

**MATERNITÉ
DES INDÉPENDANTES**

UTILISATION DE
LA MESSAGERIE SÉCURISÉE
DANS LES CABINETS DENTAIRES

**CESU
EN PRATIQUE POUR LES
CHIRURGIENS-DENTISTES**

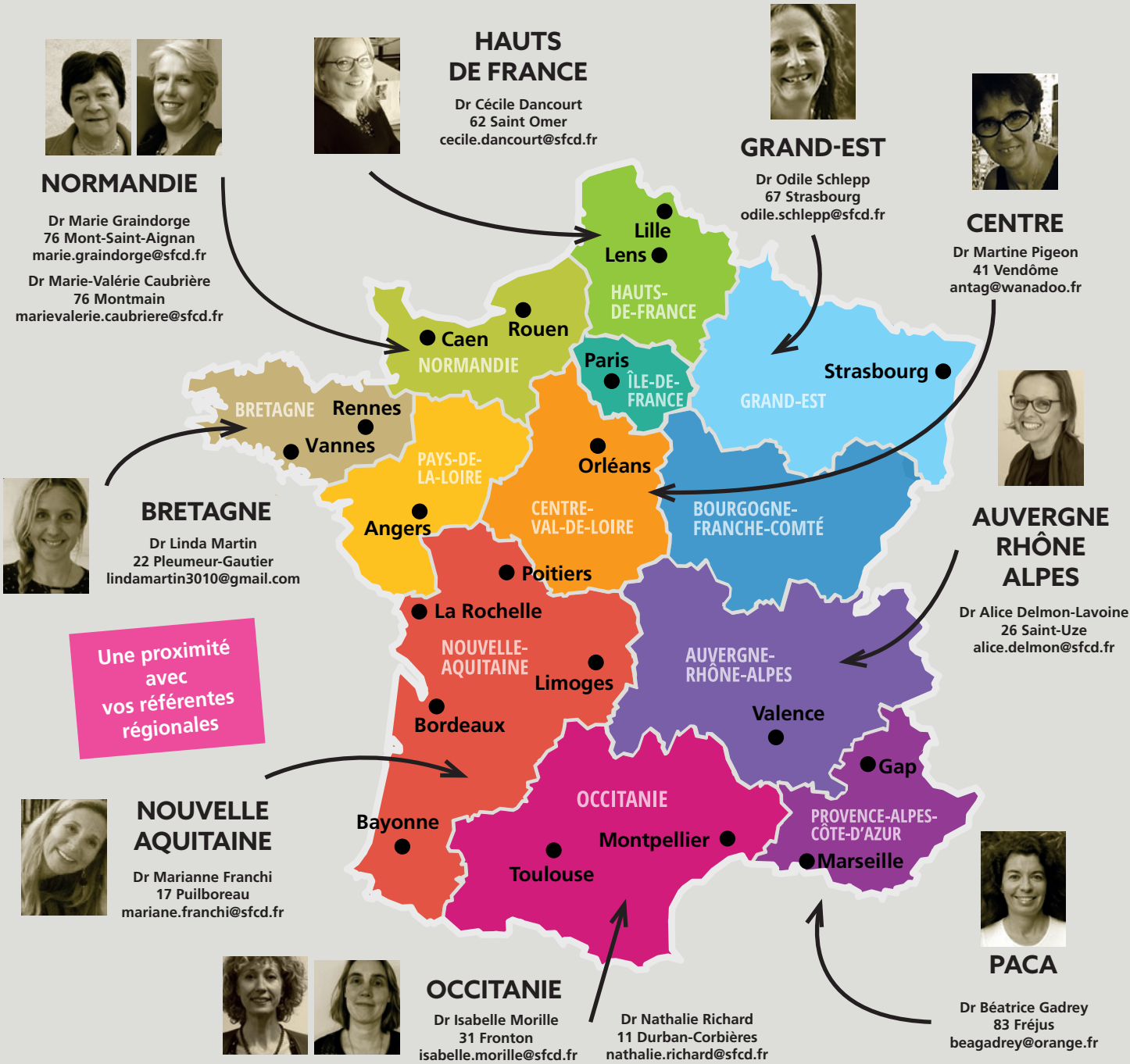
**DOSSIER
2^e PARTIE
LES
5 SENS**

Les Perturbateurs

APRÈS LES PERTURBATEURS ENDOCRINIENS, IL Y EN A D'AUTRES ...
**Nous n'y prêtons pas attention, pourtant ils peuvent générer
bien plus que de simples inconforts !**

-> Découvrez-les page 19

LE SFCD EST PRÉSENT DANS
VOTRE RÉGION



DES QUESTIONS,
DES DEMANDES,
CONTACTEZ-
NOUS !

SIÈGE SOCIAL
SFCD
22 rue de la Grande Armée, 75017 Paris
Tél : 05 81 02 41 93
E mail : sfcf@sfcf.fr

SERVICE JURIDIQUE
Sylvie Ratier
E-mail : sylvie.ratier@sfcf.fr

FFCD FORMATIONS
Secrétariat de direction :
Lemya Nadia
E-mail : ffcf.contact1@gmail.com
Inscriptions : Muriel Gayard
E-mail : ffcf.secretariat@gmail.com

ADHÉSIONS, INSCRIPTIONS, CONTACTS
Muriel Gayard
Tél : 05 81 02 41 93
E mail : muriel.gayard@sfcf.fr

RELATIONS PRESSE
Magali Fau-Jurado
E mail : magali.fau@sfcf.fr



RETROUVEZ-NOUS SUR TWITTER ET FACEBOOK :

SFCD Femmes Chirident

Directrice de la publication :
Nathalie Delphin
Rédactrice en Chef : Marie Brasset
Rédactrice adjointe : Claire Mestre
Ont participé : Alice Baras, Marie-Hélène Baey-Oudart, Manon Bestaux, Marie Brasset, Marc-Gérald Choukroun, Alice Delmon, Magali Fau-Jurado, Sabrina Gujadhur, Lucile Lambert, Brigitte Meillon, Claire Mestre, Sylvie Ratier, Stéphane Sananès, Nicole Vinot

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

sfcf.fr

ÉDITORIAL sfcf



Données, Donner,
DONNEZ !

Voilà plus d'un an que la loi RGPD (Règlement général sur la protection des données) est mise en place.

Notre code de déontologie à plus de 70 ans, le serment d'Hippocrate près de 25 siècles. Point commun : le respect du secret médical, de la vie privée et donc de nos données.

Il apparaît pourtant que de plus en plus de personnes soient attirées par nos données... et qu'elles ne comprennent pas la notion : INTERDIT DE DONNER !

Chaque chirurgien-dentiste sait, connaît et aspire à respecter les données de ses patients. Il en est le gardien, le dernier rempart, parfois incompris dans son rôle de protecteur de ces données. Le patient se retrouve pris au piège des demandes de certains prestataires, comme les complémentaires santé ou les agendas en ligne, sous la menace de ne pas avoir ce à quoi ils ont droit et ni l'assurance que leurs données seront protégées.

Donnez, ou vous ne serez pas remboursé.
Donnez, ou vous n'aurez pas accès à votre rendez-vous.
Donnez, cela ne vous coûtera rien, mais cela nous rapportera beaucoup !

L'ensemble de ses demandes abusives, interdites par la loi, reviennent ensuite vers les chirurgiens-dentistes qui se retrouvent devant un conflit éthique :

- respecter totalement et jusqu'au bout (afin de protéger son patient) le secret médical,
- ou céder pour permettre à son patient d'être remboursé,
- ou avoir un bonus au détriment de la liberté du patient et de ses droits.

La seule réponse à cette injonction est NON !

- NON**, vous n'aurez pas les codes CCAM complets
- NON**, vous n'aurez pas les matériaux
- NON**, vous n'aurez pas une radio « administrative »
- NON**, vous n'aurez pas le bilan médical
- NON**, vous n'aurez pas le but de la consultation

L'échange des données de santé de nos patients ne se fait pas d'un simple clic et sous la menace. Il y a des règles, des lois, et c'est de notre responsabilité, nous chirurgiens-dentistes d'y être vigilants, pour protéger nos patients et notre intégrité.

Dr Nathalie Delphin

Sommaire

P.4 : Adhérer au SFCD !	P.9 : Dossier : messagerie sécurisée	P.34 : le placebo, une intrigante efficacité
P.5 : L'ancien PCR devient CRP	P.13 : PFIDASS	P.36 : Achat de CESU préfinancés
P.6 : Congé maternité des travailleuses indépendantes	P.15 : Les ressources humaines en santé	P.38 : Conflit Éthique. Reste à Charge Zéro
P.7 : Congé maternité & collaboration	P.17 : contrôle d'activité des chirurgiens-dentistes	P.39 : Les voiles de la SOP
P.8 : Suspension de l'obligation vaccinale pour le BCG	P.19 : Dossier : Perturbateurs 2 ^e partie	P.40 : Alors, heureuse ?
	P.28 : Formations FFCD	P.42 : Courrier des lecteurs
		P.43 : On parle de nous dans la presse

ALORS CETTE ANNÉE VOUS ADHÉREZ AU SFCD !

**POUR S'ENGAGER POUR VOTRE PROFESSION.
POUR PROMOUVOIR VOS VALEURS. POUR DÉFENDRE VOS DROITS.
POUR SOUTENIR ET ÊTRE SOUTENU.**

VOTRE BULLETIN DE COTISATION 2019 au SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

- ☐ **OUI ! J'adhère au SFCD en 2019**
☐ **OUI ! Je soutiens le SFCD en 2019**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Tél : _____

Fax : _____

E-mail : _____

Année de diplôme : _____ 1^{re} année d'exercice : _____

Mode d'exercice : _____

- ☐ **Je suis parrainé(e) par :**

Nom : _____

Prénom : _____

Tarifs d'adhésion annuelle

- ☐ Adhésion : 300 €
☐ Première année d'exercice : 100 €
☐ Etudiante : Gratuit
☐ Retraitée : 100 €
☐ Supporter chirurgien-dentiste : 300 €
☐ Supporter non chirurgien-dentiste : 100 €

Je joins un chèque libellé à l'ordre du SFCD
à mon bulletin d'adhésion



Bulletin d'adhésion à retourner
avec votre règlement à :

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



**Nous réservons
une surprise
aux parrains
et aux marraines !**

**MON CADEAU
DE BIENVENUE***

**1 FORMATION
GRATUITE
SUR LE SITE sfcd.fr**

*pour les primo adhérents(es)
et primo supporters

**VOUS DÉSIREZ RECEVOIR
LA REVUE IFCD ET VOUS N'ÊTES
PAS ADHÉRENT(E) AU SFCD ?**

C'EST POSSIBLE !

La revue IFCD c'est 4 numéros
en version numériques par an
dont 1 numéro « ADF »
en version papier



BULLETIN D'ABONNEMENT À LA REVUE IFCD

Je coche mon choix :

- ☐ **Oui, je m'abonne pour une année** (soit 4 numéros numériques dont un numéro papier) **120 €**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Tél : _____

E-mail : _____



Bulletin à retourner avec votre
chèque libellé à l'ordre du SFCD :

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

Les frais d'envois sont offerts !

À LA UNE <5

RÈGLEMENTATION

L'ANCIEN PCR DEVIENT CRP = CONSEILLER EN RADIOPROTECTION

Il s'agit d'une évolution importante puisque ses missions s'étendent à la protection des populations (ex : patients) et de l'environnement face aux risques radiologiques, en plus de celle des travailleurs.

Selon le décret à paraître pour 2021, pour être PCR externe, il faudra être organisme certifié en radioprotection (structure nécessitant beaucoup d'organisation, d'administratif, ...), il faudrait suivre une formation PCR niveau 2 voire niveau 3).

■ **Les contrôles externes de radioprotection deviendront des vérifications externes** de radioprotection.

■ **Les organismes agréés en radioprotection devront obtenir**, en plus de l'agrément de l'ASN, l'**accréditation du COFRAC** (Comité Français d'Accréditation).

■ **Dans le code du travail**, par un décret de juin 2018. La limite zone bleue zone verte est de 1,25msv intégrée sur 1 mois et non 7.5 µsv en 1h corps entier.

■ **Les limites d'exposition au cristallin sont abaissées de 45msv à 15msv pour les jeunes travailleurs et les travailleurs de catégorie B et de 150msv à 20msv pour les travailleurs de catégorie A.**

■ **Aucun changement pour la PCR interne** dont le renouvellement reste de niveau 1, sans autre obligation.

■ **La fiche d'exposition** aux rayonnements ionisants est **remplacée par la fiche d'évaluation individuelle de l'exposition aux rayonnements ionisants.**

■ **Analyse du risque radiologique lié au radon dans les ERT** (Etablissements Recevant des Travailleurs) en zone 3.

Une fois le champ d'application défini, la CIPR (Commission Internationale de Protection Radiologique) fait reposer son système de protection radiologique sur 3 principes, non hiérarchisés, car devant s'appliquer simultanément = art I 1333-2 du code de la sante publique :

- **le principe de justification**, selon lequel une activité nucléaire ne peut être entreprise ou exercée que si elle est justifiée par les avantages qu'elle procure sue le plan individuel ou collectif, notamment en matière sanitaire, sociale, économique ou scientifique, rapportés aux risques inhérents à l'exposition aux rayonnements ionisants auxquels elle est susceptible de soumettre les personnes

- **le principe d'optimisation**, selon lequel le niveau de l'exposition des personnes aux rayonnements ionisants résultant d'une de ces activités, la probabilité de la survenue de cette



exposition et le nombre de personnes exposées doivent être maintenus au niveau le plus faible qu'il est raisonnablement possible d'atteindre, compte tenu de l'état des connaissances techniques, des facteurs économiques et sociétaux et le cas échéant, de l'objectif médical recherche

- **le principe de limitation**, selon lequel l'exposition d'une personne aux rayonnements ionisants résultant d'une de ces activités ne peut porter la somme des doses reçues au-delà des limites fixées par voie réglementaire, sauf lorsque cette personne est l'objet d'une exposition à des fins médicales ou dans le cadre d'une recherche mentionnée au n°1 de l'article I. 1121-1.

Dr Marie-Hélène Baey-Oudart

DOSSIER POLITIQUE



CONGÉ MATERNITÉ DES TRAVAILLEUSES INDÉPENDANTES : ALIGNEMENT DE SA DURÉE SUR CELLE DES SALARIÉES

Le décret¹ de mai 2019 améliore la protection sociale maladie et maternité pour les travailleuses indépendantes :

Le décret :

- **il allonge la durée d'indemnisation** du congé maternité pour les travailleuses indépendantes pour l'aligner sur celle des salariées, soit 112 jours ;
 - **il procède également à des simplifications du calcul des indemnités journalières** au titre de la maladie et de la maternité pour les travailleurs indépendants, notamment en supprimant la condition d'être à jour des cotisations.
- Attention toutefois :** il précise la décomposition de la durée minimale d'arrêt pour le bénéfice d'une indemnisation au titre de ce congé et oblige à un arrêt de travail minimal de huit semaines dont six semaines de repos post-natal.

1/ Décret n° 2019-529 du 27 mai 2019 relatif à l'amélioration de la protection sociale au titre de la maladie et de la maternité des travailleurs indépendants a été publié au JO du 29 mai 2019

2/ Décret n°95-337 du 30 mars 1995 modifiant le code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets simples) et relatif aux prestations en espèces d'assurance maternité dans les régimes des travailleurs non salariés des professions non agricoles et des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés qui avait créé le congé maternité pour les non salariées non agricoles

Ce texte s'applique aux allocations dont le premier versement intervient à compter du 1^{er} janvier 2019 et aux indemnités journalières versées au titre des cessations d'activité au titre de la maternité débutant à compter du 1^{er} janvier 2019.

