

LA REVUE
DU SFCD

ifcd
infos



N°52
PRINTEMPS/ÉTÉ
2021

VERSION
NUMÉRIQUE

**Création de l'Association
des Plateformes Santé
(APFS)**

une montée en puissance
des réseaux de soins

**Communauté Professionnelle
Territoriale de Santé ou CPTS
Mode d'emploi**

**La programmation
neuro-linguistique**

**GESTION DES RENDEZ-VOUS
AU CABINET DENTAIRE**

sfcd.fr

LE SFCD EST PRÉSENT DANS VOTRE RÉGION

Une proximité
avec
vos référents
régionales



**C'EST LE
MOMENT
D'ADHÉRER
AU SFCD !
P.4**

- **Directrice de la publication :**
Nathalie Delphin
- **Rédactrice en chef :**
Claire Mestre
- **Ont participé :**
Lishane Ahamada,
Mark Bonner, Nathalie Delphin,
Marie Françoise Gondard Argenti,
Isabelle d'Heilly, Alain Huot,
Fabienne Guichardaz-Gay,
Claire Mestre, Lemya Nadia,
Sylvie Ratier, Nathalie Richard
- **Publicité :** SFCD
- **Conception réalisation :**
Marion Bijl - yesonyva.com

Imprimé en France.

Crédits photos : Fotolia.com, Adobe
Stock.

« Les points de vue, les opinions et
les analyses publiées dans cette re-
vue n'engagent que leurs auteurs,
ils ne sauraient constituer un quel-
conque positionnement du SFCD. »

sfcf.fr

édito



**Voilà qu'enfin
je peux vous dire
à toutes et tous MERCI.**

**2021 sera donc l'année où le SFCD aura renforcé sa place
dans le paysage de la profession.**

En votant pour nos listes, nos candidats, vos consœurs et confrères, vous permettez une autre voie, une autre manière d'aborder les objectifs qui permettront à tous les chirurgiens-dentistes d'être écoutés et respectés.

Le SFCD, en étant présent au sein des URPS grâce à ses élues, pourra agir au plus près de vous et de votre exercice.

Alors que certains, pour vous défendre, prôneront la chaise vide, le SFCD ira lui, toujours pour informer et conseiller les décideurs ignorants de notre réalité.

Partout où on nous appellera, nous apporterons nos convictions, nos valeurs, nos réflexions et notre travail.

Accepter une invitation parce que nous vous représentons c'est affirmer notre opinion dans le débat.

Dentistes consultants, tiers-payant généralisé, convention, prévention, maternité et parentalité, éco-responsabilité, modes d'exercices, centres, formation initiale et continue etc....

Le SFCD ce sont des propositions, des actes, du travail collectif.

En votant pour le SFCD, vous avez permis que votre voix soit entendue.

En adhérant au SFCD, vous vous donnez les moyens d'agir.

MERCI et à bientôt.

Dr Nathalie Delphin

ADHÉREZ AU SFCD

UN SYNDICAT TOUJOURS ACTIF POUR :

Défendre
la profession

Protéger
la santé bucco-dentaire
et la qualité des soins

Renforcer
l'égalité Femme - Homme

Conseiller
les chirurgiens-dentistes
et leurs équipes

Rejoignez-nous !

*C'est facile,
rapide,
et en ligne :*



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 : sfcd@sfcd.fr

SERVICE JURIDIQUE

Sylvie Ratier
sylvie.ratier@sfcd.fr

FFCD FORMATIONS

Secrétariat de direction :

Lemya Nadia
ffcd.contact1@gmail.com
Inscriptions :
Muriel Gayrard
ffcd.secretariat@gmail.com

ADHÉSION, INSCRIPTION, CONTACT

Muriel Gayrard
Tél : 05 81 02 41 93
muriel.gayrard@sfcd.fr
Inscription en ligne sur :
sfcd.fr

RELATIONS PRESSE

Magali Fau-Jurado
magali.fau@sfcd.fr

RETROUVEZ-NOUS SUR TWITTER ET FACEBOOK



sfcd.fr

sommaire

6 - À LA UNE

- Moi, syndiquée ! Mais pour quoi faire ?
- Le SFCD a ses premières élues aux URPS !

11 - TRIBUNES LIBRES

- La réforme du troisième cycle le consensus autour du D.E.S. d'Omnipratique
- Les chirurgiens-dentistes consultant des OCAM

13 - ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES

- La réforme des indemnités journalières maladie et paternité des professionnel.le.s libéraux : ce qui change au 1^{er} juillet 2021
- Création de l'association des plateformes santé (APFS)
- Une montée en puissance des réseaux de soins
- Communauté professionnelle territoriale de santé ou CPTS : mode d'emploi
- La convention collective pour les salariés des libéraux, interview de Marie Françoise Gondard Argenti
- AFGSU : validité des AFGSU arrivant à échéance en 2020 et 2021 prolongée de 2 ans
- Classement du cobalt en CMR
- Élections CARCDSF 2021 : le SFCD présente des candidats dans tous les collèges votants

30 - CABINET DENTAIRE

- Entrée en vigueur du nouveau règlement européen sur les dispositifs médicaux
- Filtration ou UV pour décontaminer l'air du cabinet dentaire ?

35 - DOSSIER : LES RENDEZ-VOUS AU CABINET DENTAIRE

- Les plateformes de prises de rendez-vous en ligne : la question de leur place dans le secteur de la santé
- Gestion des plannings et des RDV
- Le service d'accès aux soins (sas) : l'exemple de la Gironde
- Identitovigilance au cabinet dentaire : un nouvel identifiant national de santé pour tous les patients

47 - CLINIQUE

- La parodontite est-elle une infection parasitaire ?

51 - NATURO

- La naturopathie au service de la santé bucco-dentaire en odontologie pédiatrique - Dossier à télécharger

52 - INFOS GÉNÉRALES

- La programmation neuro-linguistique : un outil précieux au cabinet dentaire

58 - DÉTENTE

- Mission humanitaire : 2 semaines au Cambodge

61 - FORMATIONS FFCD

- FIF-PL 2021
- Les formations du 2^e semestre 2021

SFCD

MOI, SYNDIQUÉE ! MAIS POUR QUOI FAIRE ?

Il y a quelques mois une amie chirurgien-dentiste me demande si, par hasard, je ne voudrais pas qu'elle m'inscrive sur la liste que présente le SFCD pour les élections URPS.

Curieux, ces acronymes qui ne me parlent pas.

Le docteur Marie-Christine Barbotin, vice-présidente du SFCD, entreprend alors de les décrypter pour moi, ainsi que, de fil en aiguille, de nombreux autres.

Très persuasive -on l'est forcément pour les causes importantes- Marie Christine me convainc.

Me voici donc embarquée dans une aventure nouvelle !

Qu'est-ce que le SFCD ?

Un tout petit rappel historique : c'est le syndicat le plus ancien de la profession, il a été créé en 1935, pour défendre les droits des orphelins et des veufs de femmes chirurgiens-dentistes qui, jusque-là n'avaient aucun droit à leur décès, bien qu'ayant cotisé comme un chirurgien-dentiste homme.

Une des victoires les plus marquantes du syndicat est la mise en place du congé maternité pour les professionnels de santé libéraux qui ensuite a été généralisé à l'ensemble des professions libérales. Nathalie Ferrand a porté ce projet en lien avec Simone Veil, ministre de la santé, en 1995. Le syndicat est également à l'initiative de la mise en place du BBD, grâce à son rapport sur la prévention intitulé : « Prévention Bucco-Dentaire » en France, il a entre autre obtenu que ce BBD se fasse au cabinet dentaire et non en milieu scolaire.

Il a obtenu du conseil constitutionnel la non-conformité à la constitution du tiers payant généralisé pour la part complémentaire. Il a été lanceur d'alerte sur la santé environnementale et l'écoresponsabilité, avec la reconnaissance du MIH. Ce syndicat nous représente tous, hommes et femmes, et quel que soit notre mode d'exercice: libéral, salarié, praticien hospitalier, universitaire, exerçant en centres mutualistes/dispensaires. C'est un syndicat indépendant dont les dossiers sont portés par des cadres bénévoles.

Le syndicat est un des membres fondateurs de l'ADF et est présent dans de nombreuses instances nationales, il travaille en coordination avec d'autres structures, organisations et institutions professionnelles (ONCD, CARCDSF, UNAPL, FIFPL, URPS, UNPS ah ! ces acronymes en tout genre...).

Retour aux basiques, petite définition :

un syndicat professionnel a la charge de représenter l'ensemble de ses adhérents auprès des autres syndicats, des institutions professionnelles et de l'État. Il doit veiller au respect des droits de ses adhérents.

Un de ses moyens d'action est la négociation collective, utilisée lors des négociations conventionnelles par exemple.

Quelles sont les valeurs du SFCD ?

En pratiquant un syndicalisme constructif qui privilégie le dialogue et la recherche de solutions nouvelles, soutenir, fédérer, conseiller, défendre, informer sont les fers de lance du SFCD. Au sein du syndicat, nous cherchons à valoriser l'entraide, les contacts, le partage d'expériences professionnelles entre les chirurgiens-dentistes. Notre objectif est de défendre les intérêts de la profession et l'exercice de ses membres, comme les autres syndicats évidemment, mais avec le souci de ne pas faire de la santé un commerce. Le patient reste au cœur de nos actions, le soin n'est pas une marchandise. Le corps humain ne se négocie pas.

Quel est l'esprit du SFCD ?

Au delà des considérations catégorielles ou de revendications, louables certes mais qui ne mettent plus l'humain au cœur de la réflexion, mais l'activité professionnelle essentiellement, le SFCD a à cœur de ne pas oublier le ou la professionnel.le de santé en tant qu'être humain.

L'éthique est une démarche intellectuelle qui guide notre pratique professionnelle. Notre pratique place

MOI SYNDIQUÉE ! MAIS POUR QUOI FAIRE ?

le patient au cœur de notre activité. Le praticien organise les soins autour du patient. Notre statut de professionnel de santé implique une attention à l'autre faite d'humanisme, de compassion et de tolérance. Mais nous ne pouvons parler de notre activité professionnelle sans en envisager le côté financier. Nous ne sommes pas dans une logique commerciale mais dans une dynamique économique. La rémunération est la conséquence de notre activité professionnelle. Cette rémunération n'est pas notre but initial, mais elle doit nous permettre de mettre en œuvre notre éthique et notre pratique.

Nos obligations professionnelles ne doivent pas être un frein à l'éthique et à la pratique. Il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre la réalité économique et l'éthique médicale. C'est à cette condition que le chirurgien-dentiste, professionnel responsable, conscient des réalités, pourra remplir son rôle de professionnel de santé. Le SFCD défend avec force l'idée que la santé n'est pas un commerce.

Syndicat dynamique et actif, il propose même un organisme de formation, pour répondre aux demandes de ses adhérent.e.s et de l'ensemble de la profession. Encore une façon pour le SFCD de tisser son maillage territorial et ainsi toujours garder le lien entre tous et toutes.

Quel est l'enjeu de ces élections ?

Les URPS, ou Unions Régionales des Professionnels de Santé ont été créées en 2009. Ce sont des associations loi 1901 qui rassemblent, pour chaque profession médicale, les représentants des professionnels de santé libéraux et conventionnés.

ALLEZ-Y, ADHEREZ !

Pour en savoir encore plus sur ce beau syndicat indépendant, prospectif et éthique : sfcd.fr

Ils sont élus pour 5 ans (en Ile de France, ils sont 24). Les fonds pour leurs actions proviennent des cotisations obligatoires des CD (via l'URSSAF) et par des partenaires (ARS, AM, Conseil Régional, etc.), donc par chacun de nous.

Les enjeux des URPS : faire entendre notre voix, le nombre cumulé de votes au niveau national déterminant la représentativité de tous les syndicats de la profession. Ces élections sont essentielles sur le plan régional comme national. Les URPS assurent la représentation des chirurgiens-dentistes auprès des ARS (Agences Régionales de Santé) et contribuent notamment à l'organisation de l'exercice professionnel (permanence et continuité des soins), à l'aménagement de l'offre de soins sur le territoire, et à la défense de leur profession.

Le SFCD, suite à ces élections, a pour la 1^{ère} fois des élus aux URPS sous son étiquette. C'était la 1^{ère} fois que le SFCD se confrontait à des élections nationales. Il est maintenant un incontournable du paysage politique dentaire et il faudra compter avec lui.



Article paru dans la revue SBR N°9
L'orthodontie Bioprogressive

Docteur Fabienne Guichardaz-Gay
Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale, exercice libéral en région parisienne

LE SFCD A SES PREMIÈRES ÉLUES AUX URPS !

Le SFCD présentait pour la première fois ses listes aux élections URPS.

Nous avons mené notre campagne selon les règles.

Une campagne faite par des dentistes pour des dentistes.

Le SFCD compte pour la première fois ses propres élues au sein des URPS et s'en félicite.

Nous obtenons presque 5% des voix au scrutin national malgré un taux de participation de la profession de moins de 50%, et malgré l'absence de listes SFCD dans certaines régions.

Un saut dans le grand bain pour le SFCD qui s'en sort dignement pour une première, et qui compte bien poursuivre l'aventure.

Merci à toutes et tous pour la confiance que vous nous avez accordée en votant pour nous.

Nous saurons nous en montrer dignes comme d'habitude !



Dr Nathalie Delphin
en Nouvelle Aquitaine



Dr Isabelle Morille
en Occitanie



Dr Marie Christine Barbotin
en Ile de France



Dr Clémence Bertrand
en Bretagne

LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE

LE CONSENSUS AUTOUR DU D.E.S. D'OMNIPRATIQUE



Après les étudiants en médecine et en pharmacie, c'est au tour des étudiants en odontologie de réfléchir au devenir de leurs études. Les discussions s'articulent, depuis 2016, autour de la refonte du troisième cycle sans qu'aucune maquette ne soit en adéquation avec les attentes de tous les acteurs.

Si plusieurs propositions, dont la multiplicité des DES (Diplômes d'Etudes Spécialisées), sont sur la table concernant le cycle long, ne concernant pourtant que 10% des étudiants en chirurgie-dentaire, c'est bien le cycle court qui semble réussir à faire consensus.

Depuis 1994 et la mise en place du troisième cycle, les études en odontologie se font en 6 ans au minimum. A titre de comparaison, la moyenne européenne est de 5,5 années. Au départ, cette année supplémentaire se voulait clinique et professionnalisante, en créant un lien entre la vie universitaire et le monde libéral. Vingt-sept ans plus tard, les étudiants en fin de cursus ne s'y retrouvent pas et constatent qu'ils ne sont pas mieux préparés au monde actif que leurs prédécesseurs. Tout le monde s'accorde à dire que cette sixième année est une "coquille vide" qui mériterait d'être repensée, puisqu'en plus, il existe autant de TCEO1 que de facultés françaises.

C'est ainsi qu'est née l'idée du DES Omnipratique, en 1 an, permettant dans un premier temps, l'harmonisation de cette année sur le territoire.

Les avantages de cette possibilité sont nombreux et ont le mérite de faire l'unanimité aussi bien auprès des universitaires que du monde professionnel. Outre un programme uniformisé entre les facultés, l'acquisition d'un DES ouvre les portes aux carrières Hospitalo-Universitaires (HU). En 20 ans, le nombre d'étudiants

a augmenté de plus de 65% tandis que celui des encadrants a légèrement diminué. Manque de visibilité ? D'attractivité et de lisibilité dans l'accès à ces carrières ? C'est avec inquiétude que l'on constate que tous les postes HU proposés ne sont pas pourvus en odontologie. La révision du cursus court dans nos études permettrait, peut-être, à terme, de rééquilibrer la balance au sein des universités.

Qui dit réforme de la sixième année, dit refonte du stage actif. Le protocole est connu, chaque étudiant en fin de cursus doit réaliser un stage qui se veut "actif" chez un praticien libéral mettant à disposition un fauteuil et tout le matériel nécessaire à la pratique dentaire.

