singulière : le 1er Symposium des femmes implantologistes. Ne se sont succédées aux exposés que des consœurs et parmi l'auditoire une majorité de femmes. C'est ainsi que je rencontrais Arzu, notre consœur d'ISTANBUL, qui a bien voulu répondre à mes questions.

La TURQUIE est un pays laïque situé aux confins de l'Europe et de l'Asie, aux paysages divers et variés : côtes à l'ouest et au nord, cheminées de fées en Cappadoce, montagnes à l'Est. 73.7 millions d'habitants pour 776 000 km².

La population a tendance à se concentrer dans les villes au détriment des zones rurales, suivant un mouvement que l'on observe dans tous les pays du globe.

La Turquie compte 21002 chirurgiens dentistes dont 41% de femmes et 59% d'hommes : essentiellement en exercice libéral pour 80% d'entre eux et 20% dans les services publics.

Ils se répartissent dans les 81 villes du pays dans les proportions suivantes :

Istanbul compte 12 millions d'habitants et 5888 dentistes

Ankara, la capitale, 4 millions d'habitants compte 2793 dentistes

Izmir, sur la côte méditerranéenne, 3 millions d'habitants compte 1743 dentistes

Antalya, plus au sud, 45000 habitants et 736 dentistes

La répartition des deux sexes selon les âges est de :

	Femmes	Hommes
Entre 21 et 35 ans	56 %	44 %
Entre 35 et 45 ans	50 %	50 %
Entre 45 et 55 ans	42 %	58 %
Au dessus de 55ans	16 %	84 %

Il est intéressant de constater une progression de la gente féminine dans les études dentaires. Tous les bacheliers passent un examen pour rentrer à l'université d'état ou privée. La Turquie compte 18 facultés dentaires dont trois à ISTANBUL.

Les études durent cinq ans avec trois années consacrées à la théorie et travaux pratiques hors sujets vivants, les deux dernières années sont consacrées à la clinique.



Selon une enquête récente :

- dans les universités privées :
45% d'étudiantes et 55% d'étudiants s'inscrivent en dentaire et 33% d'entre ont un parent dentiste.
- dans les universités d'Etat :
57% d'étudiantes et 43% d'étudiants inscrits en dentaire et seulement 3% ont un parent dentiste.

Le coût des études est un facteur sélectif.

Plus d'hommes s'orientent en chirurgie mais les femmes s'orientent en implantologie et réussissent parfois mieux que les hommes.

Arzu est une consœur dynamique. Etudiante francophone, elle s'est spécialisée très rapidement en implantologie, persuadée que cette discipline allait lui convenir et se développerait également en TURQUIE comme dans les autres pays du monde.

Se tenant au courant de la littérature étrangère, elle n'a pas hésité à franchir la frontière et apprendre l'implantologie à LILLE, où elle a obtenu son diplôme universitaire, major de sa promotion.

Rentrée à Istanbul en 1994, elle ouvre sa clinique dentaire où elle exerce aujourd'hui. Elle fonde également DENTAKADEMIA en 2004, centre de cours en implantologie (cf les photos qu'elle nous a confiées).

Là, je cite Arzu qui nous parle très bien de son métier et qui le fait avec passion : « Dans les cours où les participants viennent de toutes les régions de TURQUIE, des cours et des symposiums sont organisés avec des spécialis-

tes Turcs et étrangers. Quand je suis rentrée à ISTANBUL, l'implantologie n'était pas très répandue auprès des patients et confrères et j'ai plutôt rencontré une opposition. Ma ténacité a fait qu'aujourd'hui ce sont les patients qui sont demandeurs et que l'implantologie est une discipline mieux comprise et acceptée par mes confrères. Lorsque je dispense des cours à DENTAKADEMIA, je constate un intérêt identique des hommes et des femmes mais ces dernières osent moins et se mettent moins en avant que les hommes à mon grand étonnement. Je les encourage moi-même, n'hésitant pas à les assister au cours de l'acte chirurgical. Des consœurs vivent et travaillent dans les universités étrangères mais peu donnent des conférences. En TURQUIE, il n'existe pas de regroupement de chirurgiens dentistes femmes comme le notre. Mais très prochainement je m'y lancerai volontiers et de tout mon cœur. Pour l'avenir, je souhaite que la TURQUIE n'ait pas de complexes en matière de dentisterie, qu'elle prenne sa place dans les disciplines telle que l'implantologie et que les formations universitaires atteignent le niveau de pratique des cabinets. »

Arzu participera le 18 octobre prochain au 2^{ème} Symposium mixte, cette fois, des implantologistes

Pourquoi un Symposium organisé par des femmes compétentes ne s'appellerait-il pas Symposium des femmes implantologistes ? Aurions-nous quelques réserves séculaires à faire reconnaître nos compétences ?

Evelyne Peyrouty