Les nouvelles modalités de calcul des indemnités journalières en fonction des cotisations effectivement acquittées s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020.

Les autres dispositions s'appliquent aux arrêts de travail débutant le lendemain de la publication du présent décret.



Concrètement :

- **Qu'est-ce que ce texte change pour les femmes chirurgiens-dentistes conventionnées ?**

Suppression de la condition d'être à jour des cotisations sociales. Tout le reste était déjà prévu pour elles : voir la fiche maternité du SFCD

- **Qu'est-ce que cela change pour les femmes chirurgiens-dentistes non conventionnées ?**

Comme elles ne bénéficiaient pas, auparavant, de l'alignement de leur congé sur celui des salariés : tout ! Elles bénéficiaient seulement du texte voté en 1995², qui leur ouvrait droit à 60 jours d'arrêt consécutifs en cas de naissance simple et 90 jours en cas de naissance multiple et en cas d'état pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement.

- **« Une fausse bonne idée » pour beaucoup de travailleuses indépendantes ?**

- Tout dépend des conditions d'indemnisation de chacune
- Très compliqué pour beaucoup de toutes petites structures dans lesquelles la professionnelle est la seule « unité » de travail !
- Parce que pour pouvoir bénéficier des indemnités, il faut obligatoirement s'arrêter 8 semaines incompressibles

AIDE JURIDIQUE SFCD



CONGÉ MATERNITÉ & COLLABORATION

Perdre brutalement son emploi est un événement marquant, qui laisse des cicatrices. Mais que ces cicatrices balafrent le bonheur immense qui va de pair avec la maternité n'est aujourd'hui plus permis. C'est d'ailleurs illégal.

En tant que Chirurgien-Dentiste avec un contrat de collaboration libérale, j'ai « tenu au maximum » malgré une grossesse pathologique – selon les recommandations de mon titulaire – pour ne pas « trop tirer sur la corde » (entendez par là : prendre un congé maternité le plus court possible).

Ce dernier m'a affirmé avant mon départ que je retrouverai ma place, celle-ci n'étant nullement menacée, idée qui ne m'avait même pas traversé l'esprit puisque nous avions des projets d'association.

Trois jours après ma reprise, mon titulaire rompt notre contrat de collaboration. Je suis sous le choc. Abasourdie. Je n'y crois pas. Cet heureux événement qui est venu au monde quelques mois auparavant, est voilé, entaché par cette nouvelle aussi brutale que soudaine. Mon entourage me dit que « ce n'est pas normal » et que j'ai des recours. Je ne suis pourtant pas en état de me battre. Je réponds que « non, dans le libéral, c'est comme ça. » Je me fais une raison : c'était le délai de préavis de rupture signé dans notre contrat de collaboration, qu'il a respecté. Je me sens seule, isolée, ne sachant vers qui me tourner. Même lorsque j'ai appelé le conseil de l'ordre pour confirmer ma cessation d'activité, les explications du contexte n'ont pas fait écho. Je n'ai à ce moment, plus envie d'y penser et espère tourner la page avec le temps. Qui y'a-t-il à faire de toute façon ?

Mais le temps n'y fait rien et cette injustice est toujours là. Pire, la naissance de mon premier enfant est à présent associée à un épisode dif-

ficile de ma vie, comme s'il en était l'auteur. Les mois passent, je retrouve un travail mais je me sens fragile, j'ai perdu confiance en moi. Je peine à me reconstruire. Je n'ai pas la force de rouvrir cette blessure – toujours ouverte d'ailleurs – même si on me dit « qu'il y a quelque chose à faire même en libéral ». Une amie juriste me trouve les textes de loi, mais je n'ai pas la force d'y donner suite. Je me résigne : c'est du passé, maintenant je veux avancer et non plus regarder en arrière.

L'avenir me tend alors les bras avec une deuxième grossesse. Cet enfant me donne de la force. C'est à ce moment que j'ai pu prendre du recul pour « voir ce qu'il y avait à faire ».

J'ai eu, à cet instant, la chance d'être en contact, de manière fortuite, avec un membre du Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes -dont je ne faisais pas encore partie- qui m'a ensuite conseillée, soutenue, et accompagnée, tout comme mon amie juriste, dont les textes de loi ont pu soutenir notre démarche.

Il est en effet très facile de « ne pas oser », et difficile de savoir quel recours l'on peut avoir, et surtout vers qui se tourner.

Le SFCD ne s'est pas contenté de prêter une oreille compatissante à mon histoire, il m'a soutenu et m'a donné les recours possibles en m'épaulant, me rassurant et en donnant un poids juridique à mon dossier.

J'ai ainsi pu être orienté vers la juriste du Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes qui a pris en charge mon affaire.

Ces interlocutrices efficaces et dynamiques m'ont donné les moyens de me battre et de défendre mes droits.

J'ai voulu porter plainte grâce, et pour mon futur enfant. Pour qu'il arrive dans un environnement serein et qu'il ne soit en aucun cas la cause d'une perte d'emploi, et la victime de sentiments contraires. Je l'ai fait aussi pour moi, pour que jamais plus cela ne m'arrive. Et je l'ai aussi fait pour toutes celles qui n'ont pas encore la force de le faire. Pour que plus personne n'ait à subir cette terrible épreuve dans ce moment de vulnérabilité.

J'ai pu porter plainte grâce au SFCD.

Cela m'a permis de réparer l'injustice dont j'avais fait preuve. C'est grâce à ce recours et grâce au soutien du SFCD que j'ai pu sereinement tourner la page, et clore ce chapitre jusque-là inachevé. J'ai eu gain de cause. Maintenant, quand j'évoque cet épisode, je ne baisse plus la tête. Je me redresse fièrement et je réponds : **« c'était illégal, et j'ai obtenu justice ».**

Dr Sabrina Gujadhur

RÈGLEMENTATION

SUSPENSION DE L'OBLIGATION VACCINALE POUR LE BCG POUR CERTAINS PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Le décret¹ suspendant l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3112-1C et R.3112-2 du code de la santé publique a été publié le 1^{er} mars 2019.

Ainsi la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1^{er} avril 2019.

Les chirurgiens-dentistes sont au rang des nombreux professionnels de santé concernés.

Ce décret tient compte de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques.

Cette décision est conforme à l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique publié en 2017.

Etonnamment, les assistants dentaires travaillant ailleurs que dans « les dispensaires ou les centres de soins », donc par exemple dans un cabinet dentaire libéral, ne sont pas cités dans ce décret.

En l'état, cette obligation ne serait donc pas suspendue pour eux.

Il s'agit sans doute d'un oubli ?

Le SFCD interroge donc Mme la Ministre des Solidarités et de la Santé à ce sujet.

[Lien vers le décret ici](#)

Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

Par contre, entrée en vigueur de l'obligation d'immunisation contre l'hépatite B chez les assistants dentaires en formation dès le 1^{er} avril 2019 conformément à l'arrêté publié le 1^{er} mars 2019²

[Lien vers le décret ici](#)

1/ Décret n° 2019-149 du 27 février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG, JORF n°0051 du 1 mars 2019.
2/ Arrêté du 27 février 2019 modifiant l'arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, pris en application de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique

DOSSIER POLITIQUE

MESSAGERIE SÉCURISÉE

Tout commence par une invitation de l'URPS Médecins Libéraux d'Occitanie transférée par ma présidente de région qui ne pouvait pas s'y rendre. Je me porte volontaire. Après tout, le sujet m'intéresse et maintenant que je prends un rôle plus important dans notre revue, il faut que je sois au courant d'un maximum de sujets d'actualité.

Je m'assure quand même lors de mon inscription que les chirurgiens-dentistes sont concernés. Je sens que ma question « choque » par la réponse que je reçois : « Bien sûr, vous êtes un professionnel de santé ! »

Je ne sais comment l'expliquer mais nous, les dentistes, nous nous sentons souvent à part. Est-ce les médecins qui nous mettent à part ou est-ce simplement nous, qui ne nous sentons pas légitime ? A méditer...

Bon, j'arrive à la fameuse soirée du 6 février. Et là, rebelotte ! Il n'y a que des médecins dans la salle (beaucoup de généralistes, quelques spécialistes en statut hospitalier). Et bien sûr, c'est dommage, peu de monde. Là je ne me sens pas du tout à ma place. D'autant plus que je m'aperçois que les médecins utilisent la messagerie sécurisée de façon naturelle et depuis longtemps. Ils ne conçoivent pas de communiquer autrement sur des données de santé.

J'ai honte quand je vois que tous mes échanges avec mes confrères se font par messagerie classique, y compris l'échange de radios, photos. Je sais que ce n'est pas bien. Je me fais toute petite mais j'ouvre grand mes oreilles !

C'est vrai que j'ai le mauvais raisonnement de me dire que ce n'est que des dents. Les médecins ont entre leurs mains des diagnostics de maladies graves avec des pronostics vitaux engagés. Alors moi, à côté avec mes molaires cariées... Mais de voir ces professionnels de santé (au même titre que moi !) si sensibilisés et dans le juste. Ça me fait un électrochoc.



D'un coup, j'ai une prise de conscience même si je sais depuis longtemps que les données de santé sont très sensibles et encore plus depuis qu'on nous bourre le crâne avec le RGPD.

Je change de logiciel informatique métier et avec, il est inclus une interface de messagerie sécurisée. Promis dès que j'ai le logiciel installé, je m'y mets sérieusement !

[Lire la suite ->](#)

Le thème de la soirée : donner une information sur les évolutions de la messagerie sécurisée Médimail

Médimail est le système de messagerie sécurisée le plus utilisé en ex-région Midi-Pyrénées. Il est géré par le MIPIH (opérateur technique de la solution). Il a été construit par les URML – URPS. Il est financé par l'ARS.

Au niveau national, le système de messagerie sécurisée de référence est Mailiz. Il est financé par l'ASIP Santé, par l'Ordre.

L'ASIP (Agence des Systèmes d'Informations Partagés) a décidé de développer la e-santé :

ils ont donc créé cet espace de confiance qu'est MSSanté pour Messagerie Sécurisée de Santé (= terme générique)

Si on est professionnel de santé :

on a déjà sans le savoir un alias, une adresse MSanté Nationale (prénom.nom@profession.msante.fr) Pour avoir accès à cet espace de confiance, l'ASIP demande en pré-requis une authentification forte CPS et/ou OTP

MSSanté est un système de messagerie dédié uniquement aux professionnels de santé. Ce n'est pas pour échanger avec les patients.

Pour donner des informations au patient c'est le **Dossier Médical Personnel** (seul canal sécurisé pour communiquer au patient des données médicales) mais ça c'est encore un autre sujet. Le patient peut utiliser la voie qu'il veut pour partager ses données médicales (il n'est pas soumis au secret médical) cf : dossier SFCD sur le secret médical

L'Occitanie est une région pilote pour les évolutions de Médimail :

Tout d'abord par l'ouverture au médico-social (psychologues, assistantes sociales, éducateurs spécialisée).

Techniquement ces professionnels ont le droit d'accéder à la messagerie sécurisée mais ils ne le font pas. Tiens, ça ne vous rappelle pas quelqu'un !!!

En réaction à cette annonce, il y a une crainte dans la salle par rapport au « secret médical » car tous les acteurs du médico-social n'y sont pas soumis. En réponse, il est stipulé que les données de santé sont sensibles mais les données sociales (comme les données bancaires) le sont tout autant (revenus, situation familiale...) donc ces professionnels sont déjà

sensibilisés à la confidentialité des informations qu'ils communiquent. Puisqu'aujourd'hui, déjà nous échangeons, souvent avec eux par téléphone. Ce n'est pas l'information elle-même, c'est juste le moyen de communication qui change et il est désormais sécurisé.

Les intervenants en profitent pour rappeler un décret de Juillet 2016 sur les échanges d'informations entre professionnels de santé ou pas : **on ne peut transmettre des informations seulement avec l'accord du patient, en lui disant à qui on les transmet et pourquoi on les transmet.**

La deuxième évolution est la mise en place d'une authentification forte :

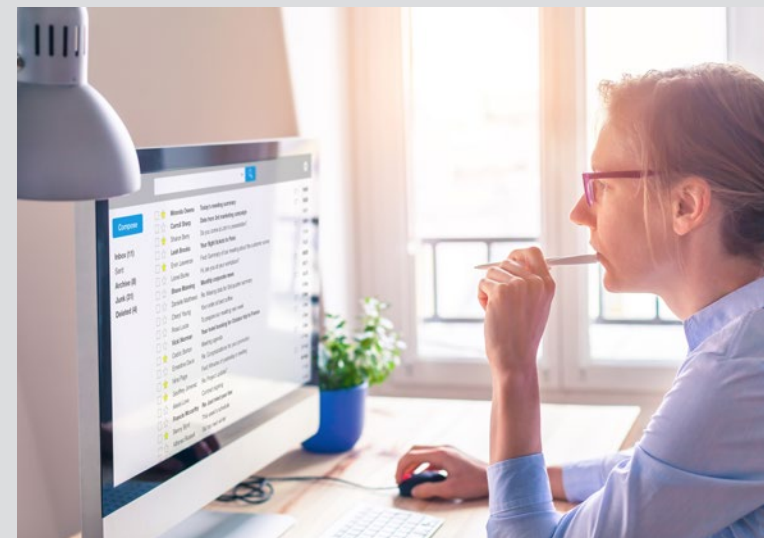
CPS et OTP. L'OTP est réception d'un code unique par SMS ou mail à chaque connexion à Médimail, comme lorsqu'on fait des achats par CB sur un site internet. L'assemblée à l'air de trouver ça contraignant. Les intervenants expliquent qu'il va d'abord y avoir un test sur un peu plus d'un mois pour voir ce que ça va donner. Mais que déjà il fallait en être convaincu. Ils demandent si aujourd'hui on conçoit de faire des



achats sur internet sans faire ce fameux code reçu sur notre téléphone.

A suivre...

*Dr Claire Mestre
Chirurgien dentiste Libéral (31)*



FONCTIONNALITÉS DE MÉDIMAIL :

- **MSSanté compatible**
- **Facilité d'utilisation** : comme n'importe quel webmail
- **Message limité à 4 pièces jointes** - 50Mo en tout
- **Conservation des messages 3 mois** dans le webmail Médimail. Il faut penser à les sauvegarder dans un autre endroit
- **Traçabilité** (conservation pendant 10 ans, avec la preuve de l'ouverture du message par le destinataire) et la confidentialité des échanges.
- **Annuaire des professionnels de santé**
- **Les accusés de lecture**
- **La hotline**
- **Gratuité**
- **Autres fonctionnalités pratiques** telles que la délégation aux secrétaires

UTILISATION DE MÉDIMAIL :

Cela peut être compliqué d'intégrer la messagerie Médimail à son logiciel de travail.

Mais il faut savoir que Médimail a son propre webmail et il peut s'ouvrir indépendamment sans passer par son logiciel de travail.

En fait, chaque éditeur de logiciel choisit son service de messagerie sécurisée.

Cela ne me paraît pas trop gênant mais rappelons que je suis à une soirée « Médimail » donc ils font leur promotion. L'important est d'utiliser une messagerie sécurisée. Mais il faut que nos correspondants l'utilisent aussi. Donc renseignez-vous auprès de votre URPS pour savoir ce qui est utilisé dans votre région et ensuite incitez vos correspondants à utiliser cette messagerie sécurisée. Puis il y aura l'effet boule de neige.