Dans la réalité, les 250 heures allouées à ce stage se résument parfois à seulement de l'observation voire de l'assistantat. De l'autre côté, les praticiens accueillant ces étudiants ne disposent d'aucun cahier des charges précis ni d'un statut valorisé leur permettant de faire reconnaître leur volonté d'apprendre et de transmettre.

C'est pourquoi il est nécessaire de réfléchir à une nouvelle direction à donner à cette collaboration, si l'on se permet le jeu de mots.

Au sein du cursus d'odontologie, il est question d'introduire le statut de Maître de Stage Universitaire (MSU). Un praticien souhaitant accueillir des étudiants au sein de son cabinet devrait suivre une formation dispensée par la faculté reprenant les attentes et les obligations de chacun, ainsi que des notions de pédagogie/andragogie. Ce statut, garantissant un certain gage de qualité et de compétences, devrait permettre une revalorisation de ces praticiens, supposons financière.

Si le contenu sera dorénavant bien défini, une réflexion peut se porter sur les modalités pratiques de ce stage. En effet, l'emploi du temps d'un étudiant en sixième année permet la réalisation d'un nombre d'heures au fauteuil plus important que celui actuellement appliqué. Et pourquoi ne pas y ajouter une notion de démographie dans la maquette ? Effectivement, le rapport de l'ONDPS a permis de rendre compte que certaines régions sont dépourvues de praticiens.

Lien de cause à effet, ces mêmes régions ne possèdent pas de facultés d'odontologie. Une réflexion pourrait amener à ouvrir des services de chirurgie-dentaire au sein des CHR qui pourraient accueillir des futurs étudiants du DES Omnipratique, libérant ainsi des fauteuils au sein des centres de soins dentaires déjà existants.

Le paysage de l'offre de soin dentaire peut sembler compliqué pour le patient. Entre omnipraticiens, praticiens orientés, praticiens exclusifs et les spécialistes reconnus, le parcours de soin souffre d'une lisibilité limitée.

Bien qu'une multiplication des DES, permettant de qualifier les praticiens exclusifs comme de véritables spécialistes - via les commissions de qualification - est proposée pour lisser ce paysage professionnel, les attentes de formation d'un futur omnipraticien ne sont pas identiques entre les acteurs universitaires qui délivrent le diplôme de docteur en chirurgie-dentaire. Pourtant, une maquette clarifiant le contenu du DES Omnipratique permettrait d'aborder plus sereinement la possibilité éventuelle de voir éclore de nouvelles spécialités dans notre paysage dentaire.

La crainte, légitime, d'un affaiblissement de la formation initiale d'un futur omnipraticien n'a, pour

LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE

l’instant, pas été atténuée de façon concrète malgré la volonté commune d’une formation théorique et clinique de qualité au sein de nos facultés.

Si les idées ne manquent pas, il faudra pour que cette refonte du cycle court porte ses fruits, des moyens supplémentaires tant sur le plan humain que financier se faisant ressentir comme indispensable.

Finalement, l’ensemble des acteurs semblent se

regrouper sur ce DES Omnipratique qui est aujourd’hui nécessaire. Cette maquette nous offre une multitude de possibilités pour permettre d’améliorer toujours la formation des étudiants en odontologie et donner l’opportunité aux futures générations de mettre un pied concret dans le monde professionnel.

L’UNECD reste attentive à l’avancée du dossier, se veut force de proposition et suivra de près le dénouement de cette réforme, qui se doit d’être ambitieuse et en adéquation avec les désirs des étudiants de demain.

LES CHIRURGIENS-DENTISTES CONSULTANT DES OCAM

Les chirurgiens-dentistes consultants des OCAM constituent une mauvaise réponse à une question raisonnable, à savoir comment exercer un contrôle sur les actes uniquement remboursés par les OCAM.

Le travail sur ce dossier a été poursuivi par le CNO, en dépit des fortes contestations manifestées par le SFCD. Le résultat provisoire du travail ayant été publié au mois de juin 2021, le SFCD renouvelle son opposition à cette charte et demande instamment au CNO à pouvoir réintégrer le groupe de travail afin d’aboutir à une solution qui satisfasse toutes les parties.

Selon le SFCD, seul le chirurgien-dentiste conseil, indépendant et garant du secret médical, qui peut être saisi par un OCAM, a légitimité à contrôler les actes effectués par un praticien, qu’ils appellent à rembourser la partie sécu et/ou la partie complémentaire. Cette possibilité, prévue par la convention, doit pouvoir être mise en œuvre sans plus tarder. Cela éviterait une compromission pour notre profession qu’elle devra assumer à très court terme vis-à-vis des patients.

LA RÉFORME DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

MALADIE ET PATERNITÉ DES PROFESSIONNEL.LE.S LIBÉRAUX :

CE QUI CHANGE AU 1^{ER} JUILLET 2021

Sylvie Ratier, juriste



INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE

Jusqu’ici, les professionnel.le.s libéraux y compris médicaux n’avaient aucune indemnité (contrairement aux salariés) pendant les 90 premiers jours de leur arrêt maladie, hormis celle de leur assurance privée (prévoyance), s’ils en avaient souscrit une.

A partir du 1^{er} juillet 2021, passé un délai de carence de 3 jours, les professionnel.le.s de santé libéraux percevront de la part de CPAM des indemnités journalières pendant les 90 premiers jours (soit environ 3 mois) de leur arrêt maladie.

Combien ? Les indemnités journalières seront égales à 50% de votre revenu déclaré, avec un minimum de 22€/jour et un maximum de 169€/jour pour 2021.

Quel financement ? Par une cotisation supplémentaire à l’URSSAF de 0,30% du BNC (mais avec un minimum de 50€ et un maximum de 370€ par an)

Remarques importantes

- Les indemnités journalières ne couvrent pas vos charges
- Au-delà des 90 jours cette indemnité s’arrête (c’est la caisse de retraite qui prend le relais).

Le SFCD vous conseille de garder un contrat de prévoyance mais d’en réévaluer les termes.

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES PATERNITÉ

Le congé paternité pour les libéraux : ce qui change au 1^{er} juillet

- 25 jours pour une naissance unique
- 32 jours pour des naissances multiples

Ce congé débute OBLIGATOIREMENT le jour de la naissance, soit :

- 25 ou 32 jours consécutifs
- 7 jours consécutifs obligatoires à partir de la naissance puis une ou 2 périodes complémentaires

CRÉATION DE L'ASSOCIATION DES PLATEFORMES SANTÉ (APFS)

UNE MONTÉE EN PUISSANCE DES RÉSEAUX DE SOINS

La création de la toute nouvelle APFS questionne le SFCD sur ses véritables objectifs. Les plateformes, déjà très puissantes dans la gestion de la prise en charge financière des soins, s'affichent en garantes de l'accès aux soins pour 50 millions de Français. S'associeraient-elles afin de rentrer aux tables des négociations conventionnelles ?

En effet, comme le dit Jean-François Tripodi, Président de la toute nouvelle Association des Plateformes en Santé (APFS) :

« Aujourd'hui les plateformes santé sont des acteurs majeurs de l'accès aux soins (...). Nous nous devons donc de nous réunir au sein d'une même structure pour faire valoir ce rôle mais aussi pour interagir avec l'ensemble des acteurs de santé ».

Cette association entend ainsi « mieux défendre le rôle, les intérêts et la capacité à agir » des cinq réseaux qui la composent (Carte Blanche Partenaires, Itelis, Kalixia, Santéclair et Sévéane).

Elle s'affiche en « groupe de réflexion ». Pourtant, elle a pour objectif majeur d'amplifier les échanges et la collaboration avec « les professions de santé, les pouvoirs publics, les OCAM, les associations de patients ou encore la presse » et elle exprime clairement « sa volonté de participer aux différents travaux et échanges sur le 100% Santé coordonnés par le Gouvernement ».

Aujourd'hui, les échanges et la collaboration qui existent entre ces plateformes et les chirurgiens-dentistes sont le résultat de contrats privés que ces derniers ont signés avec les premières.

Il s'agit donc d'une relation contractuelle de droit privé, individuelle.

En droit français, dans le cadre des contrats, le contrat fait la loi entre les parties qui l'ont signé.

Aujourd'hui, selon l'adage : la plateforme propose et le chirurgien-dentiste dispose.

Libre à ce dernier d'adhérer individuellement ou pas à un réseau, d'en accepter ou non les conditions, de se positionner dans un lien contractuel qui met à sa charge de nouvelles obligations ou de choisir de répondre aux besoins médicaux de ses patients sans contrainte contractuelle supplémentaire.

Nulle obligation ne pèserait donc sur les chirurgiens-dentistes de façon collective. Tout est une question de choix individuel, mises à part les contraintes de terrain, de fait.

- Que faire en effet, lorsque tous les autres praticiens de la ville ou dans un périmètre de 20 ou 30 km ont contractualisé avec une plateforme en échange d'un afflux de patient garanti généré par une meilleure visibilité ou un fléchage du parcours des patients ?
- Que faire, en outre, lorsqu'une grande partie de

la patientèle du cabinet bénéficie d'une assurance complémentaire santé de groupe partenaire d'une plateforme ?

En effet, de même, les échanges et la collaboration établis entre ces plateformes et les organismes d'assurance maladie complémentaires (OCAM) sont le résultat de contrats de prestations de services afin de gérer les flux de tiers payant. En effet, tout l'intérêt de ces plateformes réside dans le fait qu'elles ont su développer de puissants outils informatiques, capables de gérer et traiter les informations nécessaires.

Nulle obligation pour les OCAM de recourir à ces plateformes, mise à part une logique de recours à un savoir-faire, une technologie à moindre coût, capable de traiter le tiers payant, présenté par les plateformes comme la condition d'un bon accès aux soins pour les clients, et donc gage d'augmentation du nombre de ces derniers.

Aujourd'hui, trouver un OCAM non affilié à un réseau représente un véritable défi.



CRÉATION DE L'ASSOCIATION DES PLATEFORMES SANTÉ (APFS)

Malgré tout, ces plateformes ne sont pas intégrées aux négociations conventionnelles. Elles ne peuvent pas intervenir sur les chirurgiens-dentistes ou sur les OCAM de façon collective. De même, elles n'ont pas de relation avec l'Assurance Maladie. Elles ne peuvent donc pas « négocier » avec ces trois entités. En effet, aujourd'hui, seul l'UNOCAM, censé représenter les OCAM, est partie à la convention et seulement depuis la dernière en date de 2018.

Les plateformes, si puissantes soient elles, n'ont aucune légitimité pour peser sur les relations conventionnelles qui s'établissent entre la Sécu (UNCAM), l'UNOCAM et les syndicats représentants les chirurgiens-dentistes; ou intervenir auprès des pouvoirs publics. Les plateformes sont « des prestataires de services santé gestionnaires de réseaux de soins », acteurs commerciaux, qui en mettant en relation patients, praticiens et OCAM ont réussi à s'immiscer dans la vie de plus « de 50 millions de Français ». A tel point qu'aujourd'hui, ils entendent véritablement prendre part aux soins de près de 75% des français.

Tout l'enjeu de la création de cette nouvelle association de plateformes réside ici : **ACQUÉRIR UNE LÉGITIMITÉ.**

Si la puissance économique de ces plateformes ne fait aujourd'hui aucun doute, la puissance politique et la force de leur représentation restent à construire. Serait-ce l'objectif de cette nouvelle association ? Dans quel but ? Devenir un interlocuteur légitime auprès de pouvoirs publics, des associations de patients, de la presse, gagner une image de promoteur de « progrès économique » pour pouvoir contraindre praticiens et

les OCAM, par le biais du tiers payant, et in fine les patients.

Le regroupement des plateformes à l'intérieur d'une association visant à défendre leurs propres intérêts ne laisse subsister aucun doute quant à leur objectif : DEVENIR ENCORE PLUS PUISSANT.

- Plus ils pourront revendiquer de clients adhérents, de complémentaires santé affiliées et de praticiens partenaires, plus, de fait, ils deviendront incontournables.
- La logique des plateformes est d'éliminer tout concurrent, pour rester en situation de monopole et devenir maître du jeu. Leur modèle économique et juridique n'a aucune autre issue.

Pour le sujet qui nous intéresse ici, à savoir l'accès aux soins, de nombreuses questions se posent :

- Comment une association, représentant des intérêts commerciaux privés, prenant ainsi part aux soins de plus de 50 millions de français, pourrait-elle être en conformité avec les règles du code la santé publique?
- Comment une association, représentant des intérêts commerciaux privés, se trouvant en détention d'un tel monopole, pourrait-elle être en conformité avec les règles de la concurrence ?
- Jusqu'à quand une association, représentant des intérêts commerciaux privés, pourra-t-elle s'accommoder des contraintes déontologiques qui s'imposent aux professionnels du soin ?

N'oublions pas la règle d'or : le soin ne se pratique pas comme un commerce.

Dr Nathalie Richard, chirurgien-Dentiste
Dr Claire Mestre, chirurgien-Dentiste



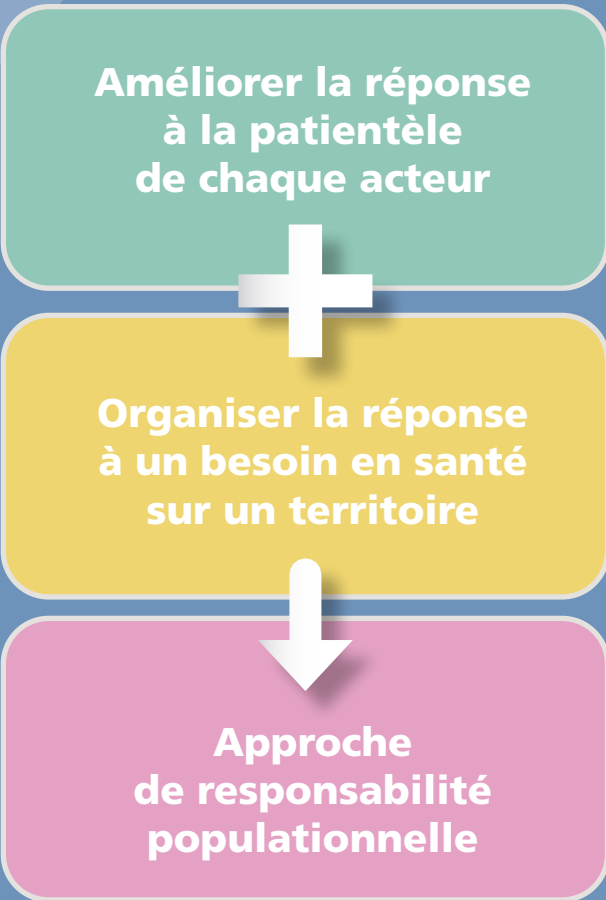
COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ OU CPTS MODE D'EMPLOI

Les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser –à leur initiative –autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes :

- organisation des soins non programmés,
- coordination ville-hôpital,
- attractivité médicale du territoire
- coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile.¹

Les CPTS visent à répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé qui souhaitent promouvoir les soins primaires et améliorer l'organisation des parcours des patients.

Sources des articles :
- 1/ Ministère des Solidarités et de la Santé-Loi de janvier 2016 de modernisation du système de santé
- URPS Nouvelle-Aquitaine



COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ OU CPTS :
MODE D'EMPLOI

UNE INITIATIVE DES PROFESSIONNELLS
QUI S'INSCRIT DANS UN TERRITOIRE :



Les acteurs d'un territoire

- Une initiative portée par des acteurs ayant la volonté de porter un projet commun
- Une organisation de professionnels de santé de structures sanitaires et médico-sociales
- Une coopération de proximité

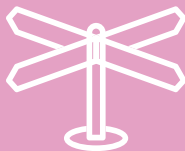


Les habitants d'un territoire

- Des besoins en santé spécifiques
- Une offre et des recours aux soins
- Un accès à la prévention
- Des problématiques de santé

Le périmètre territorial de la CPTS

- Un périmètre défini en fonction des lieux, des flux des patients, des parcours de santé, des personnes investies et des coopérations professionnelles existantes dans la prise en charge
- Un projet territorial en cohérence avec les autres organisations territoriales : les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les plateformes territoriales d'appui (PTA), les contrats locaux de santé (CLS), les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), ...