Les éditeurs de logiciels métiers ont conçu leur logiciel pour qu'il soit compatible avec Mailiz souvent et pas avec tous les opérateurs MSSanté car au niveau national ASIP Santé a fait un cahier des charges personnalisé Mailiz et pas un cahier des charges générique, compatible avec tous les opérateurs MSSanté.

Donc voyez aussi avec votre commercial quelle est la MS Sécurisée compatible avec votre logiciel.

Le MIPIH a tous les outils pour que les éditeurs de logiciels viennent se connecter chez eux. L'éditeur de logiciel métier doit juste concevoir le connecteur (selon les infos données par le MIPIH) pour relier Médimail au logiciel informatique de travail. Donc quand notre informaticien dit ça ne fonctionne pas avec Médimail, c'est faux, c'est juste qu'il faut créer ce connecteur. C'est à nous à faire pression sur nos éditeurs de logiciels. L'idéal serait que l'éditeur de logiciel crée un connecteur universel MSSanté pour que chaque praticien soit libre de choisir sa messagerie (comme en téléphonie)

On s'inscrit à Médimail (création d'un compte utilisateur) via le MIPIH (organisme public avec une charte) : nos données personnelles (adresse mail de contact) ne sont pas vendues

Lire la suite ->



■ QUESTIONS :

-> **Temps de connexion pour une session trop court.**
Est-ce qu'ils peuvent l'allonger ?

Ce temps réduit est un souhait de leur part. C'est pour garantir la sécurité ; pour éviter qu'une autre personne ne vienne sur l'ordinateur pendant notre absence.

Pour pallier au problème, ils vont mettre en place un bouton «enregistrer en brouillon».

Mais attention ce n'est pas un enregistrement automatique et on ne peut enregistrer qu'un seul brouillon

-> **Si c'est la secrétaire qui utilise Médimail :**

Elle doit utiliser sa propre carte CPS et le professionnel de santé doit faire une demande de délégation pour sa secrétaire.

Ceci est important car dans la traçabilité du message, on sait que c'est la secrétaire qui a utilisé le message.

Si elle a la carte CPS du professionnel de santé, on considère que c'est le professionnel de santé qui a utilisé la messagerie

■ PROJETS :

- **3^e trimestre 2019 :**
application Médimail pour Iphone/Android
- **Création d'un formulaire spécifique du professionnel de santé destinataire**
(Nom – Prénom – Spécialité – Département – Ville) qui permettra d'envoyer le message à cette personne même si elle n'est pas sur Médimail et le support technique contactera ce professionnel de santé dans les 72 heures pour essayer de l'inscrire sur Médimail



ANNONCE DE L'ARS :

• **Objectif de l'assurance maladie :**
intégrer le DMP du patient dans le logiciel métier. Il est considéré que si le patient a créé son DMP c'est qu'il a consenti à ce qu'il soit rempli donc sous-entendu, il n'y a pas besoin de demander son autorisation pour le remplir

• **Certains agents**
vont avoir un accès à une adresse de messagerie Médimail (ou MSSanté pour ceux qui n'aurait pas Médimail) pour communiquer avec les professionnels de santé

PLATEFORME D'INTERVENTION DÉPARTEMENTALE POUR L'ACCÈS AUX SOINS ET À LA SANTÉ

UN NOUVEAU DISPOSITIF POUR LUTTER CONTRE LE RENONCEMENT AUX SOINS

Le renoncement aux soins, source d'inégalités et de dépenses supplémentaires à moyen et long terme est un défi qui concerne la collectivité dans son ensemble.

C onsciente de cet enjeu de santé publique et des risques qu'il constitue pour l'avenir de notre système de soins, l'Assurance

Maladie se mobilise pour lutter contre le phénomène de non recours, via un Plan d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures (Planir).

Dans le cadre de ce plan, l'Assurance Maladie a généralisé progressivement un nouveau dispositif de lutte contre le renoncement aux soins à l'ensemble du territoire : **la Plate-Forme d'intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS).**

Le fonctionnement de la PFIDASS

Ce dispositif consiste à détecter les personnes en situation de renoncement aux soins et à leur proposer un accompagnement personnalisé global, du recours aux droits jusqu'à la réalisation des soins.

Concrètement, lorsqu'une difficulté d'accès aux soins est repérée, trois niveaux d'accompagnement peuvent être proposés :

- **Un accompagnement administratif** pour aider la personne à bénéficier des droits adéquats ;
- **Une orientation et un suivi** dans le système de soins et de santé pour informer et conseiller l'assuré dans l'identification et la sélection des professionnels de santé à solliciter ;
- **Un accompagnement financier** pour identifier les solutions permettant de financer le reste à charge.

Un travail partenarial local à développer

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie va au-devant des personnes qui méconnaîtraient leurs droits administratifs et se charge également de repérer, en partenariat étroit avec les autres acteurs de la santé et du social, celles qui ren-

contraient des difficultés pour accéder aux soins, voire qui renonceraient à se soigner.

Le dispositif repose sur une coopération étroite avec les autres acteurs du tissu local, professionnels de santé, collectivités territoriales, centres communaux d'action sociale (CCAS), établissements hospitaliers, organismes complémentaires... au service de l'identification des situations sensibles et de l'accompagnement individualisé et proactif des assurés concernés.

Ce sont eux, et non l'assuré, qui saisissent l'Assurance Maladie de ces situations problématiques.

Lire la suite ->

Source : <https://www.ameli.fr>

Le point de vue du SFCD

Pour le SFCD, la réduction des inégalités sociales en santé, n'est plus une option !

La mission fondamentale de l'Assurance Maladie est de garantir à chacun l'égal accès à des soins répondant à ces besoins médicaux, grâce à l'utilisation de deniers publics collectés selon le principe de solidarité.

La santé ne peut plus (ne doit plus !) être réduite aux seuls soins et doit concerner l'ensemble de la population.

Un accompagnement individualisé global est en effet parfois indispensable pour accompagner les personnes malades à vivre mieux leur maladie, à guérir ou éviter d'être malade.

Pour autant, continuer à mettre en œuvre un dispositif centré uniquement sur le soin et à la seule destination de publics cibles ne semble pas pour le SFCD, constituer un choix à même d'assurer l'avenir de notre système de soins/santé.



Le SFCD a déjà communiqué largement sur le CPP, un dispositif basé sur la prévention et accessible à tous. Il a été présenté encore lors du colloque du 21 juin 2019 au Sénat.

Le Compte Personnel de Prévention (CPP) c'est quoi ?

UNE RÉVOLUTION POUR LE 21^E SIÈCLE :

L'accès à la santé par la prévention

Le Compte Personnel de Prévention (CPP) ouvre une démarche globale de santé partant du patient.

- > **Activé librement par chacun, à tout âge de sa vie**
- > **Quel que soit son état de santé, sa situation personnelle et économique**
- > **Universel, financé par la solidarité nationale**
- > **Accessible via une plateforme publique**



A découvrir en détail sur sfcd.fr

LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ :

QUELLES PERSPECTIVES DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Séminaire HCAAM (Haut Conseil à l'Avenir de l'Assurance Maladie).

1^e journée : ressources humaines et organisation des soins.

Selon **Anne Marie Brocas**¹, le savoir des professionnels de santé, obtenu au travers de la formation initiale ou continue, influence l'orientation même du système de santé. Rappelons-nous, la réforme Debré a tout d'abord été une réforme des études médicales !

Le défi actuel est d'arriver à ce que les professions médicales, paramédicales et sociales, malgré la fragmentation de leur culture, puissent avoir une vision commune du système de santé. L'évolution de leurs compétences s'accompagnera alors d'une évolution de leurs missions et de leurs responsabilités.

Prospective et pilotage des ressources humaines dans un contexte de transformation.

Muriel Barlet², a présenté des projections stabilisées à l'horizon 2040 concernant le nombre de professionnels de santé. Cependant, les médecins généralistes ne devraient pas être en mesure de faire face à une augmentation de la demande de soins induite par la population senior.

La multiplication des spécialités médicales (44 aujourd'hui) abordée par **Patrice Diot**³ accentue ce problème car le cloisonnement étanche qu'elle induit, pose également aujourd'hui un problème d'accès aux soins. Une solution pourrait être apportée par le modèle Néozélandais présenté par **Lucie Michel**. En effet, ce système a redéfini les ressources humaines en santé non pas en partant des problématiques qu'avaient les professionnels à résoudre pour eux-même mais des besoins médicaux de la population à couvrir.

Outils numériques : enjeux et impacts pour les professionnels

Etienne Piot⁴ a exprimé l'importance qu'ont aujourd'hui les outils numériques dans la pratique médicale depuis la prise de rendez-vous en ligne jusqu'à la téléexpertise. **Marie Benque**⁵ a souligné l'inadaptation des plateformes sécurisées aux besoins des professionnels de santé. Ces derniers ont besoin non seulement d'outils à bas coûts et hautement ergonomiques, mais également de rémunération attractive pour développer la téléconsultation. **Alexandre**

Mathieu-Fritz⁶ a ensuite développé les différents modes possibles de la téléconsultation médicale ; tandis que **Jean François Thébaut**⁷, qui a comparé les conséquences de la révolution du numérique en santé à celles de l'écriture ou de l'imprimerie, a rappelé qu'il est de la responsabilité de chaque professionnel de santé de veiller à ce que ces outils numériques soient des outils en plus et non des outils supplétifs (à la place de).

Rôle et mission des professionnels de santé à moyen terme

A l'heure actuelle, selon **Daniel Guillerm**⁸, les textes qui définissent les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) sont mal « périmétrés ». Les IPA pourraient constituer un levier systémique si un socle triptyque clair était défini autour du médecin traitant, du pharmacien correspondant et de l'infirmier référent avec notamment pour ce dernier un accès direct au patient. **Patrick Blanco**⁹ a présenté le projet ange gardien, développé dans le cadre expérimental de l'article 51, qui intègre largement les infirmiers de coordination. **Jean Godard** a appelé à une particulière vigi-

Lire la suite ->

SÉMINAIRE HCAAM, SUITE

lance sur le terme de coordination qui est largement galvaudé aujourd'hui. Loin de décloisonner les spécialités médicales cette organisation autour de la « coordination » aboutit à la fordisation des métiers et l'industrialisation du soin.

S'appuyer sur les ressources humaines pour remodeler les organisations

Sylvie Bigare a présenté un tout nouveau projet d'Equipe de Soins Primaires (ESP) créée sous forme associative ; tandis que **Jean Luc Roelandt**¹⁰ a présenté un projet, vieux de 50 ans, créé à partir de rien et sans aucun financement ou dispositif particulier, fondé seulement sur la bonne volonté de tous les acteurs autour de la psychiatrie. Finalement **Jean Marc Aubert**¹¹ a souligné le manque de maturité (tout à fait explicable par leur histoire et leur culture) des professionnels de santé dans leur ensemble pour accepter à l'heure actuelle de trop grands bouleversements dans la rémunération et la mise en place de dispositifs de coordination.

François Xavier Schweyer a conclu cette journée en rappelant que la coordination, si ardemment souhaitée et recherchée par tous, ne se mettra pas en place à cause des dispositifs d'incitation financière mais grâce à un changement de mentalité des professionnels de santé eux-mêmes. Et ce changement des mentalités passera inévitablement par l'acquisition de nouveaux schémas de pensée, véhiculés par une formation redéfinie, une autonomie des professionnels repensée et la légitimité de leur action reconsidérée.

Sylvie Ratier

INTERVIEW



Interview du Dr Alice Delmon, chirurgien-dentiste libérale qui participait également à cette journée pour représenter le SFCD :

Quel est votre ressenti à l'issue de cette journée ?

« J'ai trouvé cette journée très enrichissante grâce à la qualité des orateurs, certains avec une expérience de terrain, d'autres plus politiques. Auditeurs, nous étions peu nombreux, ainsi, nous avons pu largement intervenir.

J'ai bien senti l'évolution voulue par les finances d'une médecine globalisée où tout le monde travaillerait en « concertation... » avec une rémunération « globale ». Ce ne sont pas des gros mots mais pour le terrain rural ça fait sourire.

Par ailleurs les gens de terrain, le nez dans les difficultés, « la vraie vie » si j'ose dire craignent une déshumanisation, un désengagement des professionnels au vu d'une rémunération aléatoire...

Bref j'ai adoré, j'aurais voulu connaître le sentiment des jeunes professionnels...et plus de temps pour approfondir.

J'ai noté une absence totale des chirurgiens-dentistes dans les discours prononcés et dans la salle, à part Sylvie et moi-même...

J'y retourne en octobre, je vous tiendrai au courant de la suite... »

Pour aller plus loin :

Rapport de Task force sur la réforme du financement de la Sécurité Sociale :

Découvrez le ici

1/ Présidente du HCAAM (Haut Conseil à l'Avenir de l'Assurance Maladie)
2/ Sous directrice de l'Observatoire de la santé et de l'assurance maladie, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
3/ Doyen de la faculté de médecine de Tours, Président de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS)
4/ Médecin addictologue, Conseiller scientifique du HCAAM
5/ Médecin généraliste, cabinet IPSO à Saint Martin
6/ Professeur de sociologie à l'Université Paris est Marne La Vallée, Directeur adjoint du LATTs (UMR CNRS 8134)
7/ Cardiologue, Conseiller scientifique du HCAAM
8/ Président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)
9/ Chef du service d'immunologie et d'immunogénétique au CHU de Bordeaux
10/ Directeur de centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Etablissement public de santé mentale Lille Métropole.
11/ Directeur de la DREES et de la Task force sur la réforme du financement

DOSSIER POLITIQUE

CONTRÔLE D'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES

UN CONTRÔLE STRICT PAR LA LOI

Episode 1 : le décor et les acteurs¹

La préservation de notre système de santé solidaire, qui fonctionne au bénéfice de tous, nécessite la mise en œuvre de contrôles qui garantissent la bonne utilisation de la ressource collective.

En 2012, les partenaires conventionnels (UNCAM et Syndicats de professionnels de santé) se sont entendus sur un nouveau texte, une charte, dont l'ambition est de trouver le juste équilibre entre l'exercice légitime de la mission de contrôle de l'assurance maladie et les droits des professionnels de santé et d'ancrer ainsi cet équilibre dans une relation apaisée et fondée sur une confiance mutuelle.

Cette charte² n'a pas pour vocation à se substituer aux textes législatifs, réglementaires et conventionnels, qui définissent les modalités de ces contrôles ainsi que les garanties accordées aux personnes contrôlées ; mais a pour objectif de contribuer au bon déroulement des opérations de contrôle menées par l'Assurance Maladie en les faisant mieux connaître et en précisant les principes que doivent observer les caisses d'assurance maladie, le service du contrôle médical mais aussi le professionnel de santé lors des investigations.



1 • Seulement deux seuls types de contrôles autorisés par la loi

Le contrôle de l'activité d'un professionnel de santé intervient, d'une part, avant paiement, sur les demandes de prise en charge ou de règlement des prestations et, d'autre part, après paiement à la suite notamment de la détection d'atypismes statistiques, de témoignages ou de

signalements d'anomalies. Ce contrôle est réalisé par la Caisse d'Assurance Maladie compétente et/ou par le Service du contrôle médical.

La séparation des tâches entre le contrôle administratif et le contrôle médical tient à la nature même de l'activité médicale. Elle découle de l'exigence de la maîtrise de l'expertise médicale ainsi que du respect du secret médical dans cer-

Lire la suite ->

DOSSIER POLITIQUE, SUITE

taines situations. Elle nécessite que les auteurs des contrôles soient clairement identifiés (courriers signés et datés avec une mention intelligible du nom et du prénom de l'interlocuteur, la mention du service auquel ils appartiennent).