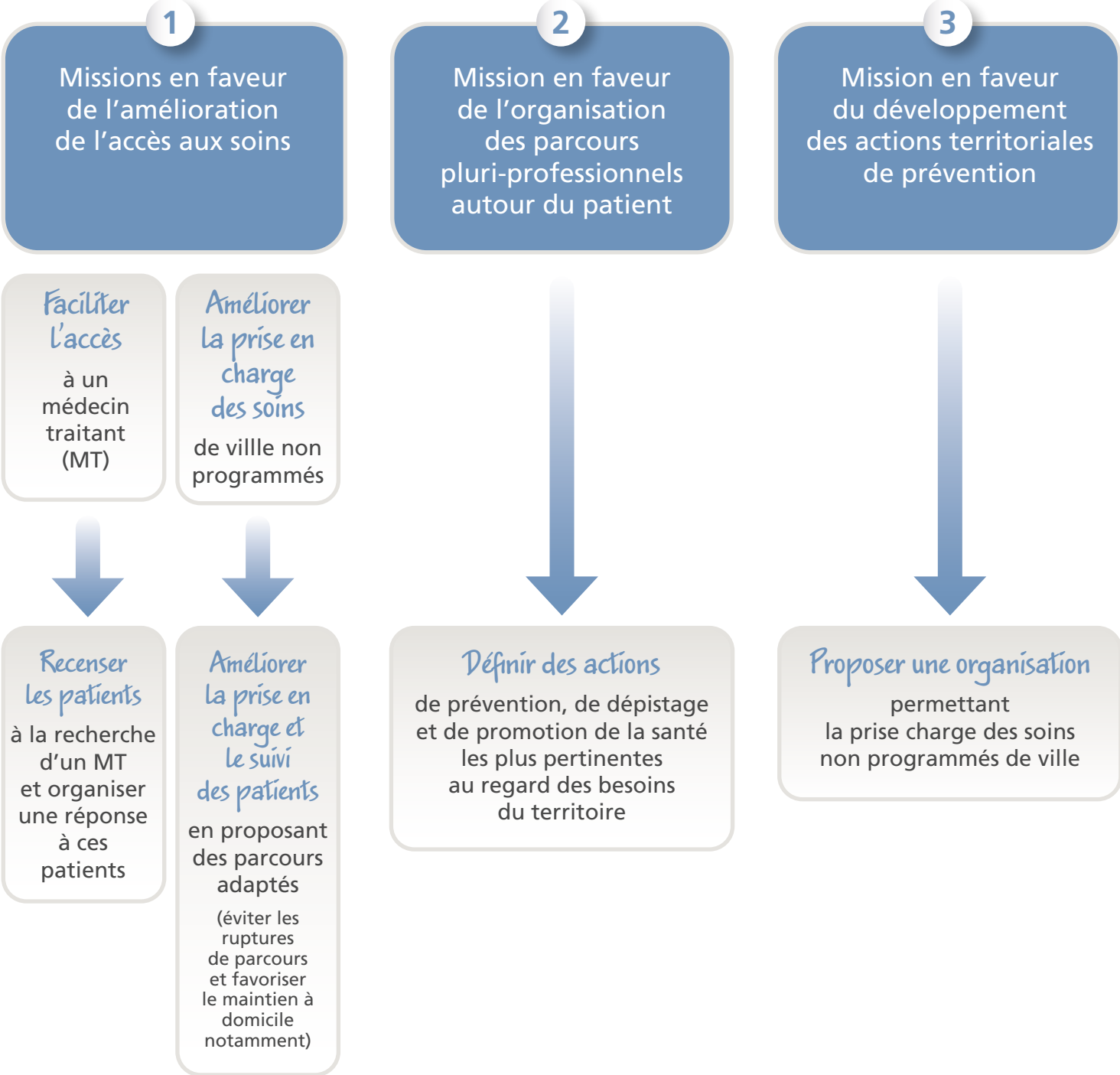


Le territoire d'action doit avoir un sens en termes d'organisation de l'offre de soins :

- Ni trop grand, pour favoriser une interconnaissance entre les professionnels de santé et permettre une meilleure coordination de leur action,
- Ni trop petit, pour couvrir une population significative et intégrer un panel suffisamment large d'acteurs participant au parcours patient

A terme, le maillage territorial des CPTS devrait permettre une couverture totale dans zone blanche, ni chevauchement

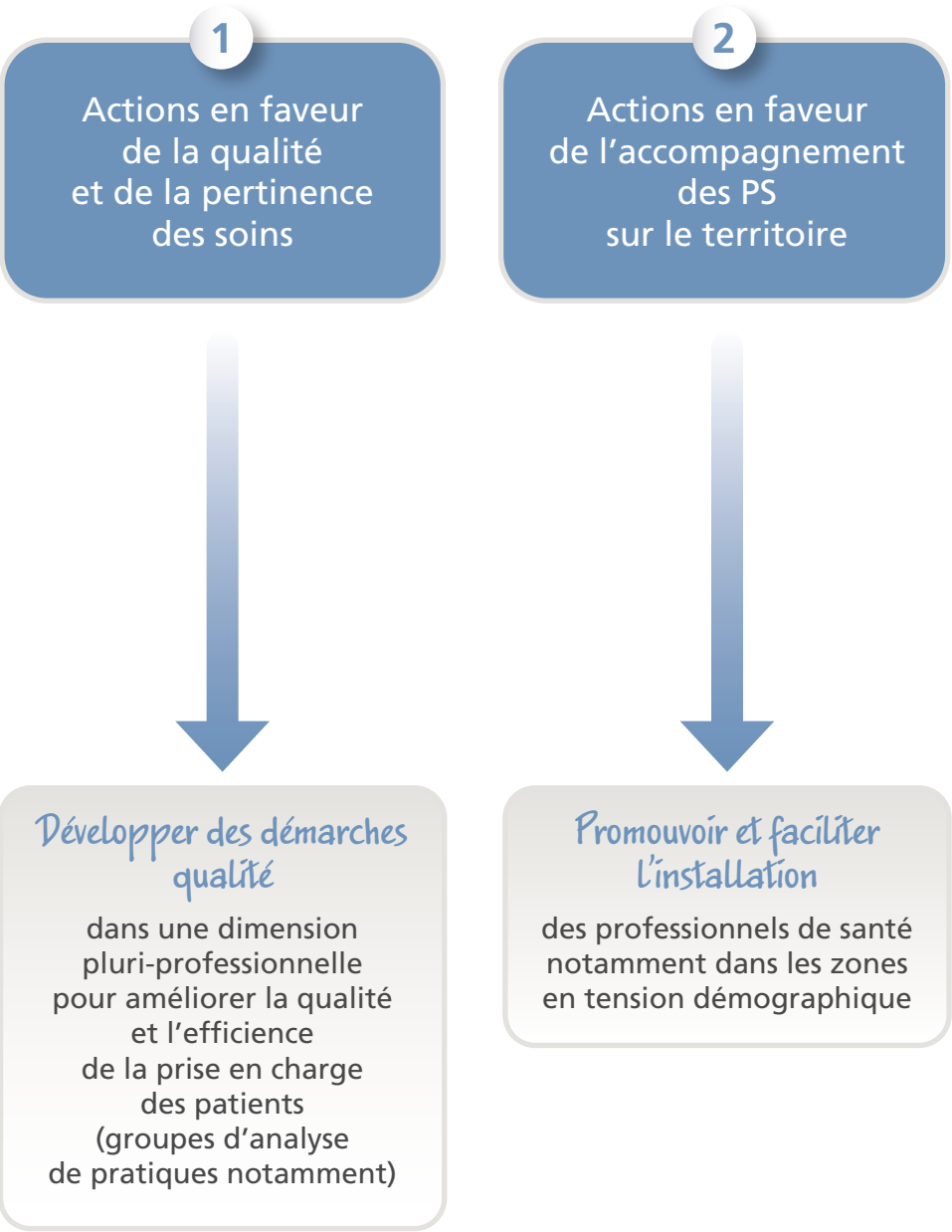
LES MISSIONS DES CPTS
3 MISSIONS OBLIGATOIRES



COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ OU CPTS :
MODE D'EMPLOI

LES MISSIONS DES CPTS

2 MISSIONS OPTIONNELLES



CPTS
QUESTIONS /
RÉPONSES

Que fait-on dans une CPTS ?



Un projet de santé est élaboré par les acteurs de la CPTS

Ce projet précise en particulier :

- Les besoins identifiés,
- Les actions proposées pour y répondre,
- Le territoire d'action de la communauté,
- Les engagements des professionnels,
- Les modalités de leur travail pluriprofessionnel : organisation des concertations, protocole(s) pluriprofessionnel(s), dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données, traduction dans l'activité quotidienne des structures de soins et des services adhérant à la CPTS
- Et les modalités d'évaluation de l'action de la CPTS.



Le projet de santé doit être validé et faire l'objet d'une contractualisation tripartite avec l'Assurance Maladie et l'ARS

Trois textes font référence :

- Instruction de la DGOS du 2 décembre 2016
- Accords Conventionnels Interprofessionnels 2019 (ACI)
- Instruction de la DGOS du 9 octobre 2019 Accès instructions DGOS 2019

Ces textes indiquent que les CPTS doivent répondre à quatre impératifs :

1

L'élaboration d'un projet de santé fondé sur une analyse de la population du territoire

2

Une composition et un fonctionnement interprofession--nels

3

L'utilisation des outils « socles » de la coordination (dossier médical partagé, messagerie sécurisée notamment)

4

La garantie progressive et cadencée d'un certain nombre d'attendus, exprimée dans le cadre du contrat avec l'ARS, tels que la continuité des soins, la prévention et l'éducation thérapeutique, etc....

Par exemple en pratique :

- Ma CPTS a organisé un standard téléphonique qui dirige les patients vers un généraliste du territoire qui prend sans RV
- Ma CPTS prépare un projet d'éducation thérapeutique sur le diabète, je participe aux réunions de formation des patients sur l'hygiène dentaire....

COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ OU CPTS :
MODE D'EMPLOI

La composition de la CPTS

Une CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé, professionnels de santé libéraux ou salariés, des établissements de santé, d'acteurs assurant des soins de premier ou deuxième recours, d'acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux et sociaux.

- Possibilité d'une participation large aux CPTS, mais il n'est pas attendu pour autant une participation exhaustive des professionnels d'un territoire.
- Nécessité de veiller à ce que l'ensemble des acteurs susceptibles de concourir à l'amélioration effective de l'accès aux soins comme à la continuité des parcours de santé soient intégrés.

Les avantages à faire partie d'une CPTS

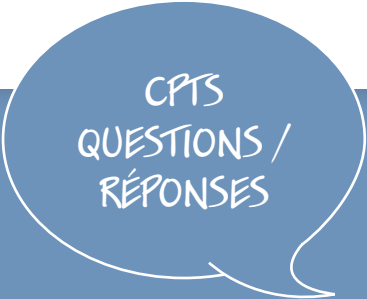
- Développement des coopérations interprofessionnelles
- Amélioration des connaissances et partage d'expériences entre les membres de la CPTS
- Amélioration de l'orientation des patients dans le parcours de soins, notamment par une meilleure connaissance des acteurs locaux
- Opportunité pour l'organisation des rendez-vous non programmés et des urgences
- Poids d'un collectif face aux institutions
 - Accessoirement, pour les chirurgiens-dentistes : une meilleure visibilité et reconnaissance de la médecine bucco-dentaire par les autres professionnels de santé

Mais attention :
Ce dispositif encore mal connu des professionnels de santé implique une **charge administrative et chronophage**, en particulier en début de projet.

La rémunération pour les professionnels de santé reste à préciser.

La gestion des plannings des professionnels de santé déjà surchargés peut s'avérer **délicate**.

Les relations avec les institutions ARS et CPAM peuvent parfois être complexes, liées notamment à des perceptions différentes des professionnels de terrain sur les « territoires géographiques de santé »



Comment rentrer dans une CPTS ?

- Soit une CPTS est en train de se former sur mon territoire : des libéraux de mon secteur font le dossier, préparent une réunion d'information et m'invitent à y rentrer.
- Soit l'idée m'intéresse : Je contacte l'ARS pour savoir si une CPTS est formée ou est en train de se faire pour avoir les coordonnées du porteur de projet et le contacter.
- Soit c'est moi qui prends l'initiative de monter le projet.

Un cadre de financement pérenne pour les CPTS

L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) négocié entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé libéraux a été signé le 20 juin 2019. Cet accord prévoit les modalités de financements des CPTS. Il détermine les missions obligatoires et optionnelles associées à cette rémunération. **Il précise, par ailleurs, les 4 tailles de CPTS qui déterminent en partie la rémunération.**

- Un financement du fonctionnement de la CPTS assuré chaque année.
- Pour chaque mission, un financement réparti entre un volet fixe et un volet variable (fonction de l'intensité des moyens et des résultats des indicateurs)

Quelle rémunération ?	Montant annuel maximum	Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
		<40K habitants	entre 40 et 80K habitants	entre 80 et 175K habitants	>175K habitants
	Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
	Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins	40 000 €	47 000 €	65 000 €	80 000 €
	Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
	Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
	Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
	Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
	Financement total max possible (Volets fixe et variable)	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE
DE SANTÉ OU CPTS : MODE D'EMPLOI

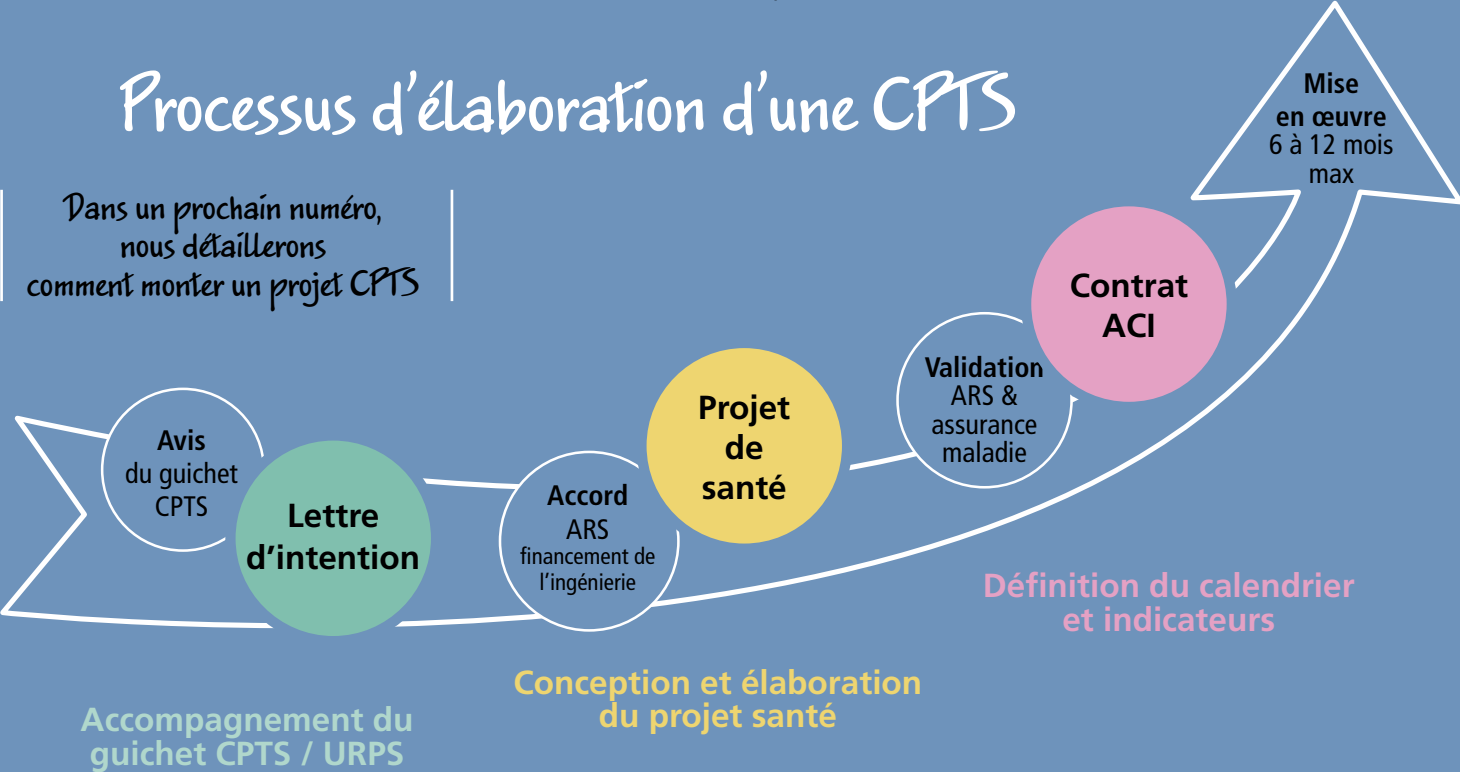
CPTS
QUESTIONS /
RÉPONSES

Le statut juridique

Le statut juridique de la CPTS est laissé à l'appréciation de ses membres. Il n'est donc pas imposé, mais il doit toutefois répondre à différents critères.