2 • Le contrôle d'activité effectué par la Caisse

La Caisse a compétence, dans le respect du secret professionnel, pour vérifier :

- **que la facturation ou la demande de remboursement est conforme à l'activité** du professionnel de santé,
- **que la facturation ou la demande de remboursement est conforme aux dispositions législatives** et réglementaires en vigueur,
- **que l'ensemble des conditions administratives** auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli,
- **que les dépenses présentées au remboursement**, y compris les dépassements d'honoraires ne méconnaissent pas la réglementation en vigueur et les engagements conventionnels.

Ce contrôle est effectué par des agents placés sous la responsabilité du directeur de la Caisse.

Ceux qui sont agréés et assermentés ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire, c'est-à-dire que leurs déclarations prévalent tant que la preuve n'est pas apportée que celles-ci sont inexactes. Les agents agréés et assermentés doivent préciser leur qualité et le motif du contrôle.

3 • Le contrôle d'activité effectué par le Service du contrôle médical

Le Service du contrôle médical a une compétence générale d'appréciation des éléments médicaux commandant l'attribution et le service des prestations sociales. Il contrôle ainsi les éléments médicaux qui conditionnent le bénéfice des prestations sociales, tout en respectant le secret médical.

Il a le pouvoir de constater les activités abusives en matière de prescription et d'application de la tarification des actes ou des prestations sanitaires et la pleine capacité à relever le respect ou le non-respect des règles législatives, réglementaires ou conventionnelles, des recommandations de bonne pratique clinique ou des références professionnelles en matière de dispensation des soins à des bénéficiaires de l'Assurance Maladie.

Les contrôles du Service du contrôle médical, services indépendants des trois régimes d'Assurance Maladie (général, des travailleurs indépendants et agricole), sont confiés à des médecins conseils, chirurgiens-dentistes conseils ou pharmaciens conseils. Ils s'inscrivent dans le cadre de la mission de service public de l'Assurance Maladie. Ils sont réalisés par des praticiens conseils dans le respect des codes de sécurité sociale et de santé publique ; ce dernier contenant notamment les dispositions déontologiques dont relèvent tous les professionnels de santé y compris les médecins conseils, chirurgiens-dentistes conseils et pharmaciens conseils.

Ainsi, conformément aux codes de déontologie des professionnels de santé, les praticiens conseils (médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens conseils) sont tenus au secret médical envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à leurs services.

4 • Les professionnels de santé susceptibles d'être contrôlés

Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, biologistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, audioprothésistes, orthoptistes, pédicures podologues, transporteurs sanitaires : à l'occasion de leur prise en charge de leur patient.

Lorsqu'ils subissent un contrôle d'activité, la charte leur est adressée pour information au moment des premières demandes de renseignements exprimées par la caisse et/ou le service du contrôle médical vis-à-vis d'eux ainsi qu'avant la convocation ou l'audition de ses patients, sauf dans le cas où ce contrôle d'activité aurait pour finalité de rechercher d'éventuels cas de fraude.

Cette charte est mise à disposition des professionnels de santé dans l'espace qui leur est dédié sur les sites Internet des trois régimes d'Assurance Maladie, afin qu'ils puissent connaître leurs droits et obligations mais également les droits et obligations de celui ou celle qui vient contrôler leur activité.

Ce sera l'objet de l'épisode 2, à paraître dans notre prochain numéro !

Sylvie Ratier

Source : ameli.fr

1 = le champ d'application !

2 / Cette charte ne s'applique pas au contrôle ponctuel d'une facture, d'une demande de remboursement ou d'un accord préalable de prise en charge. A l'occasion d'un tel contrôle, la détection par une caisse ou par le Service du contrôle médical d'une erreur de codage ou d'un manquement à la facturation doit occasionner une prise de contact avec le professionnel de santé pour lui faire un rappel à la règle, propos confirmé par un écrit.

LES PERTURBATEURS

Après nous être arrêtés sur les perturbateurs endocriniens dans notre dernier numéro,

LE SECOND VOLET DE NOTRE DOSSIER EST ICI CONSACRÉ AUX PERTURBATIONS QUE SUBIT NOTRE CERVEAU À TRAVERS NOS CINQ SENS

Le cerveau est le quartier général du système nerveux central. Les hémisphères cérébraux en constituent la partie la plus importante. Ils sont le siège de la raison et de la créativité. Ils sont divisés en quatre parties ou lobes : le lobe frontal, le lobe occipital, le lobe pariétal et le lobe temporal, auxquels s'ajoute le système limbique.

- **Le lobe occipital** est situé à l'arrière des hémisphères, près de l'os occipital du crâne. Il contient les centres responsables de la **vision**.
- **Le lobe pariétal** est situé dans la partie moyenne du cerveau. Il reçoit les informations relatives au **toucher** et à l'orientation spatiale.
- **Le lobe temporal** est situé sur le côté, près de l'os temporal. Il contient les centres de l'**audition**, du **goût** et de la mémoire.
- **Le lobe frontal**, situé juste derrière le front, est responsable de la coordination motrice volontaire. Il contient les centres chargés du contrôle musculaire, mais aussi des mouvements rythmiques coordonnés de la tête et de la gorge, comme ceux consistant à mâcher, lécher ou avaler. Il contient également les centres de la pensée, de la mémoire, du raisonnement et des associations.

Le système limbique se subdivise en plusieurs régions, principalement l'amygdale et l'hippocampe. Impliqué dans les émotions, le sommeil, l'attention, la régulation du corps, les hormones, la sexualité et l'**odorat**, le lobe limbique est également la source de la chimie du cerveau : les neurotransmetteurs.

- **L'amygdale** est liée à l'instinct, l'émotion, les sens, la cognition.
- **L'hippocampe** est très impliqué dans l'apprentissage en agissant comme une barrière contre l'afflux de données qui nous bombardent chaque jour et en privilégiant les données nouvelles pour développer notre attention. Un stress mesuré, contrôlé et de courte durée favorise la mémorisation. En revanche, un stress intense et continu endommage l'hippocampe.

DOSSIER
2^e PARTIE
LES
5 SENS

L'OUÏE ET LA VUE

BRUIT ET LUMIÈRE : COMMENT PROTÉGER NOS YEUX ET NOS OREILLES ?

Nous, chirurgiens-dentistes, sommes baignés dans une atmosphère toxique pour notre vue et notre ouïe. Nous allons voir quels sont les différents facteurs et comment faire pour nous protéger.

Nous vivons une agression quotidienne dans notre travail, les particularités du métier ainsi que l'évolution numérique font un cocktail détonnant.

Tout d'abord les yeux

Les chirurgiens-dentistes travaillent sur un champ très raccourci, leurs yeux doivent s'adapter à chaque fois qu'ils sortent de la bouche des patients pour regarder les outils informatiques, discuter avec l'équipe...

De plus les lampes led, présentes dans nos plafonniers, nos écrans et au bout de nos turbines émettent de la lumière bleue. Les études tendent à prouver leur dangerosité.

D'accord le constat est clair mais que faire ?

Les cahiers de l'ADF, dans leur guide d'installation, donne des conseils afin d'éviter de passer d'une lumière trop éclairante à une zone sombre. Ne lésinez pas sur la qualité de l'éclairage d'ambiance.

Des aides optiques peuvent aussi améliorer le confort visuel, attention toutefois car elles peuvent augmenter les contrastes des changements de champ de vision.

Nous pouvons vous conseiller **des loupes sur monture de lunettes** à votre vue, de préférence galiléennes plutôt que prismatiques pour moins fatiguer les muscles pupillaires.

Un éclairage inclus est un vrai plus, mais attention à le choisir bien équilibré pour ne pas créer de tension musculaire dans votre nuque.

Enfin, si vous assistez à la formation FFCD sur les troubles musculo-squelettiques, vous apprendrez des petits exercices à faire pour préparer vos yeux à la journée de travail.

Les oreilles maintenant

Les bruits au cabinet dentaire sont nombreux, constant et ont différentes origines.

Les ultrasons, nos instruments rotatifs, le téléphone, les aspirations, les discussions des patients, le compresseur... Toutes ces sources

sonores s'ajoutent et rendent nos oreilles vulnérables et fatiguent notre cerveau.

Quelques solutions simples existent et vous permettent de vous protéger.

Le moteur d'aspiration peut être facilement déporté dans une autre pièce que la salle de soins. Pourquoi pas une cour ? Rapprochez-vous de votre installateur.

Le travail en équipe permet aussi de **transférer la sonnerie du téléphone** vers le secrétariat et les ultrasons de la stérilisation vers l'assistante.

Enfin **des bouchons d'oreille** faits par un audioprothésiste, en demandant spécifiquement une atténuation des bruits professionnels d'un cabinet dentaire me paraissent indispensables. Ils sont fabriqués sur mesure, et après un petit temps d'adaptation, diminuent les bruits des instruments tout en permettant la discussion avec le patient, l'écoute de la musique de fond.

Dr Brigitte Meillon

LE GOÛT

LES RISQUES LIÉS À L'EAU AU CABINET DENTAIRE

Le cabinet dentaire est alimenté essentiellement par de l'eau du réseau public, très souvent de bonne qualité, et doit répondre aux normes de potabilité ⁽¹⁾.

Malgré cela, le réseau de distribution intérieur au bâtiment ou à l'unité de soins dentaires constitue un facteur de risque. D'une part, la consommation d'eau est souvent faible avec de longues périodes de stagnation et d'autre part cette eau contient des micro-organismes qui peuvent coloniser, en association avec les germes pathogènes réaspirés au niveau de l'instrumentation dynamique, les parois internes des circuits de l'unité dentaire et être responsable de la formation d'un biofilm ⁽²⁾.

En outre, pendant ces périodes de stagnation la température de l'eau augmente créant un milieu favorable au risque de prolifération de Legionella et à la formation de biofilm. Des fragments de ce biofilm peuvent se détacher sous l'effet hydrodynamique et contaminer le personnel soignant et le patient.

Des études menées dans différents pays ont démontré que les unités de soins dentaires peuvent présenter un taux de contamination microbienne élevé. Ainsi, l'entretien régulier et permanent du cabinet dentaire doit faire l'objet de toutes les attentions afin d'éviter tout risque sanitaire.

Il peut y avoir trois sources de contamination associées aux soins : par voie digestive, respiratoire et parentérale

• Infections digestives :

Les Salmonelles, les Listeria ou les parasites responsables de diarrhées. Les virus B, A et E que l'on peut retrouver sur des dispositifs médicaux véhiculés par l'eau des points d'usage du cabinet dentaire. Le Pseudomonas aeruginosa ou Bacille Pyocyane que l'on peut retrouver dans les locaux de soins.

• Infections respiratoires :

La Legionella pneumophila, le Pseudomonas aeruginosa et certaines mycobactéries peuvent être présentes dans des aérosols (ou circuits d'eau chaude et climatiseurs) et provoquer la contamination de l'équipe soignante par inhalation. Néanmoins, les patients immunodéprimés ou âgés sont plus exposés.

• Infections parentérales :

L'eau contaminée au contact de l'os et des tissus conjonctifs peut conduire à des infections associées aux soins et provoquer des destructions osseuses avec des séquelles fonctionnelles. Il est préférable d'utiliser de l'eau stérile pour l'irrigation des plaies chirurgicales au cours des interventions de chirurgie, de parodontologie et en implantologie. Cela nécessite l'utilisation d'un dispositif de poches et de tubulures stériles

à usage unique totalement indépendant des circuits d'eau de l'unité dentaire.

Si le risque infectieux est relativement faible pour les patients immunocompétents traités dans un cabinet dentaire, la dose infectieuse requise pour provoquer l'infection chez un patient immunodéprimé, chez la personne âgée et chez le malade chronique est plus faible que celle requise chez l'enfant et l'adulte en bonne santé.

Une prévention du risque infectieux doit être mise en œuvre pour réduire le niveau de contamination aux points d'usage du cabinet dentaire. Elle doit être basée sur des règles de bonnes pratiques et sur des moyens physiques et chimiques.

La purge des équipements, une mesure nécessaire et préventive

La non-utilisation de l'unité dentaire favorise la prolifération des micro-organismes. La purge des équipements permet de réduire efficacement la concentration microbienne.

• En début de séance :

Afin d'éviter la survenue d'infections chez le patient, il est indispensable d'effectuer une purge des équipements en début de séance pendant au moins 5 minutes avant l'utilisation de l'unité

Lire la suite ->



LE TOUCHER

GANTS : PERTE DU TOUCHER ?

1. Les Gants : une histoire d'amour !

En 1889, un célèbre chirurgien américain, Johns Hopkins, travaille au bloc avec une infirmière Caroline Hampton.

Pour opérer selon les principes de Pasteur et Lister (désinfection de la peau des malades, des instruments et des soignants pour réduire le taux de mortalité des personnes opérées), la désinfection des mains passe, notamment, par de l'acide

Mais la belle Caroline, dont Johns est amoureux, supporte mal les multiples nettoyages de ses mains et souffre de dermatite. Ne voulant se séparer de sa dulcinée Johns va voir Charles Goodyear, renommé par sa récente découverte du caoutchouc (latex), et lui demande de fabriquer des gants protecteurs, aussi fins que possible, à porter lors des opérations chirurgicales.

Et cela sans penser une seule seconde que cela pouvait être également utile aux chirurgiens ! Car ce n'est qu'en 1896, que le Dr Joseph Bloodgood proposa les gants de chirurgie comme moyen antiseptique...

Pour l'histoire, c'est un médecin français, Henri Chaput, qui fait évoluer les gants chirurgicaux en les faisant imperméabiliser et stériliser à la vapeur. Car à cette époque, les gants sont réutilisables.

Le but premier des gants était donc, non pas de protéger les patients d'éventuelles infections, mais bien de protéger la peau des soignants.

2. Evolution lente pour devenir un EPI (Equipement de Protection Individuel)

Avant 1972, les gants sont réutilisables. Les gants à usage unique ne seront généralisés qu'en 1975.

Avec l'émergence du sida en 1987, la recommandation du port du gant est apparue, avec les « précautions universelles », destinée à protéger le soignant face aux risques liés au sang.

Puis peu à peu la fréquence du port du gant à usage unique a été étendue pour devenir une précaution standard visant tant la protection des soignants que celle des patients. 1 paire = 1 geste = 1 patient.

La prise de conscience des risques de contamination liés au sang et aux liquides biologiques a fait des gants, une protection individuelle essentielle. Ils font partie des EPI, à côté des lunettes, du masque...

3. Je suis diplômée en 1987 !

Avec le début de l'épidémie d'infection par le VIH, la recommandation du port du gant, pour tout geste exposant au sang et systématiquement en cas de peau lésée, est apparue dans les mêmes années.

J'ai donc pendant ma formation initiale en faculté de chirurgie dentaire, appris à soigner sans gant et sans masque.... La tenue du parfait chirurgien-dentiste se résumant en un blouse médicale blanche.

Tout naturellement, j'ai donc travaillé pendant de nombreuses années à mains nues ! Selon le principe que la peau intacte fait obstacle à la pénétration des agents infectieux, tout en respectant un scrupuleux lavage des mains avant et après chaque soin.

Je suis une femme qui fait aussi vaisselle, ménage et surtout la toilette quotidienne de mes 4 enfants... Alors mes mains s'abiment, à force de lavages répétés, Et comme la belle Caroline, je souffre non de dermatite, mais de crevasses, et je dois me protéger pour prendre soin de mes chers... bambins et patients.

Lire la suite ->

(Conformément au guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie -2ème édition – Juillet 2006). La purge permet d'évacuer les fluides potentiellement infectés et doit être réalisée avant de connecter les porte-instruments dynamiques (PID). Des unités dentaires récentes disposent de systèmes qui permettent de simplifier la procédure.

• Entre chaque patient :

Au cours des soins, des fluides buccaux peuvent pénétrer par rétrocontamination à l'intérieur des PID et contaminer les circuits d'eau des unités dentaires. Cette purge de **20 à 30 secondes entre chaque patient** (Conformément au guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie -2ème édition – Juillet 2006) permet de les éliminer et doit impérativement être réalisée même pour les unités dentaires dotés de dispositifs anti-reflux. En pratique, la purge est effectuée en laissant les PID utilisés pour le patient précédent raccordés aux cordons d'alimentation. Ce processus a pour fonction d'évacuer les micro-organismes

et les débris organiques présents en suspension dans les conduits internes.

• A la fin de la journée :

L'assistant(e) dentaire effectue les mêmes opérations que celles réalisées entre chaque patient (évacuation des déchets, nettoyage, désinfection de l'espace des soins) et complète ces mesures d'hygiène par la désinfection du crachoir et des tuyaux du système d'aspiration.

L'utilisation de l'aspiration chirurgicale permet de diminuer considérablement les effets des aérosols provenant de l'instrumentation dynamique.

Le traitement physique et chimique de l'eau

Les robinets des points d'usage doivent être équipés de filtres mécaniques (pores de 0,2 µm) afin de diminuer la charge microbienne d'une façon importante.

Néanmoins, ces filtres ne sont d'aucune utilité sur les endotoxines bactériennes ⁽³⁾.

D'un point de vue microbiologique, l'utilisation de désinfectants comme l'hypochlorite de sodium (eau de javel) ou le peroxyde d'hydrogène (eau oxygénée) permet de diminuer la charge microbienne à des niveaux proches d'une eau destinée à la consommation humaine. Toutefois, les fines tubulures de l'unité dentaire peuvent être dégradées par certains désinfectants corrosifs.

En règle générale, les désinfectants demeurent dans les tubulures pendant la nuit et sont purgés au matin.

Stéphane Sananès

(1) Critères de potabilité fixés par le code de la santé publique articles R.1321-1 à R.1321-5

(2) Selon l'Association pour la prévention et l'étude de la contamination (ASPEC), un biofilm est un « ensemble de micro-organismes et de leurs sécrétions macromoléculaires (...) présents sur la surface d'un matériau. »

(3) Lors de la lyse des biofilms et de la mort des bactéries pathogènes, il y a libération dans l'eau qui les contient d'un très grand nom

L'ODORAT

LE POUVOIR DES ODEURS

L'odorat ou olfaction est l'un de nos cinq sens. Cette fonction sensorielle nous apporte des informations sur notre environnement chimique. Seules les substances se trouvant à l'état gazeux et de faible poids moléculaire peuvent être détectées.

Le port du gant a été progressif pour moi, par étapes et a dû passer plusieurs barrières :

La première : La perte du toucher

Bien que nous ne touchions que peu la lésion bucco-dentaire, nous faisons corps avec l'instrument de soin et avons une dextérité de mémoire. Déjà passionnée par l'endodontie, le gant m'apparaissait incompatible, mettant une barrière entre mes doigts, l'instrument et la dent.

A la manière d'un bâton d'aveugle, la lime me transmet la perception des formes et de la structure, identifie une butée, une calcification. Ces informations entrent dans un processus de mémorisation, avec un rappel mnésique qui cumulé avec l'apprentissage, donne une habileté dans la reconnaissance de la complexité anatomo-pathologique canalaire.

Outre la radio, je n'y voyais que par ce toucher, car à l'époque, pas de loupe, ni de microscope, encore moins de radio 3D.

A cela s'ajoutait le principe des 'forces équilibrées' avec le mouvement alterné de rotation horaire/antihoraire des instruments manuels de préparation endocanalaire.

Et quand le manche de la lime s'entortillait dans le gant ! Misère

Les doigts sont nos outils de soins permettant certes la préhension, mais dotés de sensibilité, de mémoire, propre à chaque soignant. Le système du toucher, complexe, fait appel à des neurones et substances chimiques.



Je réservais donc le port de gants pour les actes de chirurgie Là où les sens de la vue et de l'ouïe prennent le relais sur celui du toucher, là où la préhension de l'instrument se fait par la main.

La deuxième : intolérance à la poudre

A l'époque, les gants étaient poudrés. La poudre me provoque une dermatite de contact par irritation qui va jusqu'aux yeux. Ce qui rend cette protection plus négative que positive, les gants ne protègent pas de toutes les intolérances. Le latex, comme la poudre maintenant abandonnée, peut aussi provoquer des intolérances ou allergies. La recherche oriente vers des gants en vinyle (chlorure de polyvinyle, PVC). Mais le vinyle n'est pas exempt de provoquer, lui aussi, des allergies.

La troisième : La communication non verbale avec le patient

Une expérience d'actes de chirurgie sous AG m'a amenée à la prise de conscience de l'importance de toucher le patient, pour mesurer ses réactions, pour interagir avec lui, apaiser une anxiété, témoigner du prendre soin ... Le toucher fait partie de la communication avec le patient, comme avec cette fameuse poignée de main pour dire bonjour. Avec le H1N1, cela sera déconseillé.

Le tact, (mot que nous connaissons pour fixer nos honoraires !) est étymologiquement le sens du toucher. Il est nécessaire pour la préhension de l'instrument, pour nos points d'appui assurant précision et sécurité du geste opératoire, mais surtout c'est un sens essentiel à notre profession de soignant, pour soigner et prendre soin. Nous avons le sens du tact !

Dr Marie Brassat

L'olfaction contribue également à la perception du goût des aliments par la voie rétro-nasale. Dans ce cas, la voie suivie par les molécules remonte de la bouche vers les fosses nasales.

L'odorat est le seul de nos sens corporels toujours en action. « Même ceux qui ont perdu l'odorat restent soumis aux actifs volatils odorants alors qu'ils ne peuvent plus les identifier » précise Dominique Baudoux.

La molécule odorante volatile rentre en contact avec les récepteurs olfactifs situés dans la muqueuse nasale. L'information est transmise par influx nerveux jusqu'au système limbique, lieu des émotions, d'activation de la mémoire, des comportements instinctifs et gérant les fonctions neurovégétatives et endocriniennes. Ce n'est qu'ensuite que l'information est traitée par le cortex cérébral, siège de la perception rationnelle, pour identifier les odeurs. Au niveau du système limbique, le message sera traduit agréablement ou non et entraînera une signification et une réponse biologique. L'odorat nous impacte donc d'abord de manière inconsciente. Et une fois enregistrée dans le cerveau, une odeur ne s'oublie pas. Nous avons tous une mémoire olfactive propre qui se met en place avant la naissance. Les nouveau-nés peuvent acquérir une préférence pour les stimuli olfactifs auxquels ils ont été soumis in utero.

Une odeur peut être agréable dans un certain contexte où elle est attendue et désagréable dans un autre où elle est incongrue, comme des odeurs de cuisine par exemple. Et la notion de bonne ou mauvaise odeur semble être très subjective en fonction du pays ou de la culture.

Lors d'une expérience déplaisante, les odeurs qui lui sont liées seront considérées par notre inconscient comme de mauvaises odeurs. Ainsi, l'odeur d'eugénol, qualifiée « d'odeur du dentiste » par beaucoup de nos patients pourra raviver une sensation très désagréable chez certains d'entre eux.

Les odeurs sont des signaux chimiques qui alertent, séduisent ou trompent. Certaines odeurs peuvent nous alerter d'un danger, comme un gaz toxique ou de la fumée. Dans l'industrie agroalimentaire, des arômes sont ajoutés pour augmenter le côté appétent et nous ouvrir l'appétit, comme avec les odeurs de vanille associées dans notre inconscient à des mets sucrés, source de plaisir. Des arômes influençant le comportement des consommateurs sont aussi ajoutés comme dans les surimis au parfum de crabe.

L'être humain réagit sous l'emprise de l'odeur sans avoir la possibilité de s'en défendre. Ainsi Michel Faucon écrit : « Il est maintenant éta-

bli que des perceptions olfactives supraliminales, ne faisant pas l'objet de représentation consciente, sont bien perçues par l'être humain, et peuvent engendrer une action sur leurs états mentaux. Ainsi, pourrait-on améliorer les performances des sujets, avoir un effet positif sur leur humeur...ou bien agir à d'autres fins, à leur insu... par un stimulus olfactif à peine perceptible ».

Il rappelle également que chez les insectes, le lien est clairement établi entre olfaction et comportement, et émet l'hypothèse que les pesticides pourraient modifier le parfum des fleurs habituellement butinées par les abeilles qui dans ce cas ne les reconnaîtraient plus.

L'influence des odeurs sur la physiologie, sur nos comportements, peut être mise à profit pour utiliser la voie olfactive en aromathérapie.

Les odeurs s'ancrant dans la mémoire, en association avec des événements, il est important de choisir avec bienveillance l'huile essentielle en fonction de cette dimension psychosensorielle.

Certaines huiles essentielles sont calmantes : camomille romaine, lavande fine, mandarine, orange douce, par exemple. Nous pouvons diffuser avec bonheur ces huiles essentielles dans notre salle d'attente, soit seules, soit en synergie.

Les effets en olfaction de l'huile essentielle de

Lire la suite ->

la lavande ne cessent d'étonner les chercheurs. L'un de ces composants, l'acétate de linalyle peut réguler le rythme cardiaque et favoriser le sommeil. Une étude menée auprès de résidents d'une maison de retraite a montré qu'elle pouvait faire diminuer le nombre de chutes. D'autres études ont montré qu'elle pourrait aussi améliorer la concentration au travail et nous pousser à accorder plus facilement notre confiance aux autres.

L'huile essentielle d'ylang-ylang est calmante et hypotensive et cela peut être objectivé. L'huile

essentielle de géranium rosat, toujours en olfaction pourra calmer les envies de sucré et faire diversion à toute envie de grignotage. De nombreuses études sont en cours visant à mesurer l'impact de diffusions aromatiques sur les troubles du comportement et du sommeil chez les malades d'Alzheimer.

En conclusion, je reprends les mots de Dominique Baudoux : « Toute fragrance agissant sur notre système nerveux central par nos neurorécepteurs olfactifs est porteuse d'intentions, de

messages de type informationnel et exercera son activité sans que l'individu puisse s'en défendre Il est donc juste de parler de pouvoir des odeurs ».

Dr Nicole Vinot

Bibliographie :
Dominique Baudoux : guide pratique d'aromathérapie, la diffusion
Michel Faucon : traité d'aromathérapie scientifique et médicale
André Holley : regard biologique sur l'odorat et le goût (cahiers jungiens de psychanalyse n°122)

PRECISIONS D'INFORMATION

LE DIOXYDE DE TITANE DANS LES DENTIFRICES

Dans la fiche pratique « les dentifrices » de votre revue IFCD n°46, nous vous avons indiqué le lien pour télécharger la liste des dentifrices contenant du dioxyde de titane (TiO₂ ou C177891). Nous souhaitons remettre ce lien dans son contexte.

En mars 2019, l'ONG « Agir pour l'environnement », après avoir recensé la composition de plus de 400 dentifrices, a dressé la liste de ceux contenant du TiO₂¹.

D'après certaines études, c'est la présence de ce composé à l'état nanoparticulaire qui est controversée et qui pourrait présenter un risque de toxicité par ingestion pour l'homme. Par inhalation, ce composé a été classé cancérigène. Une étude de l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), publiée en 2017, a mis en évidence qu'une exposition chronique au TiO₂ partiellement nanométrique par voie orale est **susceptible d'entraîner des lésions colorectales précancéreuses chez le rat**. Les résultats de l'étude ne permettent toutefois pas de transposer ces résultats à l'Homme².

Néanmoins, par précaution, l'Agence Nationale pour la Sécurité Sanitaire (ANSES) recommande :

« d'éviter les produits en contenant s'ils sont substituables » et de « peser l'utilité, pour le consommateur ou la collectivité, de la mise sur le marché de tels produits contenant des nanomatériaux, pour lesquels les bénéfices devraient être clairement démontrés. »

La présence de ce colorant dans les dentifrices n'a pas d'intérêt sanitaire. Eviter les cosmétiques susceptibles d'en contenir est donc une démarche de précaution individuelle, dans l'attente d'une législation plus large. Il va être prochainement interdit dans l'alimentation.

Les nanoparticules sont de plus en plus fréquemment intégrées dans les dispositifs médicaux dentaires. Leur présence est fréquemment mise en avant pour souligner l'efficacité technologique du produit. L'absence de certitude quant à leur innocuité nous incite à les intégrer dans notre pratique avec prudence et réflexion.

Dr Alice Baras



1/ <https://dentifrice-infoconso.agirpourenvironnement.org/>
2/ Bettini, Sarah (2016). Devenir et effets des particules de dioxyde de titane (TiO₂) après exposition orale chez le rat. ScienceReport 2017.
3/ <https://www.anses.fr/fr/content/dioxyde-de-titane>

Si vous souhaitez en savoir plus sur les nanomatériaux, l'ONG Avicenn/ Veillenanos propose une B.D. explicative en suivant ce lien :

Vers la BDC ici

à partager sans modération, même avec vos patients!

Et pour approfondir le sujet en tant que professionnel de santé, suivez ce lien :

veillenanos.fr

Il vous permettra d'accéder à une veille et une information spécifique sur les risques sanitaires liés aux nanomatériaux.

Téléchargez la liste noire des dentifrices avec dioxyde de titane

par ici !



Enfin des restaurations définitives aux formulations sans addition de TEGDMA, HEMA ou BisGMA !

POUR UNE DENTISTERIE PLUS RESPECTUEUSE DE LA SANTÉ DES PATIENTS.



www.elsodent.com



ELSODENT





FORMATIONS FFCD

2^e semestre 2019

Les formations dans votre région, pour toute l'équipe du cabinet dentaire :

- Chirurgiens-dentistes • Assistants(es) dentaires
- Secrétaires...

Date	Ville	Formation
12 septembre	Toulouse	Accueil et prise en charge au cabinet dentaire des femmes victimes de violences
10 octobre	Bordeaux	La traçabilité
10 octobre	Valence	Les troubles musculo squelettiques
11 octobre	Gap	L'aromathérapie en odontologie
17-18 octobre	Toulouse	AFGSU 2 - Formation 3 jours - COMPLET -
18 octobre	Strasbourg	Les perturbateurs endocriniens
7-8 novembre	La Rochelle	L'approche naturopathique en dentaire - COMPLET -
25 novembre	Thaon les Vosges	Accueil et prise en charge au cabinet dentaire des femmes victimes de violences
5 décembre	Orléans	Accueil et prise en charge au cabinet dentaire des femmes victimes de violences

Pour vous inscrire RDV
sur notre nouveau site !

sfcd.fr/formations

RÉSERVEZ
VOS FORMATIONS
DÈS MAINTENANT !



Formations CCAM

DERNIÈRES SESSIONS DE RATTRAPAGE

avant l'entrée en vigueur
du RAC 0
au 1^{er} janvier 2020.

Nous serons à :
**Paris, Toulouse,
Rennes et Lyon**
alors soyez au RDV !

Les dates vous seront
communiquées
très prochainement.

NOUVELLE FORMATION

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET ÉCORESPONSABILITÉ AU CABINET DENTAIRE

Pourquoi et comment protéger notre santé et l'environnement ?