- Par exemple : Ma CPTS a créé une association à but non lucratif (personnalité morale) qui regroupe pro de santé et un GIE (Groupement d'intérêt économique) inscrit au code du commerce qui regroupe les personnalités morales du territoire pour faire naître la CPTS.

Processus d'élaboration d'une CPTS



Si vous souhaitez créer un projet de CPTS, contactez votre URPS CD de votre région



- Quand je m'inscris dans une CPTS, j'accepte les conditions de la CPTS, donc bien lire le contrat d'adhésion
- On passe d'une logique de rémunération à l'acte à un financement par critères
- Plus la CPTS a des professionnels de santé et plus elle a de financement
- Il faut rester vigilant pour maintenir la liberté de choix du praticien par les patients et la liberté d'installation des professionnels

LA CONVENTION
COLLECTIVE POUR
LES SALARIÉS
DES LIBÉRAUX
- INTERVIEW -

Marie Françoise Gondard Argenti
Présidente de la commission
des Affaires Sociales de l'UNAPL



Ce projet qu'est-ce que c'est ?

Ce projet fait suite à la volonté des gouvernements successifs de diminuer le nombre de branches professionnelles (de 800 au départ à moins de 100 au final). D'où la réflexion au sein de l'UNAPL de construire une convention collective pour l'ensemble des salariés des professionnels libéraux. Le Conseil National nous a donné mandat pour l'élaboration de ce projet. Actuellement dans le secteur des PL il existe 22 conventions collectives. L'objectif est de rassembler tout le monde sous la même bannière UNAPL, véritable « maison commune » en préservant les spécificité des conventions collectives existantes. Ceci permettra également aux professions* qui n'ont pas de CC d'assurer une meilleure couverture conventionnelle à leurs salariés par le biais de la négociation collective au sein de l'UNAPL. C'est aussi valoriser les PL dans le champ de la négociation collective, dont on mesure ces derniers temps toute l'importance : accord sur le télétravail, accord sur la santé au travail par exemple.

Enfin c'est aussi un outil pour valoriser la représentation des PL auprès des pouvoirs publics en matière de dialogue social

Qu'est-ce qui vous a donné l'envie de soutenir et de porter ce projet ?

Dans le contexte précité de la volonté de réduire le nombre de branches, l'opportunité de créer un grand champ conventionnel PL m'apparaît comme une réelle opportunité de décider paritairement avec les syndicats de salariés ce qui correspond le mieux aux besoins des entreprises et des salariés. L'architecture de cette future CC se dessine sur la base d'un texte socle reprenant des problématiques communes à toutes les professions libérales : formation professionnelle, santé au travail ou encore égalité professionnelle et d'annexes par profession ou groupe de professions reprenant à doit constant les spécificités de chaque convention collectives existantes. Cette construction équilibrée m'a paru essentielle pour préserver les équilibres existants et construire un projet « gagnant – gagnant » au béné-

LA CONVENTION COLLECTIVE POUR LES SALARIÉS DES LIBÉRAUX

fice de l'ensemble du secteur libéral. Enfin, montrer que l'UNAPL sur un sujet sensible qui touche le dialogue social est capable d'unir ses forces pour créer un espace de négociation collective dédié est un défi particulièrement intéressant, car si nous réussissons tous ensemble, les professions libérales auront franchi un nouveau cap qui les préservera de la dispersion comme cela a été essayé par le gouvernement lors de la mise en place des opérateurs de compétences (OPCO) remplaçant les OPCA.

Qu'est-ce que cela va apporter aux libéraux en général et aux CD en particulier

Le premier mot qui me vient à l'esprit est : sécurité. La négociation collective devient très compliquée et les thèmes imposés de négociations pour les branches constituées -11 imposés et 6 facultatifs – demandent des moyens humains et des disponibilités importants .La mutualisation de ces moyens permettra de mieux répondre aux objectifs et de mieux défendre les intérêts de notre secteur. N'oublions pas qu'une convention collective couvrant un champ de 850000 salariés (ensemble des salariés PL au minimum), c'est un poids considérable auprès des Pouvoirs publics et une représentativité avérée pour l'ensemble de nos

professions libérales. Ce poids n'empêchera pas les spécificités de chacun de s'exprimer au niveau des annexes sur des sujets qui resteront bien évidemment du ressort des branches actuelles. Les chirurgiens- dentistes continueront à négocier au sein de leur annexe sur les sujets particuliers comme la grille salariale, les classifications, les astreintes... Et toutes les dispositions spécifiques propres à la profession. En revanche tout ce qui se trouvera dans le texte socle sera co-construit entre l'UNAPL et ses organisations membres avant d'être proposé à la négociation.

En conclusion

Je dirai que ce processus de restructuration engagé par les gouvernements successifs depuis 2016 aboutira, peut être un peu retardé dans le temps parce que l'agenda social gouvernemental est quelque peu bousculé par la crise sanitaire. Mais il aboutira, et personne ne sera épargné Pour cela il nous faut continuer de travailler, pour être prêts au moment opportun afin de porter la voix harmonisée des Pl dans le paysage renouvelé de la négociation collective.

* Exemple : infirmiers, kiné
Propos recueillis par le SFCD

AFGSU

Validité des AFGSU arrivant à échéance en 2020 et 2021 prolongée de 2 ans

Selon l'article 3 de l'arrêté du 12 avril 2021 relatif aux adaptations des formations non médicales dans le cadre de la lutte contre la propagation de la covid-19 et portant diverses modifications : "Par dérogation aux articles 4 et 6 de l'arrêté du 30 décembre 2014 susvisé et pour des motifs liés à la crise sanitaire, la durée de validité des attestations de formation aux gestes et soins d'urgence arrivant à échéance en 2020 et 2021 est le cas échéant prorogée de deux ans." lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043360068>

CLASSEMENT DU COBALT EN CMR

Quelles sont les conséquences du classement en CMR (Cancérigène, Mutagène, Reprotoxique) du cobalt ?

Le SFCD a interrogé, il y a presque 3 ans maintenant, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur la question des conséquences du classement en CMR du cobalt, par REACH (REACH est un règlement de l'Union européenne adopté pour mieux protéger la santé humaine et l'environnement contre les risques liés aux substances chimiques, tout en favorisant la compétitivité de l'industrie chimique de l'UE.)

A ce moment-là, l'ANSM nous répondait que :

- pour le moment pas d'interdiction d'usage pour les prothèses dentaires. Si le nouveau règlement européen sur les dispositifs médicaux (cf. article pge 31), adopté le 5 mai 2017, mis en application depuis le 26 mai 2021, renforce l'obligation faite aux industriels d'une analyse des risques, les produits de dégradation de ces alliages continuent de faire l'objet d'études en lien avec les structures européennes similaires à l'ANSM et rien de plus ;
- la protection de l'environnement (principe de précaution inscrit dans la Constitution) et celle des personnes qui manipulent ces substances (principe de

protection des salariés issu du droit du travail) restaient des obligations.

En 2021, force est de constater que ni ce nouveau règlement européen, ni notre convention ne tiennent compte de ce classement en CMR du cobalt. Ce métal est utilisé dans l'alliage des couronnes métalliques qui ne sont non seulement toujours pas interdites, mais sont même préférées puisque remboursées à 100%. Il est aussi utilisé dans l'alliage des armatures de prothèses partielles amovibles coulées (PPAC).

En pratique pour le SFCD :

Potentiellement, toutes les substances que nous utilisons pour réparer les dents peuvent ou pourront poser un problème de sécurité sanitaire. Nous, chirurgiens-dentistes, en tant qu'utilisateurs, sommes en attente des études scientifiques et des textes juridiques qui en traduisent les conséquences en interdiction ou autorisation.

Le SFCD continuera à promouvoir la vraie prévention, celle qui permet à chacun de garder ses dents en bonne santé. Le meilleur matériau dans une bouche, c'est une dent saine !



ÉLECTIONS CARCDSF 2021

**Le SFCDF présente
des candidats dans
tous les collèges votants.**

**La CARCDSF (caisse de retraite des
chirurgiens-dentistes libéraux)
est administrée par un conseil
d'administration composé de :**

- 20 membres élus pour 6 ans,
- 13 chirurgiens-dentistes cotisants,
- 4 chirurgiens-dentistes allocataires,
- 3 sages-femmes.

Les administrateurs sont répartis selon
des collèges territoriaux bien définis.

*Le sfcd
compte sur vos votes
pour l'avenir !*

Dans les collèges territoriaux à renouveler
en 2021 les candidats pour le SFCDF sont :

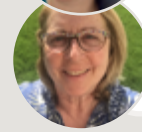
Chez les cotisants chirurgiens-dentistes :



COLLÈGE N°1 :

**Hauts-de-France,
Ile-de-France**
2 SIÈGES

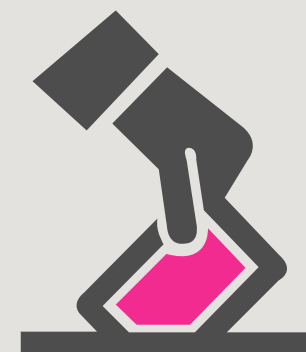
- Dr Fabienne Gay Guichardaz /
Dr Aurore Blanc
- Dr Cécile Dancourt /
Dr Claire Dupayage



COLLÈGE N°2 :

**Bourgogne-Franche Comté,
Centre-Val de Loire,
Grand-Est**
2 SIÈGES

- Dr Louis Le Heron /
Dr Audrey Burger
- Dr Marine Bertolino /
Dr Véronique Mauprivez



COLLÈGE N°3 :

**Bretagne, Normandie,
Pays de la Loire**
1 SIÈGE

- Dr Clémence Bertrand /
Dr Linda Martin



COLLÈGE N°4 :

**DROM, Occitanie,
Nouvelle-Aquitaine**
1 SIÈGE

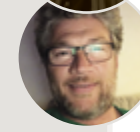
- Dr Catherine Boule /
Dr Nathalie Richard



COLLÈGE N°5 :

ARA, Paca, Corse
1 SIÈGE

- Dr Alice Delmon Lavoine /
Dr Jean-David Lavoine



**Votez pour des
candidats qui porteront
vos intérêts avec
conviction.**

Soutenez le SFCDF

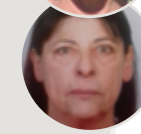
Chez les allocataires chirurgiens-dentistes :



COLLÈGE N°1 :

Ile-de-France
1 SIÈGE

- Dr Patricia Giliberti
Dr Christine Defourneaux
Rabourdin



COLLÈGE N°3 :

**ARA, Bourgogne Franche
Comté, Centre-Val de Loire,
Pays de la Loire**
1 SIÈGE

- Dr Isabelle Marceau /
Dr Brigitte Taillandier



COLLÈGE N°4 :

**Corse, DROM,
Nouvelle-Aquitaine,
Occitanie, PACA**
1 SIÈGE

- Dr Monique Burgaud
Dr Pascale Videau-Viguie

Publié avec l’aimable autorisation
du Comident

ENTRÉE EN VIGUEUR DU NOUVEAU RÈGLEMENT EUROPÉEN SUR LES DISPOSITIFS MÉDICAUX

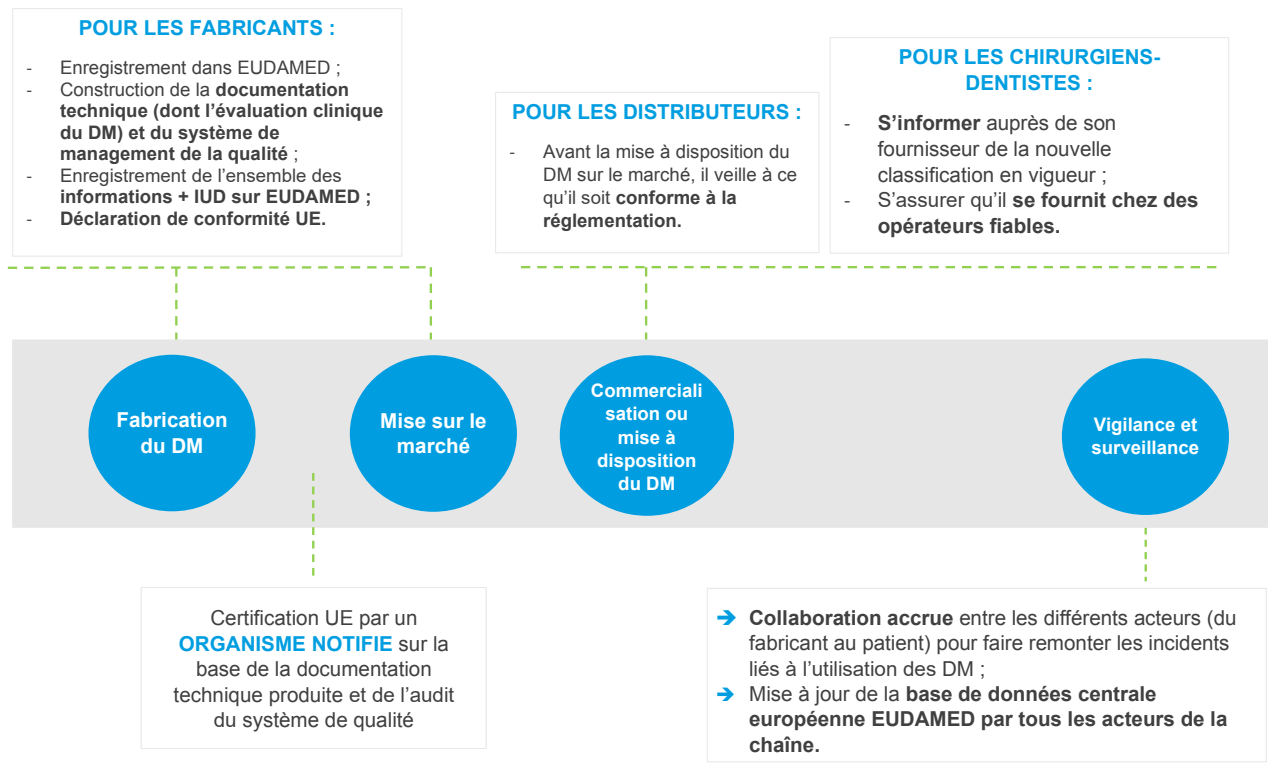
Le règlement européen relatif aux dispositifs médicaux, adopté le 5 mai 2017, sera mis en application à partir du 26 mai 2021 : initialement prévu pour être appliqué dès le 26 mai 2020, les instances européennes l’ont finalement repoussé d’un an face à la crise sanitaire majeure due au COVID-19.