Nous, chirurgien-dentiste, par notre activité de soignant et en tant qu'acteur de la prévention, pouvons être un formidable vecteur de la promotion de la santé environnementale.

Ce thème étant absent de notre formation initiale et notre activité étant spécifique, afin d'être exemplaire dans notre démarche transversale de réduction de l'impact environnemental de notre cabinet dentaire, une formation continue semblait indispensable.

Engagé depuis longtemps sur ce thème, cela a semblé être une évidence pour le FFCD.

C'est la raison pour laquelle FFCD a mis en place une formation écrite et délivrée par une consœur, le Docteur Alice Baras, qui permet à l'équipe dentaire de s'approprier les moyens d'intégrer concrètement dans ses gestes quotidiens une dynamique écoresponsable de protection de la santé de l'équipe soignante, des patients et de l'environnement.

Cette formation offre une véritable réflexion de management gagnant-gagnant !

L'introduction de cette démarche environnementale dans la gestion de l'activité du cabinet dentaire participera à la résolution de nombreux enjeux actuels du développement durable et de santé environnementale.

Top départ de cette formation en région
Occitanie le 27 juin 2019 à Toulouse !

PROGRAMME DE LA JOURNÉE :



Matin :

- Introduction à la santé environnementale et l'écoresponsabilité
- Définitions, enjeux, freins, leviers à la mise en place de la démarche
- Réduction des pollutions et optimisation de la gestion de l'air, de l'énergie, de l'eau, des déchets au sein du cabinet dentaire
- Economies énergétiques et financières

Après-midi :

- Critères d'achat responsable. Inclure les risques environnementaux dans le choix des produits chimiques et dispositifs médicaux nécessaires à notre exercice. Appréhender et gérer les risques émergents (perturbateurs endocriniens, nanoparticules...)
- Santé et qualité de vie au travail. Favoriser la prévention des risques psycho-sociaux et les troubles musculosquelettiques
- Valorisation de la démarche et partage des connaissances avec l'ensemble de l'équipe et les patients.



OBLIGATOIRE

LE POINT SUR L'AFGSU

« L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence a pour objet l'acquisition de connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale »¹

Qui est concerné ?

• **L'AFGSU de niveau I**

est destinée à l'ensemble des personnels, non professionnels de santé, exerçant au sein d'un établissement de santé, d'une structure médico-sociale ou dans un cabinet libéral auprès d'un professionnel de santé libéral.

• **L'AFGSU de niveau II**

est destinée aux professionnels exerçant une profession de santé et aux étudiants inscrits dans une université, une école ou un institut de formation préparant à l'obtention d'un diplôme en vue de l'exercice de l'une de ces professions de santé, ainsi qu'aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique.

• **L'AFGSU en situation sanitaire exceptionnelle**

est destinée aux professionnels de santé et aux personnels ayant vocation à intervenir en cas de situation sanitaire exceptionnelle dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Qui la délivre, quand, comment ?

La délivrance d'une attestation, par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU), est subordonnée à la validation de chacun des modules qui composent la formation, fondée sur la vérification de l'acquisition par le stagiaire des connaissances, des gestes et des comportements adaptés à une situation d'urgence.

L'AFGSU a une durée de validité de 4 ans.

Cela signifie, qu'à ce terme un recyclage sera obligatoire et que passé ce délai, la formation initiale doit être refaite intégralement.



En pratique

L'AFGSU est donc décomposée en 3 niveaux qui sont donc dissociables et chronologiques,

c'est à dire que pour pouvoir passer le niveau 2, il faut d'abord être titulaire du 1^{er} niveau.
Concrètement les modules entre le niveau 1 et le niveau 2 sont les mêmes, sauf qu'en niveau 2, on va plus loin : le niveau 2 complète le niveau 1.

	Contenu	Durée	Durée niveau	Durée totale	Durée de validité	Recyclage
AFGSU Niveau 1	1° module : prise en charge des urgences vitales	6 h	12 h	21 h	4 ans	Formation ½ journée
	2° module : prise en charge des urgences potentielles	3 h				
	3° module : risques collectifs	3 h				
AFGSU Niveau 2	1° module : prise en charge des urgences vitales (complément - NRD)	3 h	9 h	21 h	4 ans	Formation 1 journée
	2° module : prise en charge des urgences potentielles (complément - NRD)	3 h				
	3° module : risques collectifs (complément -NRD)	3 h				
AFGSU Niveau 3	1 module : procédures individuelles et collectives de protection aux risques NRBC ET chaîne de décontamination	9 h		9 h		Formation ½ journée

Problématique spécifique aux cabinets dentaires

Les formations, proposées par les différents Organismes de formation en lien avec les CESU, ne sont pas découpées selon l'arrêté.

En effet en général le niveau 1 comprend bien 12 heures de formation, mais le niveau 2 en comprend en général 21 h de formation au lieu de seulement 9.
A notre connaissance, il n'existe pas de formation niveau 1 et niveau 2 chronologiques. **C'est soit niveau 1, soit niveau 2 complet.**

Donc, une assistante dentaire qui est titulaire du niveau 1 n'a pas la possibilité de

passer seulement les 9 heures complémentaires pour obtenir le niveau 2 : cette formation n'existe pas !
Donc, pour obtenir le niveau 2, elle doit refaire l'intégralité des modules soit 21 heures de formation, proposés par la majorité des organismes de formation.

Il existe donc un « vide pratique » concernant les assistantes dentaires qui ont été qualifiées entre 2014 et 2018. En effet, celles-ci sont bien titulaires d'un niveau 1 en cours de validité qu'elles ont obtenu par leur formation initiale, mais aucune possibilité de compléter ce niveau 1 par les modules complémentaires du niveau 2. Or, depuis

leur inscription au code de la santé en 2016, dans la quatrième partie, les Assistants Dentaires doivent être titulaires de l'AFGSU 2. Le problème ne se pose pas pour celles qui se sont inscrites en formation après septembre 2018 : leur formation initiale comprend bien l'AFGSU de niveau 2.

A ce sujet, SFCD et FFCD ont interrogé l'Association Nationale des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (ANCESU) sur ce point précis.

1/ Extrait de l'arrêté du 30 décembre 2014-Art 5 ; Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'AFGSU (JO du 13 janvier 2015) ; Arrêté du 24 avril 2012 modifié relatif à la commission nationale des formations aux soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle et au fonctionnement des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU).

AU CABINET DENTAIRE

LA COMMUNICATION AU CENTRE DE NOS VIES

Bien communiquer, faire en sorte que son message soit compris est primordial si l'on veut interagir avec l'autre.

La communication verbale, le choix des mots participe bien sûr au message que l'on veut transmettre mais il faut aussi penser à la communication para verbale (ton, rythme) et à la communication non verbale (gestes des mains, mimiques...)

Dans nos cabinets, expliquer un diagnostic et un plan de traitement pour obtenir l'accord du patient et sa participation active est au centre de notre activité quotidienne.

Face à de nombreuses incompréhensions de la part de mes patients, j'ai cherché à améliorer mon mode de communication. J'ai suivi des formations en PNL (programmation neuro linguistique) et en appliquant quelques principes j'ai vu une nette amélioration.

La première chose que j'ai mise en place est la communication positive. Le cerveau ne comprend pas la négation.

Ainsi, quand vous dites à votre patient : « Ne t'inquiète pas tu ne vas pas avoir mal », son cerveau va retenir « inquiète » et « mal » ce qui n'est pas du tout notre but ! Alors que si nous formulons notre idée avec une phrase positive : « rassure toi, tout va bien se passer » le patient ne va pas du tout entendre la même chose.

Il faut garder à l'esprit que nous communiquons avec notre vécu : le même mot aura un écho différent en fonction de l'histoire de chacun. C'est pourquoi, lorsque nous nous adressons à un patient il est important d'être attentif à sa réaction afin d'adapter notre discours.

Autre notion qui est intéressante est celle des patients matching /dismatching.

• **Les premiers acceptent très facilement ce qu'on leur propose puis voient les objections dans un deuxième temps.**

Par exemple ils vont dire ok tout de suite au plan de traitement et prendre rendez-vous pour le commencer au plus tôt. Puis ils vont rappeler le cabinet, demander des informations supplémentaires, émettre des doutes ... personnellement cela avait tendance à m'agacer, je pensais que le patient n'avait rien retenu de mes explications et remettait mon plan de traitement en cause. Or ces patients ont juste besoin d'informations supplémentaires.

• **Les patients dismatching, eux, fonctionnent à l'inverse : ils sont très négatifs lorsque vous donnez les premières explications,**

ils posent beaucoup de questions, peuvent sembler sceptiques et ensuite ce sont des patients souvent faciles à soigner à partir du moment où ils ont compris toutes les informations et vous donnent leur accord. Il faut aussi savoir que notre cerveau catalogue toutes les personnes que nous croisons sur des critères physiques (forme du visage, couleur des cheveux, écartement des yeux...) en faisant des parallèles avec des personnes que nous connaissons déjà. Par exemple, si une personne a un trait du visage qui ressemble à un ami qui nous est cher, votre cerveau va envoyer des signaux positifs à son égard et vous allez vous sentir en confiance.

Ainsi nous avons une idée de chaque personne rencontrée dès le premier regard. Nous allons penser que cette personne est sympathique ou bien intéressante ou digne de confiance ou encore désagréable...

De la même manière les cerveaux de nos pa-



tients vont nous cataloguer à l'instant où ils vont rentrer dans notre cabinet.

Dans le cas où le courant ne passe pas, il y a un moyen pour berner le cerveau : c'est la synchronisation aussi appelée l'harmonisation

En fait, si nous « mimons » la gestuelle du patient, sa manière de parler, le cerveau du patient va reconnaître les similitudes, le patient va se sentir plus en confiance face à quelqu'un qui lui ressemble et l'idée négative qu'il a ressentie au début peut disparaître. Attention, le mime ne doit pas être marqué, il doit plutôt être suggéré car si le patient a l'impression que vous le singez ça risque de ne pas marcher ! Au début, ce n'est pas évident de parler, d'observer le comportement du patient et de le reproduire en même temps mais cela vient assez vite en s'entraînant.

Pour répondre au plus près à la demande du patient, il est conseillé d'être très attentif lors du recueil du motif de consultation et d'utiliser le même champs lexical et le même cadre que celui du patient.

Je vous donne un exemple que j'ai trouvé amusant. Une de mes patientes m'a consulté dernièrement pour « ranger ses dents ». Tant que j'ai répondu qu'en effet « il y avait du bazar », qu'on pouvait « mettre de l'ordre dans la bouche », ou « ranger les dents » par telle méthode la patiente a acquiescé. Par contre lorsque j'ai conclu ma démonstration en lui disant « vous aurez un beau sourire » la patiente m'a arrêtée en soulignant qu'elle ne venait pas pour de l'esthétique... elle venait juste pour du rangement...

Souvent la réaction des patients n'est pas aussi lisible mais à nous d'être attentif et de com-

prendre pourquoi parfois ils n'adhèrent pas à nos propositions.

Vous l'aurez compris, ces quelques notions ne sont pas des outils destinés à manipuler, ils sont bien sûr à utiliser avec éthique et toujours pour le bien de nos patients.

Dr Lucile Lambert

L'idée nous trottait dans la tête depuis quelques temps... après plusieurs mois de travail, de réflexions, de mises à jour, nous voici prêtes et impatientes de vous le faire découvrir

Plus simple à utiliser et plus intuitif, le nouveau site web vous permettra de découvrir de façon claire et aérée toutes les informations professionnelles

FORMATIONS FFCD

Accès en quelques clics à tout le catalogue de nos formations avec la possibilité de vous inscrire en ligne

De nouvelles fonctionnalités dans une configuration plus moderne, plus illustrée, plus accessible

VEILLE PERMANENTE

Sur les nouvelles législations

VOTRE ESPACE ADHÉRENT

Personnel et sécurisé

PRATIQUE

Un moteur de recherche

UNE MINE D'INFORMATIONS

- Guides pratiques
- Conseils professionnels
 - Actualité
 - Juridique
- Articles de fond
- Agenda

PARTOUT AVEC VOUS

Le site SFCD est disponible sur tous les supports : ordinateurs, tablettes et smartphones !

INSCRIVEZ-VOUS À LA NEWSLETTER DU SFCD pour suivre toute l'actualité de votre profession

Nous sommes heureuses de vous annoncer la sortie de

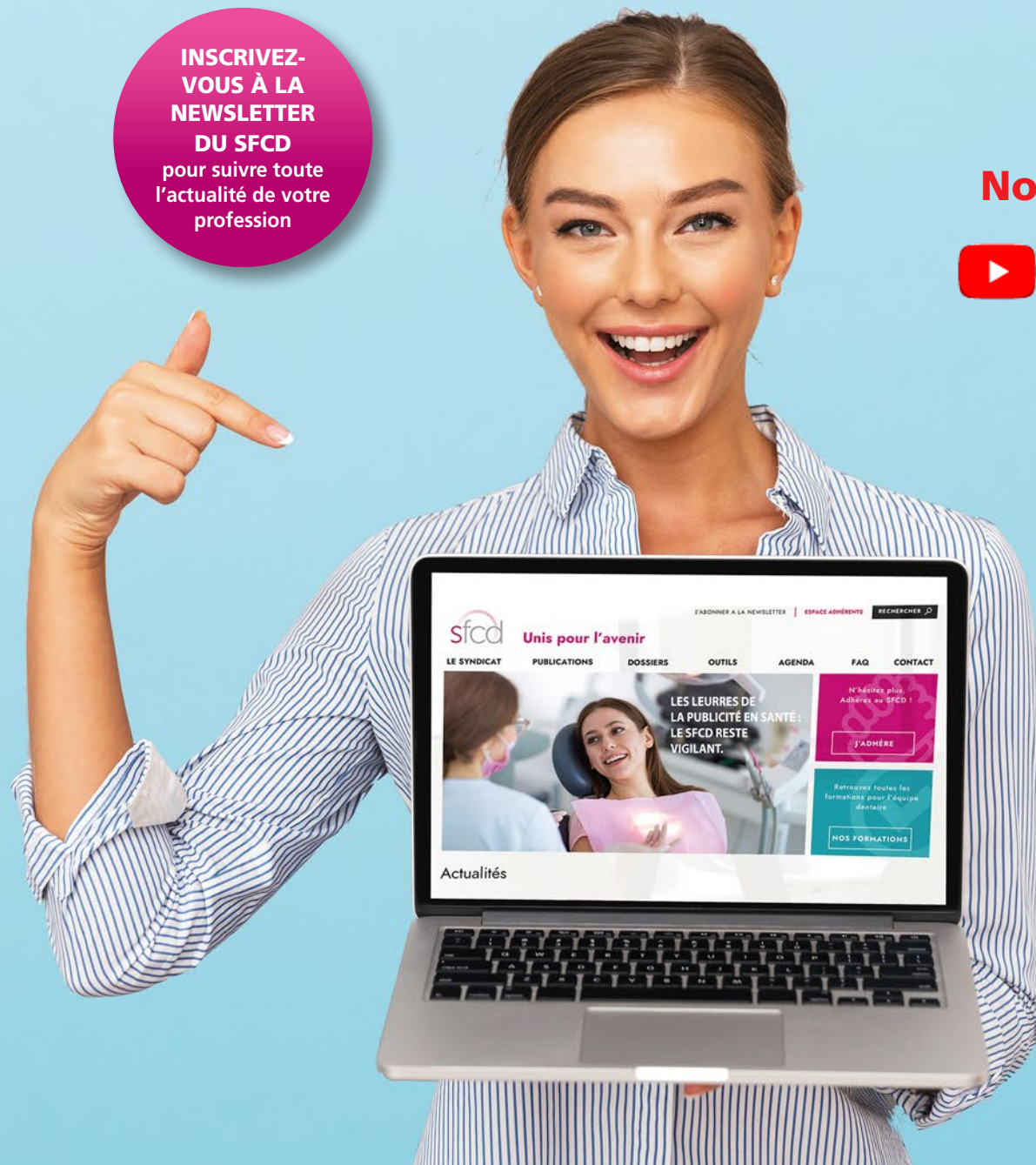
NOTRE NOUVEAU SITE INTERNET !