Fabricants et distributeurs de matériels dentaires rassemblés au sein du COMIDENT, chirurgiens-dentistes, prothésistes dentaires et organismes notifiés sont tous concernés par ce changement de réglementation et devront adapter leur fonctionnement, notamment pour la mise sur le marché des produits et leur surveillance après commercialisation, à de nouvelles exigences de sécurité sanitaire.

Qu’est-ce qui change ?

Si les exigences fondamentales des directives se retrouvent en grande majorité dans le nouveau règlement, son champ d’application a été élargi avec de nouvelles règles de classification, prenant ainsi compte du nombre croissant de dispositifs utilisés

par les professionnels de santé dans les pratiques médicales modernes, notamment odontologiques. Il retient une approche fondée sur le cycle de vie du dispositif médical : des données cliniques strictes sont exigées des fabricants pour la mise sur le marché du dispositif et doivent être mises à jour tout au long de son utilisation, parfois même avec l’implication du professionnel de santé. La responsabilité des fabricants et la traçabilité des dispositifs sont accrues par l’introduction de deux outils phares : l’Identifiant Unique du Dispositif (IUD) et la Base de données Européenne sur les Dispositifs Médicaux (EUDAMED). Ils permettent une meilleure transparence de l’information sur les produits tout au long de leur cycle de vie. La mise à jour des informations est un des grands enjeux du règlement : elle ne sera optimale qu’en incluant l’ensemble des acteurs de la chaîne de fabrication, de commercialisation et d’utilisation du dispositif médical. Fabricants, distributeurs, chirurgiens-dentistes et patients doivent coopérer davantage pour faire remonter aux autorités compétentes tout problème lié à un dispositif médical qui circule sur le marché européen. Ces pratiques renforceront la surveillance des produits sur le marché.



RETROUVEZ
LA PROCÉDURE
D’UN DM
DEFECTUEUX
SUR NOTRE SITE
SFCD.FR

Le nouveau règlement relatif aux dispositifs médicaux concerne l’ensemble des acteurs du secteur de la santé bucco-dentaire. Si les transformations qu’il implique s’articulent différemment pour chacun et peuvent avoir de lourdes conséquences organisationnelles, elles se regroupent autour du même objectif : garantir la sécurité et la qualité des soins, notamment bucco-dentaires.

La place du chirurgien-dentiste dans la surveillance des dispositifs médicaux

Les fabricants sont responsables de leurs produits tout du long du cycle de vie des dispositifs médicaux. Ils sont tenus de mettre en œuvre des plans de suivi de la surveillance après commercialisation, qui s’articulent autour de deux axes :

- la matériovigilance qui implique de répertorier et notifier les incidents graves pour prendre des mesures correctives en matière de sécurité ;
- la surveillance, qui implique le recueil proactif et l’analyse des données du dispositif en vie réelle et des informations disponibles sur les produits similaires, pour vérifier que le rapport bénéfices / risques

est toujours favorable. Avec cette nouvelle réglementation, ces principes doivent être appliqués par les fabricants mais aussi par les professionnels de santé : leur contribution permettra de mettre en évidence un plus grand nombre d’effets indésirables ou d’accidents liés à l’utilisation des dispositifs médicaux et ainsi d’assurer la qualité des soins prodigués. La proximité du professionnel de santé avec le patient permet de mieux identifier les incidents, qu’il doit répertorier et notifier aux opérateurs économiques et à l’autorité compétente pour qu’ils soient identifiés dans EUDAMED et que des mesures correctives soient effectivement prises.

Le professionnel de santé, comme le chirurgien-dentiste, a un rôle central pour améliorer l’efficacité de la matériovigilance. En tant qu’acteurs de première ligne, ils doivent avertir les patients des risques associés à chaque dispositif médical et plus largement, les sensibiliser sur leurs droits à l’information en portant à leur connaissance la base de données EUDAMED.

Publireportage

FILTRATION OU UV POUR DÉCONTAMINER L'AIR DU CABINET DENTAIRE ?

Face à la multiplication de solutions proposées, au sein de nos cabinets, faisons le point pour mieux choisir.

Il existe 3 catégories de micro-organismes pathogènes : les virus, les bactéries et les spores.

En fonction de la taille et de la structure de ces micro-organismes nous allons avoir plus ou moins de difficultés à s'en débarrasser.

D'un côté nous avons les filtres qui « bloquent » les micro-organismes et de l'autre les UV qui agissent directement sur l'ADN de l'agent pour le désactiver.

Ce sont deux méthodes bien différentes.

LES FILTRES

Les filtres sont efficaces pour les agents dont le diamètre est supérieur à 0,3 µm, les éléments plus petits, dont les virus, passant au travers : c'est la principale limite de cette solution.

LES UV

L'UV sera plus efficace sur un virus qui offre un accès direct à son ADN que sur un spore pour lequel l'ADN est protégé par différentes couches organiques. Plus la quantité d'UV sera importante plus la décontamination sera importante.

Un nouveau procédé breveté basé sur la technologie UV a été récemment développé : UVPE (Ultraviolet Pathogène Elimination).

Le principe est simple. Grâce à une optimisation du flux optique, la quantité de lumière UV envoyée sur les micro-organismes augmente fortement, permettant ainsi de désactiver, en un seul passage, également les spores.

Il convient donc de choisir son procédé en fonction de ce que l'on cherche à éliminer.

Autre point à savoir : les solutions UV demandent moins de maintenance, avec un changement de la lampe seulement tous les ans, contre les filtres HEPA qui peuvent nécessiter une manipulation toutes les semaines ou mois.

Pour la filtration, plusieurs paramètres à prendre en compte :

• LE DÉBIT :

Comment déterminer notre besoin en débit en fonction du volume de la pièce et de sa typologie ?

D'abord, il suffit de calculer le volume de la pièce que nous souhaitons traiter. Nous l'appelons V0 et il sera exprimé en m³.

La typologie de pièce a ensuite un impact. En effet entre une salle d'attente et une salle de soins le besoin de renouvellement de l'air sera différent : on parle du ACH (Air Change per Hour). Le ACH représente le taux de renouvellement de l'air d'une pièce

par heure et il existe de nombreux tableaux indiquant le ACH en fonction du type de pièce.

Par exemple une salle d'attente a un ACH de 4, alors qu'une salle de soin aura plutôt un ACH de 10. Le débit optimal est alors égal à la multiplication du volume de la pièce V0 et du ACH lié à sa typologie. Par exemple pour une salle d'attente de 40m³ : Débit = V0 x ACH = 40 x 4 = 160 m³/h

• LE BRASSAGE DE L'AIR :

La notion de brassage de l'air est très importante dans la qualification d'une solution de purification, mais reste malheureusement très difficile à quantifier. Nous comprenons facilement que si nous mettons un purificateur d'air dans un coin de la pièce c'est pour qu'il traite tout l'air de la pièce et pas juste le volume d'air du coin où le purificateur se trouve.

Pour quantifier cette notion une bonne méthode est de calculer la vitesse de l'air quittant le purificateur. Une vitesse au-delà de 1,5m/s est suffisante.

FILTRATION OU UV POUR DÉCONTAMINER L’AIR
DU CABINET DENTAIRE ?

TYPE D’INSTALLATION

Les 3 premières parties nous auront aidé à comparer les solutions entre elles afin d’en déterminer la plus efficace et surtout vous éviter d’investir dans un système qui ne sera pas suffisamment efficace.

Les systèmes de décontamination UV peuvent être installés de deux manières :
solutions indépendantes
ou intégrables dans les conduits d’aération.

- Le premier groupe sont les **solutions à brancher** directement sur une prise standard.
- Il existe aussi des **solutions « mobiles »** que vous pouvez déplacer ou d’autres à fixer au mur pour un gain de place.

Les solutions intégrables sont plus discrètes et très efficaces, elles s’installent dans les conduits. Dans ce cas le débit d’air traité dépend de la capacité du système de climatisation, le traitement se fait uniquement par l’ajout d’une fonction filtrage HEPA ou traitement UV.

Chez IST France notre ambition est de vous apporter des compétences ainsi que des solutions qui vont permettront de parfaitement aborder et surtout traiter cette problématique.

Romain Guillaume,
Société IST France



Exemple dans une salle d’attente



Exemple d’intégration
sur aspirateurs d’aérosols



23, Avenue du Général de Gaulle
91 171 Viry-chatillon cedex
01 69 12 20 00
info@fr.ist-uv.com
www.ist-uv.fr



LES
RENDEZ-VOUS
AU CABINET
DENTAIRE





*Téléchargez l'article de Sylvie Ratier paru dans le JDSAM sur notre site [sfcd.fr](https://www.sfcd.fr)

LES PLATEFORMES DE PRISES DE RENDEZ-VOUS EN LIGNE

LA QUESTION DE LEUR PLACE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les questions sur leur utilisation sont nombreuses, aussi bien pour les patients que pour les professionnels de soin ou encore les États.

Le problème est posé : comment des plateformes à visée purement commerciale peuvent-elles œuvrer durablement en santé dans un objectif de bien commun et de santé publique ?

C'est tout le propos de l'article écrit par Sylvie Ratier, juriste au SFCD, publié le 18 décembre dans le JDSAM*.

Prendre un rendez-vous chez un professionnel de santé par le biais d'une plateforme en ligne est simple, rapide et efficace.

À première vue, cette nouvelle façon de faire semble tout simplement liée à l'évolution des technologies. Elle ringardise standard téléphonique et secrétariat d'accueil.

Les plateformes numériques sont omniprésentes,

que ce soit pour prendre un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste libéral, à l'hôpital ou pour se faire vacciner contre la covid-19.

Pourtant les plateformes d'intermédiation sont des outils foncièrement marchands, à caractère fondamentalement prédateur et dominant, aux mains de propriétaires dont le seul objectif est financier. Ces acteurs de la prise de rendez-vous en ligne sont voués à occuper une place centrale et maîtresse dans le système de soin tout entier.

Tout cela sans observer, à quelque moment que ce soit, les principes directeurs de la médecine (secret médical, protection de la vie privée et de la dignité humaine), mais également règles professionnelles...

La crise de la covid-19 a été un remarquable accélérateur du numérique en santé, thème de réflexion majeur du SFCD, toujours vigilant.

Nul doute que la problématique de la puissance de ces plateformes se retrouvera très rapidement au cœur des enjeux juridiques et politiques.

GESTION DES PLANNINGS ET DES RDV

Et comment faisons-nous maintenant pour gérer nos plannings et rdv en cette période de crise sanitaire qui s'éternise ?

Dr Claire Mestre, chirurgien-dentiste
Sylvie Ratier, juriste



COMMENT ÉVALUER SES PATIENTS ?

Inciter les patients à ne pas se présenter spontanément au cabinet. En effet, il est impératif de faire une première évaluation (téléphonique, par mail ou par tout autre moyen de communication) des demandes de rendez-vous des patients.

Si un rdv est donné au patient : le prévenir qu'en cas d'apparition de symptômes avant le rendez-vous, il ne doit pas se présenter au cabinet, et doit vous recontacter.

Il est nécessaire d'intégrer dans le questionnaire médical les critères permettant la détection des patients à risque de développer une forme grave de la maladie, notamment : âge > 65 ans, HTA compliquée, antécédents d'AVC, coronaropathie ou chirurgie cardiaque, maladie respiratoire chronique, diabète non équilibré ou compliqué, femme enceinte (3ème trimestre), insuffisance cardiaque sévère, obésité (IMC 30), insuffisance rénale dialysée, immunodépression congénitale ou acquise...¹

Cette évaluation vise à classer les patients dans l'un des 2 groupes suivants :

Groupe 1	• Population « non suspecte » c'est-à-dire ne faisant pas partie du groupe 2
Groupe 2	• Cas confirmé : Patient COVID-19 confirmé (en attente de sortie d'isolement (a)) • Cas possible : Patient présentant des symptômes compatibles avec le COVID-19 (b), en cours d'évaluation • Cas contact à risque : Patient asymptomatique en contact étroit avec un patient COVID-19 confirmé (patient en isolement et en cours d'évaluation)

(a) Voir les critères de sortie de l'isolement en infra

(b) Principaux signes : Fièvre (>38°C) ou sensation de fièvre (frissons), toux, difficulté respiratoire, perte soudaine de goût ou d'odorat, diarrhée, céphalées inhabituelles, fatigue importante et inhabituelle, altération de l'état général...



GESTION DES PLANINGS ET DES RDV



FAUT-IL CONTINUER LES QUESTIONNAIRES ?

Oui avant que le patient ne vienne à son RDV.

DOIT-ON PRENDRE LA TEMPÉRATURE, DEMANDONS-NOUS DES TESTS ?

La prise de température frontale systématique à l'arrivée du patient n'est pas recommandée².

Avant un rendez-vous au cabinet dentaire, il n'est ni pertinent ni recommandé de réaliser un test systématique de diagnostic par RT-PCR ou par détection antigénique sur prélèvement nasopharyngé à tous les patients³. Les tests sérologiques ne permettent pas de statuer sur la contagiosité de la personne⁴.



PEUT-ON REPRENDRE LES DÉTARTRAGES ? L'UTILISATION DE LA TURBINE ET DES CRACHOIRS ?

Non, non et non.

Voici ce qui est dit : **limiter au maximum l'utilisation d'instruments générant d'aérosols.**

Voici ce que ça veut dire : **il appartient au dentiste d'évaluer le rapport bénéfice/risque.**

Exemple : un détartrage chez un patient en bonne santé du groupe 1 : on ne le fait pas.

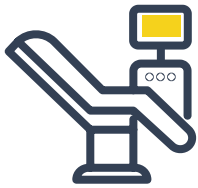
Un patient du groupe 1 avec parodontopathie, et/ou une maladie systémique de type diabète, ou cardiopathie à risque d'endocardite, le détartrage est peut-être indiqué : c'est à l'appréciation du dentiste.

Démarche vis-à-vis des aérosols :

L'objectif est de réduire au maximum les aérosols contaminés en suspension dans la salle de soins.

Chronologiquement, le praticien doit :

- **Diminuer la contamination des aérosols créés** :
 - Diminuer la charge microbienne de l'aérosol en faisant réaliser un bain de bouche antiseptique au patient ;
 - Isoler l'aérosol créé vis-à-vis de la salive potentiellement contaminée (pose de la digue) ;
- **Réduire la quantité d'aérosols créés** (contre-angle bague rouge plutôt qu'une turbine, débit d'eau minimum nécessaire, limiter l'utilisation des ultra-sons, pas d'utilisation d'un aéropolisseur...) ;
- **Aspirer au plus près les aérosols créés** : aspiration puissante, double aspiration, travail à quatre mains...
- **Renouvellement de l'air** pour les aérosols résiduels en suspension.



QU'EN EST-IL DE LA RÉALISATION DES SOINS ?

Actes générant des aérosols :

De nombreux matériels employés en médecine bucco-dentaire génèrent des aérosols potentiellement contaminés⁵. Les instruments identifiés comme générant des aérosols sont : la seringue air-eau, les ultrasons, les rotatifs (turbine et contre-angle), l'aéropolisseur.

Ce tableau présente les conditions cliniques générant des aérosols⁶ :

Conditions d'exercice ne générant pas d'aérosols	• Pas d'utilisation de la seringue air-eau • Pas d'utilisation d'un instrument rotatif • Pas d'utilisation d'un instrument à ultrasons • Pas d'utilisation d'un aéropolisseur
Conditions d'exercice générant une faible production d'aérosols provenant de liquides biologiques	• Utilisation ponctuelle de la seringue air-eau et sans utilisation simultanée de l'air et de l'eau • Utilisation ponctuelle d'un instrument rotatif sans digue (par ex : ajustement de l'occlusion)
Conditions d'exercice générant une production importante d'aérosols provenant de liquides biologiques	• Utilisation soutenue de la seringue air-eau • Utilisation soutenue d'un instrument rotatif sans digue • Utilisation d'un instrument à ultrasons • Utilisation d'un aéropolisseur

Protocole de soins :

- **Le patient garde son masque** jusqu'au début du soin et le remet dès la fin du soin
- Comme avant tout soin bucco-dentaire, un **bain de bouche antiseptique** est préconisé⁷
- **Condamner l'utilisation des crachoirs**
- **Les radiographies intra-orales** doivent être réalisées avec précautions, car elles stimulent la sécrétion de salive et peuvent provoquer un réflexe de toux⁸
- **L'utilisation de la digue** doit être privilégiée dans toutes les situations cliniques possibles. Une fois la digue posée de façon étanche, le champ est désinfecté avec de l'hypochlorite de sodium⁹
- Utiliser une **aspiration puissante**¹⁰, si possible deux aspirations
- **Favoriser le travail à quatre mains**¹¹
- En fonction de la situation clinique, le praticien évaluera la méthode la plus adaptée pour **générer un minimum d'aérosols**¹², notamment en mettant en œuvre la démarche décrite (cf. supra)

dossier

GESTION DES PLANINGS ET DES RDV



LES CAS CONTACTS PAS ENCORE CONFIRMÉS COVID+ : RDV À ANNULER ?

Pas forcément.

Comme ils font partie du groupe 2, le rdv est annulé si les soins ne sont pas urgents.

Si les soins sont urgents, le RDV est maintenu sur une plage horaire spécifique aux patients de ce groupe.

FAUT-IL CONTINUER À PLACER NOS PATIENTS DU GROUPE B EN DÉBUT DE MATINÉE ?

Le rapport ne parle plus de groupe A, B, C ou D mais de groupe 1 (Patient ne faisant pas partie du groupe 2) et 2 (Cas confirmé, Cas possible, Contact à risque).



QUELS SONT LES ACTES CLINIQUES RÉALISABLES ?

La possibilité de reporter des soins non urgents, notamment ceux générant le plus d'aérosols potentiellement contaminés, doit être envisagée dans les zones à forte transmission de la COVID-19 (se référer aux indicateurs de Santé publique France)¹³.

	Groupe 1 Patient ne faisant pas partie du groupe 2	Groupe 2 Cas confirmé Cas possible Contact à risque
Soins urgents Tout soin qui nécessite une intervention rapide Ex. : Traitement des pulpes aiguës irréversibles, infections, traumatismes, hémorragies, etc.	OUI	OUI Sur plages horaires dédiées aux patients de ce groupe
Soins non-urgents	OUI (a)	NON

(a) Évaluer le rapport bénéfice/risque entre le soin à réaliser et le risque d'exposition encouru par le patient (décision conjointe et éclairée entre le praticien et le patient) prendre en compte notamment : l'état de santé du patient (patient à risque de développer une forme grave de la maladie ?), l'intensité de la circulation virale, la possibilité ou non de différer le soin concerné

Planification des rendez-vous

- **L'organisation et le respect des horaires** de rendez-vous doivent permettre :
 - la réalisation des procédures de désinfection et d'aération entre chaque patient ;
 - d'éviter que des personnes patientent en salle d'attente. Dans le cas des cabinets de groupe, il peut être pertinent de prévoir des horaires décalés.
- **Favoriser le regroupement d'actes** sur une même séance plus longue.
- **Pour les patients du groupe 2**, seuls les soins d'urgence sont réalisés. Planifier ces patients préférentiellement en fin de programme de la salle (ou leur réserver des demi-journées exclusives)
- **Les patients du groupe 2** ne doivent pas être en contact avec les autres patients¹⁴.
- **N'accueillir que le patient à traiter** (pour les mineurs et les patients non autonomes, un seul accompagnant, qui devrait rester dans la salle d'attente)¹⁵.

A son arrivée, le patient doit :

- **Se frictionner les mains** avec une solution hydroalcoolique.
- **Porter son masque** correctement.
- Nous devons rechercher **l'apparition récente de symptômes** évocateurs du Covid-19.
- **Il n'est pas justifié de faire porter une charlotte**, une surblouse ou des sur-chaussures au patient.
- Nous devons demander au patient de **limiter la quantité d'effets personnels** introduits dans la salle de soins



ET LES PATIENTS VACCINÉS, DU COUP, NE SONT-ILS PLUS DES PATIENTS À RISQUE ?



Le patient vacciné ou qui a eu la COVID-19 ne change pas de catégorie.

Un chirurgien-dentiste et son assistante ne sont pas considérés comme cas-contacts lors d'activité de diagnostic ou de soins chez un patient COVID-19 confirmé, connu ou non, lorsqu'ils sont équipés des équipements de protection individuelle adaptés.

En conclusion
On garde les mêmes précautions qu'à la reprise de Mai 2020.

Nous vous rappelons qu'un article complet de la conduite à tenir et comment évaluer son patient en 5 points a été publié dans la revue IFCD spécial reprise.

Retrouvez le ici

1/ (HCSP, 29 octobre 2020) - 2/ (HCSP, 28 avril 2020) - 3/ (HAS, 8 octobre 2020) - 4/ (HAS, mai 2020) - 5/ (Harrel, 2004 ; Zemouri, 2017 ; Ionescu, 2020 ; FFO, 9 novembre 2020) - 6/ (ONCD, 16 juillet 2020 ; MSSS, 1er octobre 2020) - 7/ (Ministère de la santé et des solidarités, 2006 ; ADF, 2015) - 8/ (Meng, 2020) - 9/ (Meng, 2020 ; Peng, 2020) - 10/ (Meng, 2020 ; Peng, 2020) - 11/ (Meng, 2020) - 12/ (Meng, 2020) - 13/ (ECDC, octobre 2020) - 14/ (ECDC, octobre 2020) - 15/ (Ministère des solidarités et de la santé, 15 mai 2020 ; ECDC, octobre 2020)
Source : HAS: Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et précautions essentielles lors des soins bucco-dentaires en cabinet de ville (mise à jour le 21 janvier 2021)



Dr Nathalie Delphin,
chirurgien-dentiste

dossier

LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS)

l'exemple de la Gironde

- Quelles différences avec les services d'urgences actuels ?
- Pourquoi la mise en place de ce SAS ?

Annoncé en 2019 comme une mesure du Pacte de refondation des urgences et réaffirmé dans le cadre du Ségur de la santé, le service d'accès aux soins (SAS) est censé répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés et offrir à la population une prise en charge plus lisible et coordonnée entre la ville et l'hôpital.

2021 voit les premières expérimentations de ce service sur 22 sites pilotes dont la Gironde.

Accessible partout en France et à toute heure, le SAS permettra à tous les Français de disposer d'une réponse à toute demande de soins **partout** en France et **à toute heure**. Il s'agit donc de **définir un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé, simple et accessible à tous**.

Le SAS permettra à toute patient ayant un besoin de santé urgent ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin non programmé d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé. Celui-ci pourra lui fournir

un conseil ou une orientation selon son état vers une consultation non programmée en ville ou à l'hôpital, vers un service d'urgences ou déclencher une intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation ou de toute autre équipe préhospitalière.

Le SAS est fondé sur un **partenariat** entre les **médecins de ville** et les **professionnels de l'urgence hospitalière** des SAMU, en lien avec les services de secours. Il repose sur une régulation commune des appels pour prendre en charge les urgences et les demandes de soins non programmés. Pour cela, il associe la régulation médicale du SAMU et une régulation territoriale libérale adossées à une plateforme digitale.

Ce service ne vient pas en substitution de l'accès au médecin traitant ou des organisations territoriales qui se mettent en place comme les CPTS pour la gestion des soins non programmés, il est **un complément**.

Selon le Ministre de la Santé, il s'agit là d'un véritable levier pour **améliorer l'accès aux soins des Français sur l'ensemble des territoires**. L'engagement des acteurs de ville et hospitaliers dans les territoires a été accéléré avec la crise sanitaire de la Covid19 et a permis de définir 22 sites pilotes, qui couvrent

plus de 40 % de la population Française, permettant d'assurer un maillage territorial le plus large possible, en métropole et en outre-mer, concernant aussi bien des pôles urbains que des territoires moins denses ou connaissant des problématiques de désertification médicale.

L'expérimentation se fera sur l'année 2021. Elle permettra de définir les modalités de la généralisation du SAS sur l'ensemble du territoire avec tous les acteurs du système de santé.

Expérimentation SAS : l'exemple de la Gironde

Un interlocuteur 7j/7, 24h/24, pour trouver un professionnel de santé, y compris un chirurgien-dentiste, mais encore faut-il que ces derniers soient intégrés dans les SAS, ce qui est loin d'être une évidence. En effet, pour l'instant l'argent placé dans ce dispositif est là pour payer les personnes qui répondent, soit des médecins ou des chargés de missions des médecins, mais pas pour honorer les professionnels de santé mobilisés.

Un article paru dans Sud-Ouest sur cette expérimentation en Charentes Gironde et Vienne prédit une restructuration totale du SAMU. De cela, nous pouvons nous en douter, mais nulle référence au dentaire. Que va-t-il se passer pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires ? Aucune réponse, nous en sommes même au point de nous demander si le gouvernement sait qu'il y a un problème.

En gironde le SAS va tout naturellement renvoyer vers les centres, qui ont la possibilité de regrouper de nombreux praticiens et qui pourront donc augmenter les possibilités de prise en charge rapides dans

des conditions de respects des protocoles covid optimum (aération, équipements, ...). Le SAS va donc majoritairement s'appuyer sur les centres dentaires en semaine, tout en mettant bien en avant que, grâce à ces derniers, l'accès aux soins dentaires est favorisé. Pour autant, le SAS aura-t-il la possibilité d'obliger ces centres à rester ouverts les samedis et les dimanches, comme le sont les chirurgiens-dentistes libéraux pendant leur tour de garde ? Gageons que non. C'est alors que tout naturellement aussi, il sera fait appel à ces derniers pour les week-ends. Tout simplement.

Enfin, le SAS va s'appuyer sur un **logiciel spécifique** qui permet même de géolocaliser le professionnel de santé disponible et adapté à la demande du patient. Doctolib, qui n'a pas brillé d'efficacité avec la mise en œuvre de la campagne de vaccination, ne devrait pas être le candidat idéal, d'autant que, dans leur grande majorité, les médecins n'adhèrent pas franchement à cette plateforme de prise de rendez-vous en ligne. Pour l'instant le choix de ce logiciel reste donc inconnu.

Nous pouvons malheureusement conclure, à l'heure actuelle et de ce que nous connaissons à travers cette expérimentation, qu'il est inquiétant, de voir le grand mépris qu'il existe à l'égard des chirurgiens-dentistes libéraux (ceux hors des centres dentaires).

Ils sont, au pire oubliés du dispositif et au mieux « utilisés » en seconde intention, sans aucun égard pour leur rôle et leur utilité au sein de la chaîne de soins.



Sylvie Ratier
Juriste

dossier

IDENTITOVIGILANCE AU CABINET DENTAIRE

UN NOUVEL IDENTIFIANT NATIONAL DE SANTÉ POUR TOUS LES PATIENTS

L'identitovigilance, c'est administrer le bon soin au bon patient au bon endroit.

La bonne identification représente donc un enjeu majeur pour la sécurité des soins. Mais pas seulement.

L'identitovigilance, c'est aussi reconnaître le patient dans tous les systèmes informatiques.

La bonne identification constitue un élément clé de l'accélération du virage numérique en santé en France.



L'identitovigilance, qu'est-ce que c'est ?

L'identitovigilance est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification du patient afin

de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge.

La bonne identification du patient constitue le premier acte d'un processus qui se prolonge tout au long de sa prise en charge par les différents professionnels de santé impliqués, quels que soient la spécialité, le secteur d'activité et les modalités d'accompagnement.

Un objectif : renforcer la fiabilité de l'identification du patient et la sécurité de sa prise en charge dans les lieux de soins

Pour éviter tout risque : de retard de prise en charge, d'erreur diagnostique, d'erreur thérapeutique,

Téléchargez
l'affiche ici !



d'échange d'informations erronées entre professionnels (imagerie, examens de biologie), d'enregistrement de données de santé dans le dossier d'un autre usager (collision), de création de plusieurs dossiers pour un même usager (doublons), d'erreur de facturation (actes facturés sur un patient qui utilise une carte vitale qui n'est pas la sienne) ... **il est indispensable qu'un patient soit identifié de la même façon par tous les professionnels, qui partagent des données de santé qui le concernent.**

Une conséquence : permettre un développement cohérent de la e-santé en France

En effet, pour transformer le système de santé, recentrer les parcours des patients et mobiliser les professionnels de la santé et du secteur médico-social, le gouvernement a lancé en 2019 un grand plan intitulé « **ma santé 2022** ». Parmi les projets proposés figurait le déploiement de l'identifiant national de santé (INS).

Il s'agit d'un levier numérique pour reconnaître le patient dans tous les systèmes informatiques. L'INS constitue un prérequis indispensable à un développement cohérent de la e-santé en France, face à une offre numérique morcelée et la présence d'outils numériques qui complexifient le travail des professionnels de la santé et le suivi des patients et usagers.

Pour répondre à cet enjeu de fiabilisation des données d'identification, un identifiant national de santé (INS), propre à chaque patient, a été mis en place le 1^{er} janvier 2021.

Il comprend différentes informations permettant une identification plus fiable de chaque patient :

• **le matricule INS**

qui a pour valeur le NIR (= Numéro d'Inscription au Répertoire de l'INSEE, soit numéro de sécurité sociale servant au remboursement des soins) ou le NIA (Numéro d'Immatriculation d'Attente) de l'usager pour les enfants par exemple ;

• **les traits INS**

qui comprennent le nom de naissance, le(s) prénom(s), le sexe, la date de naissance et le code INSEE du lieu de naissance de l'usager ;

• **l'identifiant de l'organisme qui a attribué l'INS.**

La généralisation de cette identité (matricule INS et cinq traits d'identité de référence) est essentielle pour la réussite du partage de l'information médicale en toute sécurité et en confiance, en renforçant l'interopérabilité et l'identitovigilance.

IDENTITOVIGILANCE AU CABINET DENTAIRE


En pratique dans les cabinets dentaires, un renforcement de la stratégie d'identitovigilance
Cet identifiant national de santé va permettre de renforcer les stratégies d'identitovigilance.

C'est-à-dire, l'ensemble des règles et des bonnes pratiques destinées à limiter les risques liés à l'identification différente d'un même patient dans les méandres de son parcours de santé (soins, examens complémentaires, transferts, règlement des factures et clôture d'un dossier).

L'identitovigilance est d'ailleurs particulièrement importante pour les personnes ne pouvant pas s'exprimer, touchées par des troubles mentaux ou parlant dans une langue étrangère.

Pour garantir une bonne appropriation de l'INS par tous les professionnels de santé, le minis-

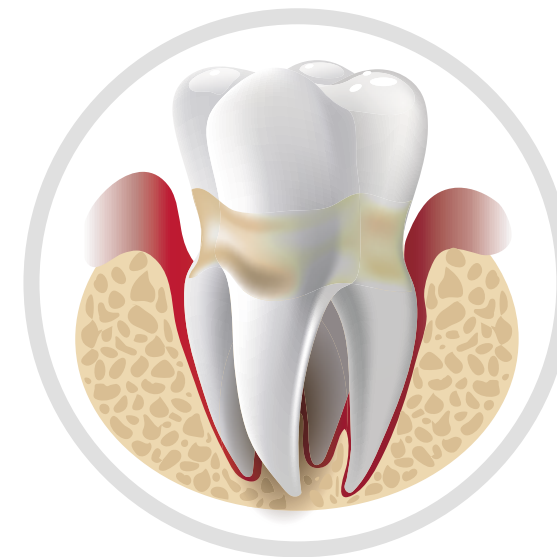
tere met à leur disposition un référentiel national d'identitovigilance (RNIV).