NOUVEAU
Notre chaîne



**Bienvenue sur notre
nouveau site !**

sfcd.fr



AU CABINET DENTAIRE

LE PLACEBO UNE INTRIGANTE EFFICACITÉ

La raison n'explique pas toutes les observations. Ainsi en est-il des protocoles d'expérience en double aveugle destinés à prouver l'efficacité d'un médicament.

Le groupe témoin présente toujours un effet placebo, quantifiable mais inexplicable.

Il nous semble que le placebo ouvre une porte sur la pratique médicale que nous ne pouvons plus ignorer. Perçu par nos maîtres comme le quantum subjectif du traitement, ce courage nécessaire pour vaincre la maladie, le placebo ne peut nous laisser indifférents.

Nous avons trouvé un champ de réponses dans un livre : " Le mystère du placebo " de Patrick Lemoine. Nous désirons présenter cet ouvrage et inviter les lecteurs intéressés à le parcourir.

1 - QU'EST-CE QUE LE PLACEBO ?

Définition : Le placebo se définit comme un médicament dont le principe actif est inexistant. Il s'agit d'une composition neutre, tel un composé lacté ou un liquide physiologique qui joue le rôle d'un leurre. Il imite le vrai médicament par son aspect, par les conditions de prescription. Son rayon d'application est étendu à toutes les maladies, de la grippe à l'hypertension artérielle. Aujourd'hui aucune drogue ne peut prétendre à sa reconnaissance sans être comparée à un placebo. Il figure ainsi l'un des mythes fondateurs de la médecine : la panacée.

L'étymologie en est : pan: toutes et akaia: le médicament. Autrement dit celui qui guérit toutes les maladies.

Le terme placebo provient du latin : placebo : je plairai. On le rencontre déjà au

cœur de la Bible dans un contexte explicite : *"parce qu'il m'a écarté de la mort, je plairai au Seigneur dans le monde des vivants."*

" placebo domino regione vivorum. " Longtemps utilisé pour désigner des chants mortuaires, au Moyen Age, le mot se laïcise et se déprécie. Il désigne alors quelqu'un qui se pervertit pour plaire au seigneur. Il acquiert ainsi son sens de tromperie. Nous le retrouvons dans la littérature médicale américaine en 1785 pour représenter ces produits qui n'ont pas d'action médicale réelle et n'ont d'autre fonction que de plaire au malade. Faute de pouvoir prescrire un vrai médicament pour guérir une vraie maladie, le médecin s'affranchit de sa mission en plaisant au malade. Selon les circonstances, cette complaisance apparaît ambiguë, elle peut revêtir un contexte moins respectueux : se débarrasser d'un symptôme que l'on ne prend pas au sérieux. L'usage est d'utiliser le terme de " maladie fonctionnelle ".

Ce qui nous intrigue le plus dans le placebo c'est son efficacité.

De même que la conception géocentrique du monde s'est effondrée avec Copernic envers et contre toute la morale de son époque, de même que GALLILEE a déclaré *"et pourtant elle tourne "* il semble que le placebo soit un fait d'observation qui ne peut se concevoir que dans un cadre inconfortable de notre éthique actuelle. Il gêne les esprits. Nous écrirons pour traduire la pensée de P. Lemoine *" et pourtant il guérit "*.

2 - LES DIFFÉRENTS TYPES DE PLACEBO :

Nous devons distinguer trois aspects qui sont le placebo pur, le placebo impur et le nocebo, effet inverse du placebo

- **Le placebo pur** est un médicament parfaitement neutre. Son efficacité a été évaluée par une étude de BEECHER sur 1082 patients. Les symptômes étudiés sont des douleurs variées en causes et en localisations.

Les placebos sont des solutions salines ou des comprimés de lactose. Leur efficacité est mesurée dans 35,2% des cas. La plupart des études effectuées sont en effet de cet ordre : environ 30 % en moyenne.

- **Le placebo impur** est un médicament qui possède un principe actif mais dont l'effet placebo augmente l'efficacité. D'une manière générale tous les médicaments peuvent être des placebos impurs.

- **Le nocebo** correspond à l'effet inverse. Un médicament peut faire échouer un traitement. L'effet placebo peut inhiber l'action d'un anesthésique et déclencher des réactions secondaires. Ces réactions sont elles chimiques ou non ? On peut se le demander puisque dans les expériences, les placebos purs présentent les mêmes effets secondaires que les principes actifs.

3 - LES VARIABLES DU PLACEBO :

L'analyse de l'effet placebo met en évidence certains éléments objectifs qui conditionnent le phénomène. Ce sont l'ordonnance, la personne du médecin influant non comme être humain dans une relation mais comme objet social (nous analyserons plus loin l'aspect relationnel), le coût de la consultation et le processus pharmaco-dynamique.

• L'ordonnance :

Un placebo doit être prescrit au même titre qu'un médicament. L'ordonnance est certes un document d'information entre le médecin, le patient, le pharmacien et l'institution. Il n'en

reste pas moins que l'ordonnance est un rite sacré. Le pouvoir du texte se rencontre dans tous les processus magiques, depuis l'incantation tribale, en passant par la pythie de Delphes et ce jusqu'à la voyante extralucide qui " lit " dans les cartes. La parole pour agir doit revêtir un caractère sacré, car elle est le média entre la physique et la métaphysique.

• Le médecin en tant qu'objet social :

Le docteur KNOCH illustre bien cette attitude particulière qui inspire au malade une croyance subjective en la médecine : son manque de familiarité en toutes circonstances dans le village en est un exemple frappant. Une étude porte sur la présentation du médicament par deux types de personnes différentes : des infirmières ou des médecins. Dans le premier cas l'efficacité est évaluée à 25% dans le deuxième cas à 75% !

• Le prix des choses :

Sans se référer à Molière, il est connu que le traitement gratuit n'a pas la même valeur que le traitement qui se paie. Cependant il serait faux de croire qu'il s'agit seulement d'une question de monnaie. Les psychanalystes ont montré que le plus important est que " cela coûte ". Ainsi un patient qui se déplace depuis une lointaine province accorde autant de valeur à un traitement que celui qui a payé.

• La pharmacodynamique :

Cette dimension est corrélée à plusieurs paramètres spécifiques de l'étude des médicaments.

• Les voies d'administration sont par ordre d'efficacité décroissante :

L'intraveineuse, L'intramusculaire, per os, les suppositoires.

- **Le temps de latence de l'action :** le placebo est en général plus rapide que le médicament actif.

- **Le pic d'activité :** en général plus précoce. Exemple : l'aspirine vraie présente un pic au bout de deux heures, le placebo au bout d'une heure.

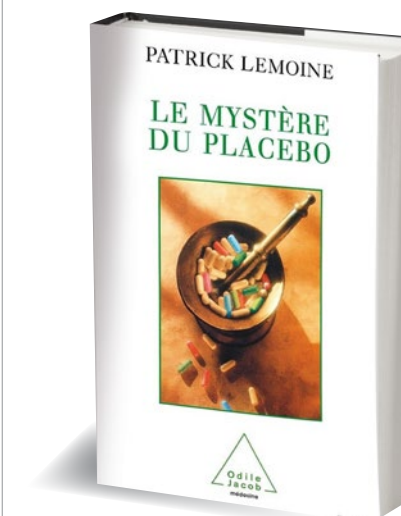
- **La durée d'action :** il est en moyenne de deux semaines. Ce temps est variable et dépend de la capacité de la maladie à être auto guérissable.

- **La relation dose-effet :** En cas d'insuffisance, il est possible d'augmenter la dose de placebo pour en améliorer l'efficacité.

- **La dépendance :** certains cas de toxicomanie relatifs à la morphine ont été décrits avec des signes de manque, mais ces signes sont plus légers.

- **Les effets secondaires :** les effets secondaires sont souvent les mêmes que le médicament actif. En général moins importants, c'est l'effet nocebo.

Dr Marc-Gérald Choukroun



CHÈQUE EMPLOI SERVICE UNIVERSEL PRÉFINANCÉ

ACHAT DE CESU PRÉFINANCÉS EN TANT QUE CHIRURGIEN-DENTISTE LIBÉRAL

1 - Le CESU, qu'est-ce que c'est ? Qui est concerné ?

Le Chèque Emploi Service Universel ou CESU est une offre simplifiée pour déclarer facilement la rémunération d'un salarié à domicile pour des activités de services à la personne.

Le CESU concerne tous les particuliers à différents moments de leur vie, pour améliorer le quotidien. C'est aussi la garantie pour le salarié de disposer de droits à l'assurance maladie, au chômage, à la retraite, ...etc.

VOICI QUELQUES EXEMPLES DE SERVICES À LA PERSONNE :

- garde d'enfants
- soutien scolaire
- entretien de la maison et travaux ménagers
- petits travaux de jardinage ou de bricolage
- gardiennage et surveillance temporaire
- assistance informatique et internet à domicile
- assistance administrative à domicile
- aide aux personnes âgées et dépendantes
- garde malade à l'exception des soins médicaux

Le CESU peut s'utiliser de manière régulière ou ponctuelle, pour un emploi à temps partiel ou à temps complet. C'est un dispositif de déclaration. Il ne permet pas de payer le salarié.

**Pour les gardes d'enfants à domicile (hors babysitting) avec prise en charge de la CAF ou de la MSA, vous devez les déclarer auprès de Pajemploi*

cesu.urssaf.fr



les CESU
ne doivent pas
être utilisés
pour rémunérer
un(e) salarié(e)
du cabinet dentaire
(ex : femme
de ménage).

2 - Le CESU préfinancé, qu'est-ce que c'est ?

Le CESU préfinancé (titres CESU, e-CESU, chèque solidarité...) peut être distribué par un organisme financeur qui peut être : les comités d'entreprises, les mutuelles, les employeurs publics, les conseils départementaux, les travailleurs indépendants dont font partie les chirurgiens-dentistes libéraux...

L'organisme financeur fixe à la fois le montant du CESU et celui de sa participation. Sa participation peut être totale ou partielle. Il peut également préciser les services que ses titres peuvent rémunérer (par exemple : soutien scolaire, garde d'enfants...).

Le CESU préfinancé est un moyen de paiement pour rémunérer des services à la personne. Il est émis par l'une des structures habilitées par la DGE (Direction Générale des Entreprises) :

LISTE DES ÉMETTEURS DE TITRES CESU PRÉFINANCÉS :

- CESU domalin® (natixis intertitres)
- Ticket CESU (edenred France)
- Le Pass CESU (sodexo)
- Le CESU Domiserve (la banque postale)
- Le Chèque Domicile (up)

Seul le CRCESU est habilité à rembourser les CESU préfinancés. Tout comme un titre restaurant, un titre CESU est «millésimé». Cela signifie qu'il a une date de validité. Il est remboursable auprès du CRCESU jusqu'au 28 février* de l'année suivant son année d'émission.
*29 février pour les années bissextiles

En pratique comment ça fonctionne ?

Avec ses titres CESU préfinancés, le particulier-employeur reçoit un carnet de volets sociaux à renvoyer, à chaque paiement, au CNCESU (Centre National du CESU) ou il peut directement utiliser le service de déclaration en ligne sur le site www.cesu.urssaf.fr.

L'intervenant payé en CESU – il s'agit de son salaire net – se fait quant à lui rembourser ses titres par le CRCESU (Centre de Remboursement du CESU).

Sources :
cesu.urssaf.fr
cr-cesu.fr

3 - Le CESU préfinancé : règle d'obtention

Vous pouvez, en tant que travailleur indépendant non-salarié, financer des CESU dans le cadre de votre activité professionnelle, dans la limite d'un montant total de 1 830 € d'aide au titre des services à la personne par an et par bénéficiaire :

- Pour votre propre usage privé, afin de régler des services à la personne à votre domicile.
- Pour vos salariés et dans ce cas les règles d'attribution doivent être les mêmes pour tous les employés. Vous pouvez financer les tickets CESU de 1 à 100%.

Le CESU préfinancé simplifie la vie des salariés pour leur permettre de mieux concilier vies professionnelle et personnelle et renforce ainsi leur motivation ; il est donc un outil de fidélisation des salariés. Cette aide n'étant pas soumise à l'impôt sur le revenu pour le salarié, elle lui offre donc du pouvoir d'achat supplémentaire

Le CESU Préfinancé donne droit à des exonérations fiscales et sociales. Le CESU préfinancé et ses avantages fiscaux bénéficient aux professions libérales qui n'emploient pas de salariés. Ainsi, le professionnel peut acquérir pour son propre compte des CESU préfinancés, le financement (partiel ou total) devant être le même que celui proposé à ses salariés éventuels ou futurs.

Le salarié peut refuser de bénéficier des CESU proposés par son employeur. Dans ce cas précis, il est conseillé de signer une décharge afin de prouver la bonne foi de l'employeur et du salarié.

AVANTAGES FISCAUX

Le CESU représente une solution intéressante pour les libéraux car elle permet de bénéficier d'un ensemble d'avantages fiscaux :

- Jusqu'à 1830 € de CESU déduits de votre bénéfice imposable chaque année...
- Crédit d'impôt de 25% de la valeur des CESU financés,
- Cumulables avec les aides de l'État (PAJE ou allocations spécifiques).

Important, si vous n'exercez pas seul, vous pouvez profiter d'une exonération de cotisations sociales sur le financement des CESU destinés à vos salariés.

Sources :
entreprises.gouv.fr

NOUVELLE CONVENTION

CONFLIT ÉTHIQUE
RESTE À CHARGE ZÉRO

Et si les dents c'était aussi la santé ?

Depuis le 1^{er} avril je dors mal et je mange mal. J'en discutais avec mon coach (toujours le même !) et je ne voyais pas pourquoi, tous les voyants de ma vie étaient au vert et d'un coup j'ai compris : la nouvelle convention me pose un conflit éthique !

J'ai un exercice ultra privilégié, dans une zone sympa, avec des confrères autour de moi pratiquant, pour la plupart, un exercice très différent du mien. Je fais énormément de collages, jamais de couronnes métalliques et très peu de CCM... inutile de vous dire que la nouvelle convention ne devrait pas m'impacter trop vite. Donc je ne suis pas inquiète pour mon cabinet mais pour nos patients.

Depuis le début du mois, je comprends que, dans la tête des gens, « les dents ce n'est pas pareil ».

Une journaliste de France 2 m'a contactée pour m'interviewer le 1^{er} avril au sujet du reste à charge 0. J'ai commencé à lui expliquer ma position, elle m'a arrêté en me disant qu'elle ne souhaitait pas de polémique car la convention était passée. Je lui ai exposé le fait que cette convention ne permettait pas de proposer le soin adapté à la santé de nos patients, elle n'a pas compris.

J'ai donc utilisé ma formule magique, la voici : « Vous prenez une molaire, et vous dites à votre patient : je suis obligée de vous donner ce devis, il ne vous restera pas de reste à charge (en 2020 !) mais ce n'est pas exactement ce qu'il vous faut. Elle est très bien ma couronne mais comme votre dent est assez délabrée et que sur le

métal je ne peux que sceller et pas coller, il me faudra certainement la dévitaliser pour mettre un pivot pour avoir plus de surface de contact. Ce qu'il vous faut, dans ce cas-là, pour vous, c'est une couronne en céramique que je vais pouvoir coller, et donc même s'il ne reste pas assez de surface, le collage fera que la couronne tiendra bien. C'est ce qu'il vous faut mais ce n'est pas dans le RAC 0 et du coup vous aurez un reste à charge.»