Celui-ci rassemble les règles et recommandations à respecter pour toutes les étapes d'identification du patient dans son parcours de soins : la recherche d'antériorité, la création d'une identité numérique, la modification d'identité.

Les professionnels de santé vont tout d'abord devoir s'équiper d'un logiciel de gestion permettant l'identification fiable des patients afin de faciliter l'échange et le partage des données de santé. Pour cela, ce sont vos logiciels métiers devraient être rapidement opérationnels si ce n'est déjà fait.

Les praticiens vont ensuite devoir informer leurs patients de cette nouvelle procédure au sein du cabinet, au moyen d'une simple affiche apposée à l'accueil.

LA PARODONTITE EST-ELLE UNE INFECTION PARASITAIRE ?



Après des années à observer le biofilm tiré du sillon gingival de ses patients, un dentiste canadien, le Dr Trevor Lyons a présenté, au début des années 1980, des preuves de l'invasion du sulcus parodontal gingival par l'amibe Entamoeba gingivalis¹.

Le Dr Lyons a également rapporté que cette amibe était présente dans tous les cas de parodontite active et qu'elle se nourrissait par trophocytose des noyaux des globules blancs vivants ainsi que des globules rouges. Son élimination entraînait une amélioration clinique substantielle.

Mark Bonner, DMD
Institut International de Parodontie
info@parodontite.com



Il apparaît pour Lyons que la grande majorité des patients atteints de parodontopathie sont infectés par des parasites buccaux et que l'éradication de ces protozoaires était suivie de l'arrêt de la maladie et de sa résolution, y compris d'une régénération osseuse.

Un deuxième parasite, le flagellé Trichomonas tenax, bien que moins fréquent, est associé à des formes plus agressives de la maladie parodontale et a récemment été considéré comme un agent pathogène similaire à T. vaginalis². De la même manière, le Dr Paul Keyes avait signalé en 1981 la présence de parasites dans les poches de 7 mm et plus et aucun dans des poches saines ou dans les cas de gingivites, dans une étude menée sur 54 patients.

En tant que dentiste, interrogé sur l'efficacité des traitements de la maladie parodontales, j'ai débuté mes recherches sur le microbiote parodontal et l'utilisation de la microscopie comme outil clinique dans les années 1990, après une rencontre marquante avec le Dr Lyons. Insatisfait des résultats de l'approche standard préconisée par les écoles dentaires et la chirurgie résective, j'ai remarqué qu'après un surfaçage radiculaire, le microbiome des patients

LA PARODONTITE EST-ELLE UNE INFECTION PARASITAIRE ?

n’était pas réellement modifié : à une échelle de 1000x les parasites (fig.1) étaient toujours facilement observables, de même de nombreuses bactéries des complexes orange et rouge de Socransky. Chez les patients dont j’ai pu noter la présence du *Trichomonas tenax* au départ, l’application d’une technique d’hygiène parfaite pendant plusieurs semaines n’apportait aucun changement apparent.

Encouragé par les travaux d’autres scientifiques sur des parasites comme *Entamoeba histolytica* ou *Trichomonas vaginalis* par exemple, il est devenu possible pour moi et mon équipe de construire un protocole médical-antiparasitaire, qui permet aujourd’hui à des centaines de patients de retrouver un biofilm sain, composé essentiellement de bactéries du groupe vert de Socransky en forme de cocci et de filaments non motiles (fig. 2), exempt de cellules inflammatoires.

En 2013, une étude rétrospective conduite sur 624 patients dans cinq cabinets français utilisant ce protocole (le protocole antiparasitaire) a permis de conclure à un taux de fermeture des poches parodontales de 95,7% après traitement. Il devient donc clair que la parodontite est une maladie infectieuse parasitaire, avec une étiologie bactérienne primaire suivie d’un processus inflammatoire conduisant à la destruction des structures de soutien des dents dont les parasites sont partie intégrante. Afin d’appuyer cette conclusion, notons par exemple l’étude récente de Trim et al.³, avec PCR en temps réel, qui a permis de détecter le protozoaires *E. gingivalis* dans 69% des sites malades. Aucun parasite n’a été détecté dans les sites sains. Nos propres observations au PCR, publiées dans les revues scientifiques, concluent à un minimum de 80 %⁴.

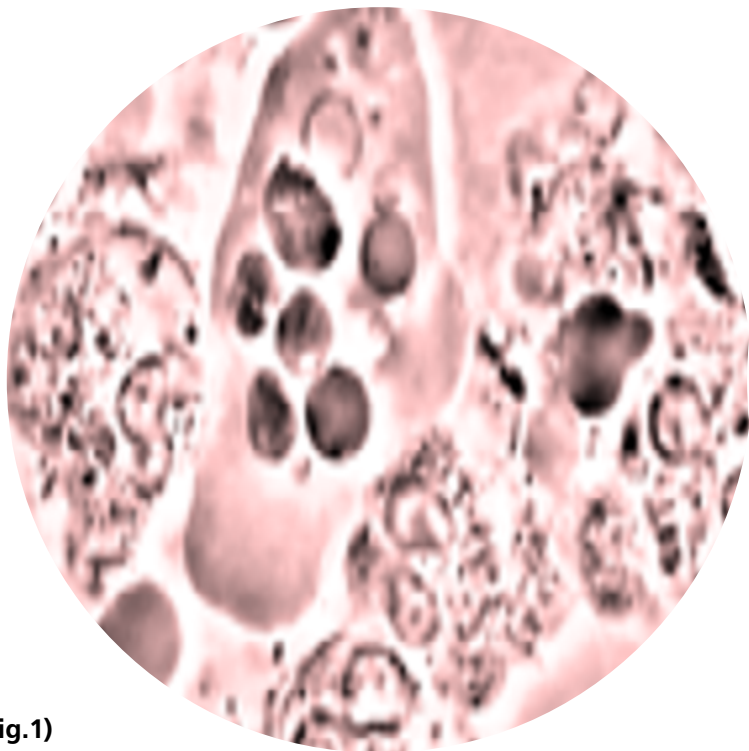
Les résultats soutiennent aussi l’idée que la présence d’*E. gingivalis* est associée uniquement aux sites de poche gingivale malades.

La Méthode

Nous avons mis au point, sur une dizaine d’années, un protocole précis qui vise principalement à éliminer toutes les amibes ou les flagellés des poches parodontales infectées, abaisser l’activité bactérienne motile sous la barre des 1 %, sous contrôle microscopique, et éliminer toutes les cellules inflammatoires, y compris les neutrophiles et les macrophages.

Le protocole, qui est devenu «Méthode Bonner», est menée sur une période de douze mois. Ceci laisse au patient le temps maîtriser les techniques d’hygiène et de désinfection qui lui sont présentées au cabinet et d’assurer un meilleur contrôle de son environnement, les sources de l’infection étant généralement l’entourage, incluant les proches, l’eau et les voyages dans les tropiques. Le traitement comprend un bilan de santé après trois et six mois, ainsi qu’à la fin de la phase active.

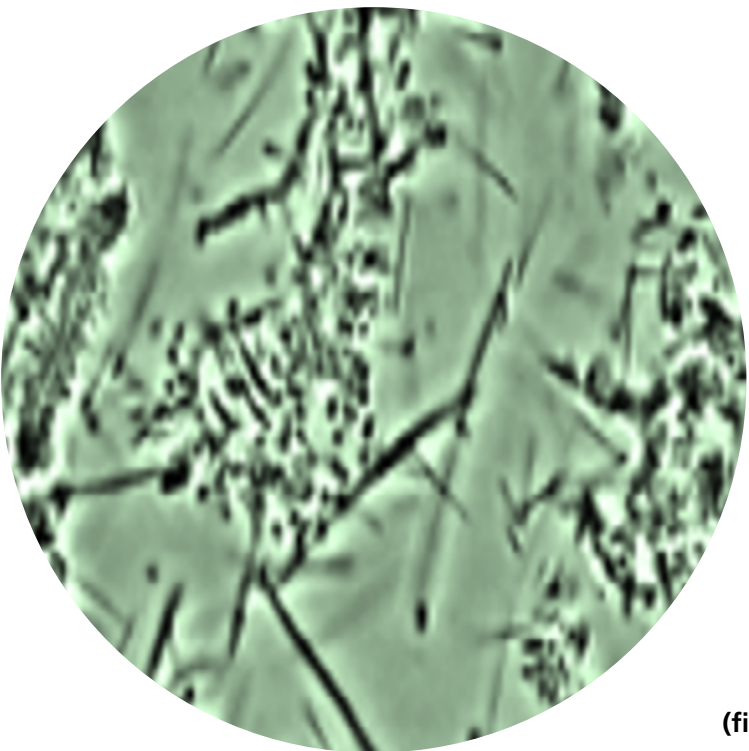
Lors des bilans mensuels, nous introduisons l’utilisation du peroxyde d’hydrogène à 1 % comme dentifrice, enseignons au patient comment préparer un mélange de bicarbonate de soude et de poudre de sel de table (la poudre de Torrens) et lui en recommandons l’application quotidienne, à raison de deux fois par jour à la ligne des gencives avec un doigt propre et humide. Une infime quantité d’un mélange de 30 g de crème de métronidazole 10 %, additionné d’une



(fig.1)

une petite quantité de mycostatin plus 2 ml d’huile d’anis pour l’arôme, est appliqué localement par le patient trois fois par jour pendant une période de 3 mois en cas de présence persistante de parasites. Nous l’appliquons également dans les poches les plus profondes à la fin de chaque rendez-vous. La technique Bass-modifiée à quatre passages est utilisée pour le brossage et le patient effectue sa désinfection complète au cabinet, à tous ses rendez-vous. On lui enseigne l’utilisation de la soie dentaire, aussi pratiquée à chaque visite pendant le traitement.

C’est la première phase de la thérapie : la reconstitution d’un biofilm commensal sain. Aucun curetage ni surfaçage radiculaire avec des curettes coupantes n’est autorisé, ceci dans le but



(fig.2)

de conserver le ciment et faciliter le ré-attachement sulculaire et l’élimination des poches parodontales excédentaires à 3 mm.

Au quatrième mois, nous prescrivons un médicament antiparasitaire systémique dans les stades III et IV (métronidazole) pour éliminer définitivement l’amibiase si elle était présente ou départ ou persistante à ce moment. Dans les cas sévères, le médicament systémique est donné au premier rendez-vous s’il y a un risque élevé de perdre une dent ou un implant. La microscopie mensuelle permet de confirmer le retour d’un microbiote commensal et l’absence parfaite des cellules inflammatoires.

La deuxième phase du traitement consiste à éliminer le tartre sous-gingival par quadrant, à l’aide d’outils à ultrasons, sous anesthésie locale.

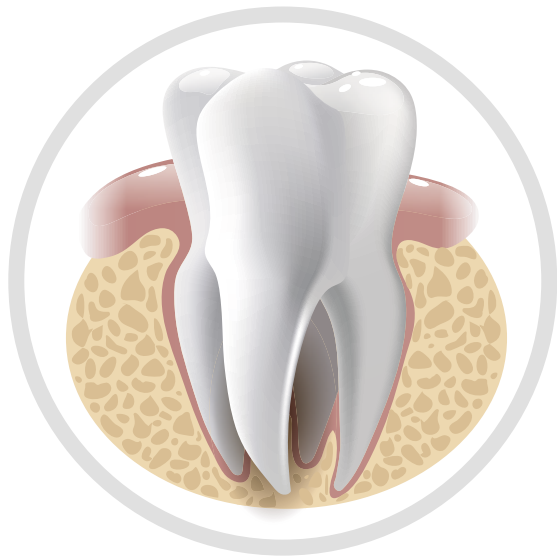
LA PARODONTITE EST-ELLE UNE INFECTION PARASITAIRE ?

On débute généralement par le quadrant le plus touché pour terminer par un nettoyage et un polissage aux rendez-vous 5 à 8.
On s’assure que le patient utilise toujours l’eau oxygénée pour le brossage et applique régulièrement la poudre de Torrens.
Lorsque les quatre quadrants sont parfaitement nettoyés du tartre sous gingival, vérifiés par transillumination et sonde acoustiques, trois mois sont consentis pour la phase de cicatrisation finale. Aucun dentifrice n’est autorisé pendant les huit mois de thérapie active.

Conclusion

L’étude précise de la biologie d’E. gingivalis et de Trichomonas tenax pendant l’infection parodontale des patients, en particulier leurs facteurs de virulence et les processus pathogènes, permet de mieux aborder l’ensemble des interactions dans l’écosystème des poches parodontales et de comprendre comment ces parasites participent à la pathophysiogenèse de la parodontite.

La méthode antiparasitaire proposée, ajoutée à une observation régulière et scrupuleuse du microbiote parodontal à la microscopie, permet sans contredit d’obtenir une cicatrisation des espaces malades et de contempler enfin la guérison parodontale, complète et continue dans le temps.
Cette technique médicale basée sur la parasitologie clinique évite toute chirurgie désagréable pour le patient et donne à ce dernier une grande autonomie et une compréhension de la maladie qui lui permet d’éviter la récédive.



Les résultats sont probants : absences de poches parodontales au-delà de 3mm, arrêt des saignements, retour à une flore commensale et absence de cellules inflammatoires.

Autrement dit, nous constatons une pleine guérison parodontale chez un patient maintenant hyper-conscientisé, heureux de pouvoir conserver ses dents.

1/ Lyons, T. (1989). Introduction to Protozoa and Fungi in Periodontal Infections, 219 p.
2/ Ribeiro et al. (2015). Is Trichomonas tenax a Parasite or a Comensal? Protist, Mai; 166(2): 196-210.
3/ Trim, R. D. et al. (2011). Use of PCR to detect Entamoeba gingivalis in diseased gingival pockets and demonstrate its absence in healthy gingival sites. Parasitol. Res. 109, 857–864.
4/ Bonner, M. et al. (2014). Detection of the amoeba Entamoeba gingivalis in periodontal pockets. Parasite 21:30.

Dossier à télécharger !



Alain Huot
Aromatologue, naturopathe,
nutritionniste. Formateur FFCD



LA NATUROPATHIE
AU SERVICE DE LA SANTÉ
BUCCO-DENTAIRE
EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

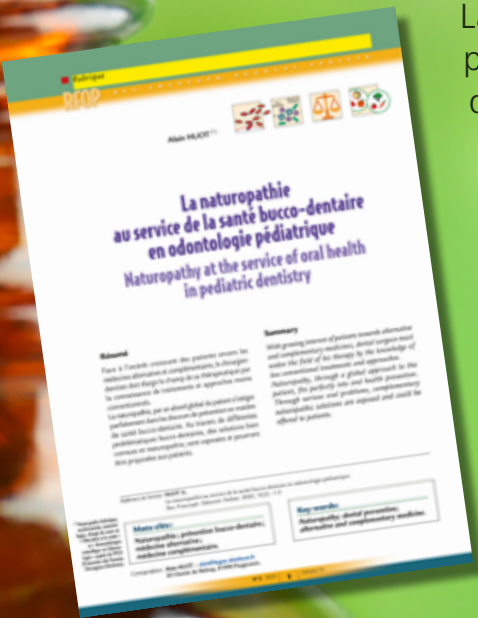
Face à l’intérêt croissant des patients envers les médecines alternatives et complémentaires, le chirurgiendentiste doit élargir le champ de sa thérapeutique par la connaissance de traitements et approches moinsconventionnels.