Maintenant faites un pas de côté : devenez un patient en cancérologie. « Cette chimiothérapie est très bien mais ce n'est pas exactement celle qu'il vous faut, par contre RAC 0. La chimiothérapie qui correspond exactement à votre cancer n'est pas en RAC 0 et il vous restera des frais à acquitter. Dommage, il aurait fallu que vous choisissiez le cancer qui va bien avec le RAC 0 ! »

Pas très éthique tout ça !!!

La journaliste de France 2 (qui n'est jamais venue jusqu'à mon cabinet vous vous en doutez) m'a répondu : « ce n'est pas pareil c'est la santé ».

Cette semaine, je rencontre F. un adorable commercial d'implants, qui me demande comment je vis la nouvelle convention. Je lui explique que je ne suis pas inquiète pour mon cabinet mais

que j'ai un conflit éthique. Très surpris, il me demande des explications, car mes confrères qu'il a rencontrés ne lui ont jamais parlé de ça, trop inquiets pour leur chiffre d'affaire. Je lui redonne ma formule magique et il prend une seconde de réflexion pour me dire que c'est vrai, la bouche c'est important et qu'aucun de mes confrères ne lui ont fait part de ce genre de conflit.

Donc mon conflit éthique et ma capacité à manger des tablettes de chocolat se sont encore accrus.

Si nous dentistes, soignants de la bouche, ayant prêté le serment d'Hippocrate, ne voyons pas le problème, si nous, premiers concernés par la santé de la bouche ne sommes pas capables de dire, comprendre et crier QUE LES DENTS C'EST LA SANTE, nos journalistes, patients, industriels de la filière ne vont pas le faire à notre place.

Je vous rappelle que Hippocrate, oui oui, celui du serment le jour de notre thèse, a quand même dit « que ton aliment soit ton seul médicament ». Qu'avons-nous fait, quelle évolution de la médecine moderne a fait, que même nous, nous sommes capables, inconsciemment de penser que la santé bucco-dentaire n'est pas vraiment la santé ?

Dr Magali Fau-Jurado

ESCALE

LES VOILES DE LA SOP :
PARTAGE D'EXPÉRIENCE !!

Il s'agit de trois jours de régates sur voiliers, tous identiques avec skipper, agrémentés chaque soir d'une conférence.



Dernier point et non des moindres : sur les 5 équipiers du bateau (3 filles et deux gars) les trois filles sont adhérentes au SFCD et un des deux garçons est supporter !

Cerise sur le gâteau nous terminons deuxième !

L'année prochaine les voiles devraient se dérouler à la Rochelle, encore un joli coin ! Bonnes Vacances !!

Dr Alice Delmon

Une combinaison originale, ouverte aux novices (plutôt en bonne forme physique à mon avis), dépaysante, décoiffante, amusante et certes fatigante où l'ambiance reste conviviale même si on se prend vite au jeu de la course !

Cette année nous étions à La Trinité, le vent un peu faible les deux premiers jours nous a permis de profiter du soleil et du paysage avec une jolie escale le long de l'île de Houat.

Le dernier jour beaucoup plus sportif nous a vraiment montré les difficultés de ce sport d'équipe en prise avec les éléments !

Le skipper nous secoue et c'est vrai que tout doit être bien calé pour effectuer de belles manœuvres. Stress, adrénaline et embruns : un vrai régal !! Avis aux amateurs...



JE N'AI RIEN SENTI

ALORS, HEUREUSE ?

En phase post coït, XY, certain d'avoir donné du plaisir à XX demande parfois :
Alors heureuse ?

**Il y a aussi l'histoire
de ce couple allongé dans
une situation semblable...**

Elle (récente conquête) :
Vous faites quoi comme métier ?

Lui (surpris de la question) :
Chirurgien-dentiste

Elle (affirmative) :
***Vous devez être un excellent
dentiste***

Lui (flatté) :
***Oui en effet... mais comment
avez-vous deviné ?***

Elle (impitoyable) :
Ben je n'ai rien senti !

organe de plaisir et qu'au final, même s'il est parfaitement agréable de se faire bien accompagner dans les ébats amoureux, mieux vaut connaître les règles du jeu avant de commencer la partie.

J'aimerais vraiment que le chirurgien-dentiste, opérant, arrête de se croire homme à la manœuvre. A noter que la praticienne femme se le croit aussi !

Dominatrice(teur), au-dessus du patient allongé, certaine du moment, de l'acte, du mot, du procédé. Elle voit de ses yeux (et de l'imagerie qui dit tout comme chacun sait). Elle pique à l'endroit précis (comme s'il existait un point G de l'anesthésie). Elle rassure, sermonne, menace et encourage. Elle conclut, commente et convoque pour la séance suivante.

**« - Alors heureux (se) ?
- Oh oui, je n'ai rien senti ! »**

Au départ pourtant l'affaire est simple. Ce sont les dents qui font souffrir ! Pas les dentistes. Sucre, hygiène, vieillissement, habitudes alimentaires, bon terrain mauvais terrain... les bonnes questions que le praticien et son patient doivent se poser sont là, bien concrètes, terre à terre et si délicatement liées à la vraie vie. C'est le grand intérêt des BBD et du suivi. Le couple patient/praticien doit reposer sur le réel, sur une route où chacun s'engage en toute connaissance de cause.

Hélas, à l'usage, le projet de soins, le plan de traitement se révèlent bien différents. La

réponse attendue du patient est malheureusement dépendante de l'intention développée par le praticien.

**En dentisterie il est devenu
commun que, comme
une épouse confiante,
un patient ne doive rien sentir,
rien subir et que rien ne doive
transpirer.**

Un seul projet se dégage d'une image dentaire normalisée : tout faire pour qu'on ne voie rien, et surtout qu'on ne sente rien. Sa (son) chirurgien-dentiste dit prendre le problème dans son ensemble en proposant des implants, une denture artificielle et hop le tour est joué « *Alors heureuse ?* ».

Mais quand ce même patient reviendra mécontent faute d'avoir compris que cet équilibre retrouvé un instant s'effondre sans contrôle et maintenance, chère consœur oserai-je vous demander à mon tour : « *Alors heureuse ?* » ?

**Nous soignons les conséquences...
et faisons silence sur les causes.
Ce n'est pas grave cette carie
puisque vous ne sentirez rien.
Ce n'est pas grave d'extraire
puisque on peut remplacer.
Ce n'est pas gênant
puisque ça ne se verra pas.**

Comme assise chez le coiffeur madame je vous fais d'abord les dents du sourire chères à

Au « *je ne sens rien* » du praticien idéal
je préfère le « *je me sens bien* »
de, j'espère, tous (presque tous !) mes patients.

**« Alors heureuse ? »...
Très mauvaise question !
Ne la posez donc pas !**

Macron. On verra à mastiquer plus tard avec les dents postérieures. Sincèrement, voulons-nous toutes faire ressembler nos patientes à la première dame de France ? Voulons-nous toutes programmer des dentures américaines et poser des e-diagnostics ?

**Pourquoi l'apparence de l'efficacité
et l'efficacité de l'apparence
devraient elles se substituer
à la réalité et au devoir de soin ?**

Dans le domaine de la Santé Publique (hors des normes du monde des affaires) un praticien n'est bon qu'AVEC, VERS et POUR le patient. Tous les deux sont alors ensemble, en situation, d'accord, consentants, positifs, dans le même sens, partageants, impliqués.

Car au final ce sont ses dents à lui, ce partenaire/patient, sa vie, son hygiène et ses choix. C'est en cosmétique que s'invitent l'allure et le paraître, pas en dentaire. Et cette liberté permet même, en conjoint infidèle de son dentiste traitant... de ne pas accepter le traitement proposé.

En dentaire comme en sexologie le consentement éclairé finit toujours par être un consentement corporel. Un brin d'intelligence et de clairvoyance avant d'avancer ensemble évitent bien des dommages.

Dr Manon Bestaux
Chirurgien-dentiste et sexologue



«Depuis peu, pour certaines formations, il y a un logo «Datadock». Qu'est-ce que ça veut dire ? Est-ce que ça a une incidence sur ma prise en charge FIF-PL ? Est-ce que ça veut dire que la formation est obligatoire ? Entre tous ces logos et labels, je me perds. Quelles sont les formations qui sont vraiment obligatoires ? Merci pour vos réponses ! »

Nathalie de Montpellier (Hérault, 34)



Sachez que FFCd (Formations Femmes Chirurgien-Dentiste) est « Datadocké » grâce à la qualité de ses formations !

Concernant les formations obligatoires, voici le tableau qui le précise, ainsi que les conséquences juridiques si on ne fait pas ces formations obligatoires



Formation	Objectifs	A refaire	Contrôle	Sanction
AFGSU	Savoir agir en cas d'urgence vitale	Tous les 4 ans maximum, faire une mise à jour des connaissances	Attestation de formation à produire	Sanction jusqu'au pénal
Radioprotection	Savoir protéger le patient du risque lié aux radiations	Tous les 10 ans	Attestation de formation à produire	Pas de prise en charge des radios
Violences faites aux femmes	Savoir repérer et orienter. Savoir rédiger le Certificat Médical Initial	Non	Attestation de formation à produire	En attente de jurisprudence
Accessibilité handicapé	Accueil adapté des patients handicapés conformément à la Loi	Non	Attestation de formation à produire	En attente de jurisprudence

C'est mon avis

Nos patients ont une histoire...

Chez certains de nos patients victimes de psycho-traumatismes, notre attitude, même anodine voire normale pour nous, peut réactiver la mémoire traumatique.

Lorsque nous sommes en face de notre patient, connaissons-nous tout de lui, devons-nous savoir tout de lui ? Chaque chirurgien-dentiste connaît la tension, la peur qu'il peut susciter chez les patients par son image, sa blouse, les bruits, l'imagerie collectif. Alors que nous réussissons à rassurer, améliorer notre accueil et la gestion de la douleur, il arrive que nous soyons en présence de comportements sinon irrationnels tout du moins inappropriés, voire inquiétants. Aujourd'hui, on ne peut plus passer à côté d'une actualité nous rappelant la violence incommensurable que certains croient : attentat, agression, viol. Mais, alors que les stigmates d'agression physique sont visibles, les dégâts sur le cerveau qui jusqu'à aujourd'hui n'étaient pas considérés voire même ignorés deviennent enfin visibles, étudiés. Et l'on parle de mémoire traumatique.

La mémoire traumatique se souvient de tout et peut s'enclencher à n'importe quel moment sous l'impulsion d'une odeur, d'un bruit, d'un lieu, d'une position.

À l'inverse de la mémoire « autobiographique », la mémoire traumatique se souvient de tout et peut s'enclencher à n'importe quel moment sous l'impulsion d'une odeur, d'un bruit, d'un lieu, d'une position. La victime du traumatisme revit alors intégralement son agression : peur, stress, douleur, imminence de la mort. Le cerveau doit mettre en place une stratégie pour protéger le corps et il déconnecte, un véritable court-circuit de survie. Le corps peut alors faire

des choses complètement inappropriées : silence, fuite, éclat de rire, immobilité. Et cela jusqu'à la fin de la menace ou plutôt de l'événement qui a ré-enclenché cette mémoire traumatique. Dans nos cabinets, nous ne devons pas ignorer que certains de nos patients sont victimes de psycho-traumatismes et que notre attitude, même anodine voire normale pour nous, peut être une source de réactivation de cette mémoire traumatique. Nous sommes des chirurgiens-dentistes, donc des soignants, à l'écoute de tous les signes non verbaux que notre patient nous envoie. Mais que faisons-nous de si grave dans nos cabinets qui pourrait être vécu comme un « revival » d'une agression ? Et bien tout instrument (miror, sonde) introduit dans la bouche peut réactiver une agression sexuelle. La position allongée sur le fauteuil, la peur de la douleur, et même notre position « à midi », derrière le patient, peut être vécue comme une emprise. Le patient peut alors réagir d'une manière tellement surprenante que cela va nous déstabiliser. Il peut y avoir la fuite : le patient littéralement sauté du fauteuil et parti. Il y a aussi le patient qui en une seconde ne parle plus, est immobile et stoïque jusqu'à ce que le fauteuil remonte. Le patient peut aussi se mettre à crier, fort, alors que nous n'avons encore pratiqué aucun soin. Bien sûr, tous les patients ayant ce type de réaction ne sont pas des victimes de psycho-traumas mais il est de notre rôle d'être attentif et de savoir réagir dans la bienveillance. Savoir poser les bonnes questions et orienter nos patients qui, pour certains, sont des victimes qui s'ignorent. Nous devons nous rappeler que nous ne soignons pas seulement une bouche et des dents. Nos patients sont des êtres humains avec une histoire. Et nous sommes ainsi pleinement dans notre rôle médical, conscients de cette mémoire traumatique et accompagnant dans le soin des patients avec empathie et connaissance.

Clinic Mensuel de l'omnipraticien en médecine bucco-dentaire N°40

ON PARLE DE NOUS DANS LA PRESSE !



nosdeputes.fr

Actions de sensibilisation de la population et des chirurgiens-dentistes au MIH. Un sujet sur lequel le SFCD est lanceur d'alerte !



Pour lire l'article



ACTUALITÉS

Étude

Les dentistes en première ligne pour alerter sur les violences familiales

Une étude américaine publiée le 11 avril dans le Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma rapporte que près de 75 % des traumatismes crâniens et cervicaux associés à des violences domestiques surviennent à la suite d'une blessure buccale.

L'auteur principal de l'article, Timothy Ellis, étudiant en médecine dentaire à la Midwestern University (Aurora, États-Unis), met en évidence le rôle des dentistes dans l'identification et le signalement des victimes.

Les biomarqueurs oraux qui doivent alerter : déchirures, fractures de la mâchoire et des dents. Les signes récurrents de violence pouvant indiquer une lésion cérébrale sont les traumatismes aux nerfs de la bouche et de la mâchoire, ainsi que les lésions de l'os nasal. La décoloration des dents, les racines émousées et la nécrose

peuvent également être des signes d'un traumatisme dentaire antérieur justifiant un examen plus approfondi. Selon la publication, les dentistes sont insuffisamment formés à la détection des potentiels cas de violences familiales. En France néanmoins, de multiples initiatives ont été mises en place. Par l'ONCD (mise en place dès 2016 de référents violences faites à autrui dans chaque département, formation e-learning pour mieux repérer, prendre en charge et orienter les patientes victimes de violences...).



par le Syndicat des femmes chirurgiens-dentistes (SFCD)...

En savoir plus : Restoring More than Smiles in Broken Homes: Dental and Oral Biomarkers of Brain Injury in Domestic Violence - Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma <http://bit.ly/2Ls6qfW>

Solutions cabinet dentaire, N°17, juin 2019

NOUVEAU ET BIENTÔT DISPONIBLE LE CATALOGUE DES FORMATIONS FFCD !



Des
formations,
construites
pour vous,
en réponse
à vos besoins

Formations et
accompagnement
dans l'exercice
quotidien
de votre
profession

Le FFCD
des
formations
dans votre
région

- > **Évolution des pratiques**
- > **Prévention des difficultés administratives**
- > **Prévention de pathologies**
du chirurgien-dentiste et de son équipe
- > **Prévention environnementale**