La naturopathie, par un abord global du patient s’intègre parfaitement dans les discours de prévention en matière de santé bucco-dentaire.

Au travers de différentes problématiques bucco-dentaires, des solutions bien connues en naturopathie, sont exposées et pourront être proposées aux patients.

Je télécharge
le dossier !

Revue : RFOP 2020 - 15 (1)





Interview de Lishane Ahamada

Formateur en développement personnel et professionnel, Conférencier spécialiste de la confiance en soi, Coach Professionnel et auteur du livre « la méthode MARGE ».

LA PROGRAMMATION NEURO-LINGUISTIQUE : UN OUTIL PRÉCIEUX AU CABINET DENTAIRE

Peux-tu m’expliquer en quoi consiste ton métier ?

Je suis profondément motivé par l’idée de transmettre. J’aime observer comment chaque personne va développer son potentiel, à sa façon, pour réaliser ce qui lui tient à cœur. Je souhaite apporter des clés efficaces et pertinentes pour que les problématiques deviennent des occasions de croissance. Lors des formations de Programmes Neuro-Linguistiques (PNL), j’apporte des connaissances permettant à mes stagiaires de trouver des clés pour avancer sur leurs problématiques. J’utilise plusieurs formats pédagogiques : de la conférence visant un public large au coaching personnalisé, en passant par l’édition d’un livre

Peux-tu me donner une définition de la PNL ?

Il s’agit d’un outil développé dans les années 70 par John Grinder (linguiste) et Richard Bandler (mathématicien, informaticien, psychologue), visant à comprendre les mécanismes de la réussite quel que soit le domaine. La clé de cet outil est la modélisation,

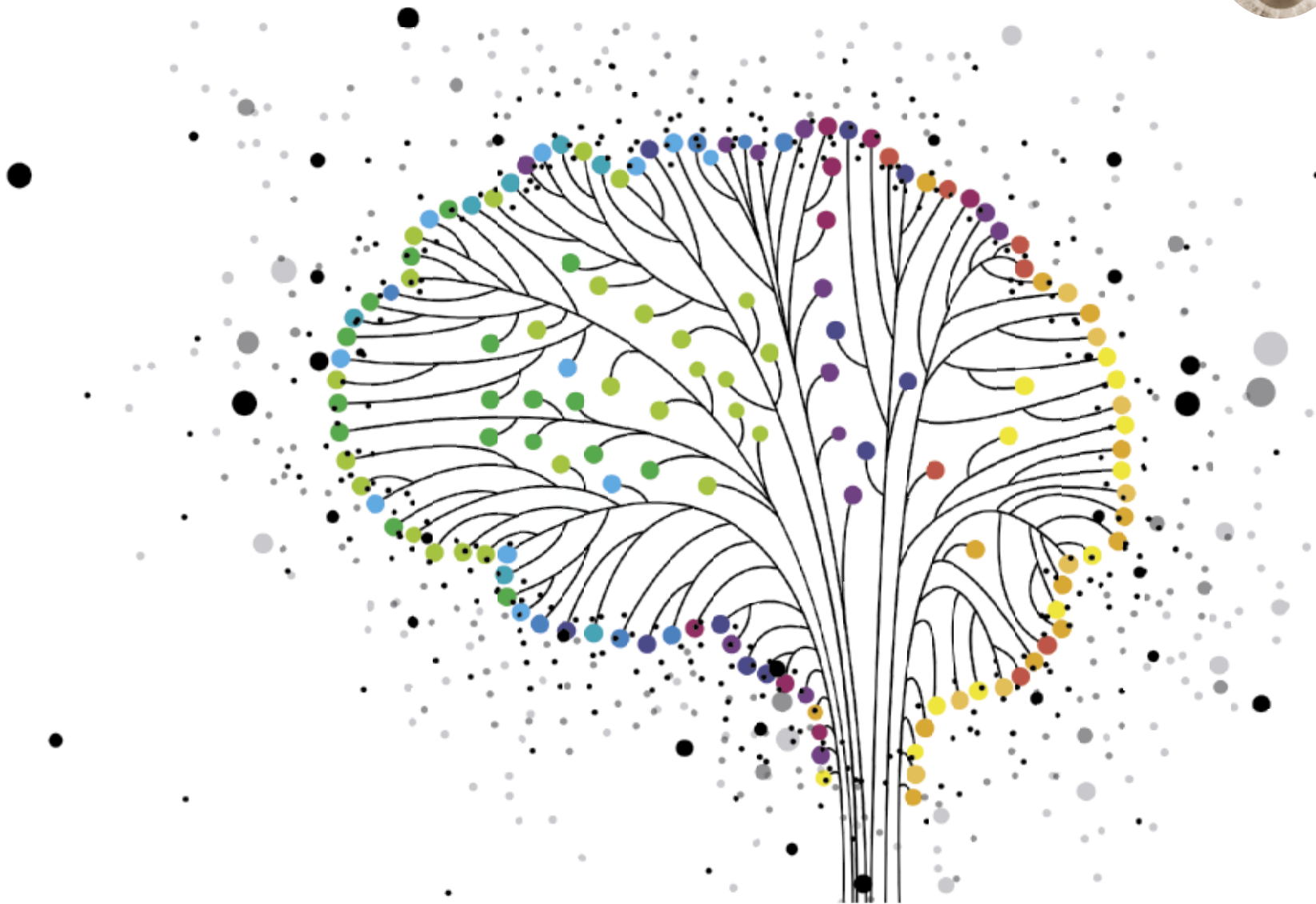
c’est à dire comprendre comment s’y prendre pour atteindre ses objectifs à la lueur des exemples de ceux qui ont déjà réussi.

- La PNL se concentre principalement sur :
- L’atteinte d’objectifs
 - La gestion du stress
 - Le développement de la motivation
 - La communication efficace
 - La gestion des conflits

A ton avis, qu’est-ce que la PNL peut apporter à un dentiste ?

La PNL peut apporter à un dentiste une prise de recul sur sa pratique. Nous sommes pris dans notre prisme de réalité. Ce prisme ou cette perception sont différents pour chacun d’entre nous. Elle découle de

Propos recueillis par le Dr Lucile Lambert
Spécialiste en orthodontie



nos expériences, habitudes, mode de pensées, principes fondateurs, valeurs en lien avec notre éducation, culture et environnement. Par exemple, une personne née dans une famille d’artiste aura peut-être plus tendance à utiliser sa créativité et ses émotions pour résoudre des problématiques là où une personne issue d’une famille militaire usera plus facilement du respect de l’ordre, des règles et de la logique. Ainsi le dentiste va pouvoir s’observer et sortir d’habitudes qui ne lui conviennent plus.

Quand je m’écoute et que je t’écoute, nous trouvons plus facilement des compromis voire des consensus et nous entrons dans un rapport dit « Gagnant-Gagnant ».

Comment la PNL peut aider un dentiste face à un conflit avec un patient ?

La PNL est très utile dans la gestion de conflits notamment grâce à la notion d’objectif. Quand je suis en conflit avec quelqu’un, quel est mon but ? **Faire**

LA PROGRAMMATION NEURO-LINGUISTIQUE :
UN OUTIL PRÉCIEUX AU CABINET DENTAIRE

entendre raison à l'autre quitte à hausser le ton, ou véritablement comprendre la difficulté de mon interlocuteur en posant des questions.

Cette prise de conscience permet de rester calme au cœur du conflit et de prendre en compte les différents points de vue pour identifier la meilleure solution pour tous.

Nous pratiquons ce que l'on appelle l'écoute active. **Entendre est un processus passif, écouter est un processus actif.** Ecouter s'apprend et demande de la pratique. C'est ce qui permet de se synchroniser à l'autre et amène un apaisement du rapport. La synchronisation survient quand on s'intéresse vraiment à l'autre, nous reprenons naturellement ses gestes, mots et attitudes générant finalement un climat de confiance.

Pour clarifier la notion de synchronisation, si je dois m'adresser à **une personne assise, il sera plus pertinent de m'asseoir aussi pour que nous ayons le regard au même niveau.** Rappelons que nous faisons la même chose lorsque nous voulons nous adresser à un enfant. C'est ce qui permet de retrouver une relation « gagnant-gagnant ».

Prenons un exemple pour illustrer ce point :

Madame C. est arrivée au cabinet avec 15 min de retard et quand je lui ai dit que je ne pouvais pas la recevoir, elle s'est mise à crier dans mon cabinet en trouvant inadmissible que je ne puisse pas la recevoir. Elle a ajouté : « cela peut arriver à tout le monde d'être en retard et d'ailleurs vous êtes, vous-même, souvent en retard. »

J'étais très en colère face à sa réaction car j'avais fait plusieurs fois l'effort de la voir alors qu'elle était en retard. Malheureusement cette fois-ci ce n'était vraiment pas possible. Suite à cet épisode, toute l'équipe du cabinet était énervée et nous avons mis au moins une heure à retrouver notre calme.

Pour répondre à ce type de situation, la clé de base est l'écoute. Nous avons tous besoin de nous sentir écouté et compris. Nous pouvons penser que la patiente a pu ressentir un stress lié à ce retard, plus ou moins élevé. Il peut donc être intéressant de prendre le temps de l'écouter en cadrant le temps. Vous pouvez utiliser une tournure du type : **« Ce soir c'est un peu la course, mais en quelques mots, que vous est-il arrivé ? »** Si vous prenez ne serait-ce que quelques secondes pour l'écouter, elle sera plus à même de comprendre que vous ne pourrez pas la voir aujourd'hui. En vous excusant poliment et en lui proposant un autre RDV, vous aurez fait ce qui dépend de vous. Bien sûr ce n'est pas forcément au dentiste d'écouter la patiente, cela peut être un autre membre du personnel qui peut effectuer cette tâche. Souvenez-vous que vous ne pourrez pas toujours faire en sorte que la patiente reparte avec le sourire, mais **avec cette attitude d'écoute dans l'empathie agrémentée de bienveillance, vous aurez la certitude que vous aurez fait tout ce qui dépend de vous pour apaiser la situation.** Vous n'êtes pas responsable de ce qu'elle ressent. Vous êtes responsable de ce que vous ressentez, à vous d'orienter ces ressentis de façon pertinente pour être pleinement présent avec les patients suivants.



Que peut apporter la PNL à la gestion d'une équipe ?

Pour la gestion d'équipe, la PNL va permettre d'aller véritablement à la rencontre de l'autre. Chacun est différent par son vécu. Il a sa perception propre de la réalité, comme une carte personnelle dessinée par les années de vie. Une idée phare de la PNL est « La carte n'est pas le territoire » : ce que nous pensons être la réalité n'est que notre perception. Nous filtrons la réalité à chaque instant avec nos sens et notre vécu.

Être à l'écoute de l'autre dans les bons comme les mauvais moments, instaurer des temps de partage, faire preuve de bienveillance tout en maintenant un cadre de travail sain et clair avec une vision précise des enjeux va générer une très grande qualité relationnelle entre les membres.

La prise en compte des ressentis de chacun sera aussi très importante. Tout cela mènera à une communication bienveillante et motivante installant un climat de confiance.

Prenons un exemple :

J'ai à faire des remarques à mes assistantes quand quelque chose ne va pas. J'ai peur qu'elles le prennent mal, que cela crée un conflit entre nous. Du coup, je ressens de la frustration à ne pas pouvoir m'exprimer. Par exemple, une de mes assistantes répond à son téléphone portable ou envoie des messages alors qu'elle est au travail. Je trouve que cela peut gêner son travail mais je ne sais pas comment le lui dire.

L'important est de pouvoir dire les choses quoiqu'il se passe. Il est primordial de complimen-

LA PROGRAMMATION NEURO-LINGUISTIQUE :
UN OUTIL PRÉCIEUX AU CABINET DENTAIRE

ter autant que de recadrer. Les règles doivent être claires, utiles et soutenantes.

• **La mise en place d’une charte peut aider à clarifier les règles de fonctionnement.**

Je conseille que cette charte soit le résultat d’un travail d’équipe avec les assistantes. Il est important d’identifier ce que chacun aimerait apporter aux membres de l’équipe et ce qu’il souhaite recevoir en retour.

• **Ces règles doivent être cohérentes et mener à l’atteinte d’un confort de travail optimal.** La charte ne doit pas rester figée dans le temps mais au contraire, elle doit évoluer avec les besoins de chacun.

Par exemple, la règle de « caser une urgence entre deux patients » décidée à un moment donné peut se transformer en « Garder une plage spécifique pour les urgences » car cela apporte plus de confort de travail à l’équipe.

• **Ensuite il va être très important de garder ces règles à l’esprit.** Cela permettra d’observer le travail des uns et des autres sous un angle bienveillant avec des critères clairs (règles de la charte). Finalement, chacun pourra évoluer dans son travail en gardant une dynamique constructive.

• **Cette observation quotidienne de chacun donnera lieu à des éventuels retours.** Si cela convient, il est important de le mentionner. Si cela ne convient pas, faire un reproche peut devenir contre-productif, il est crucial d’exprimer ce qui est précisément attendu, puis demander une validation.

Par exemple, au lieu de dire : « Arrête de regarder ton téléphone pendant le travail », nous formulerons : « Comme nous l’avons décidé dans la charte, je t’in-

vite à plutôt consulter ton téléphone à ta pause et en dehors des heures de présence au cabinet. Qu’en dis-tu ? ».

S’exprimer est toujours la meilleure solution. Gardez à l’esprit que nous sommes tous différents donc nous sommes plus ou moins sensibles à différents types de messages. Pensez à soigner la forme de votre propos. Evitez les reproches, exprimez ce que vous attendez et faites valider à votre interlocuteur.

Comment la PNL peut aider les dentistes
dans la gestion du stress ?
(stress de l’acte technique, d’être en retard ...)

La gestion du stress est un point essentiel de chaque pratique professionnelle. Le stress est un ressenti qui va engendrer des réactions physiologiques qui peuvent nuire à l’efficacité.

Je propose deux approches pour mieux gérer le stress:

1) La respiration :

Dans mon ouvrage la méthode MARGE, je parle de cet élément important qu’est la respiration. Reprendre la maîtrise de votre souffle en situation de stress vous aidera énormément. Je vous invite à faire cela : En cas de besoin, prenez 1 minute pour respirer profondément dans un lieu calme. Faites cela 3 à 4 fois dans la journée, et vous ne la vivrez plus de la même façon. Respirer vous aidera à jouer directement sur votre physiologie et vous permettra de restaurer partiellement ou totalement un état de calme.

2) L’ancrage :

En PNL, nous nous évertuons à mieux comprendre nos ressentis en les nommant clairement tout en



identifiant leur origine. Puis nous travaillons, à faire évoluer ceux-ci pour devenir beaucoup plus efficace dans notre travail.

Quand par la respiration, nous influençons notre physiologie pour modifier notre ressenti, avec l’ancrage nous jouons sur nos pensées pour faire évoluer celui-ci. Nous savons intuitivement que si nous pensons à une situation agréable nous pouvons nous sentir bien. Si nous pensons à une situation désagréable nous allons nous sentir moins bien. La technique de l’ancrage permet de reconvoquer à la demande un ressenti donné (calme sérénité...) afin d’optimiser notre attitude dans une situation précise.

Je vous propose de repenser à un patient avec qui vous avez passé un moment très agréable.

• **Imaginez** son visage, ses paroles et tous autres éléments qui vous reviennent. L’important est que vous vous sentiez le mieux possible.

• Quand vous sentez le bien-être monter en vous, **fixez votre attention** sur un moment précis de cette scène, ce que vous voyez, ce qui est dit. Gardez cela en tête. Si vous le souhaitez, vous pouvez faire un geste de la main (serrer le poing, croiser les doigts...) pendant que vous ressentez ce bien-être.

• Puis **pensez à autre chose.**

• Une fois que la sensation de bien-être aura diminué significativement, **repensez à la scène précise**, aux mots prononcés et activez votre geste de la main. Cela vous aidera grandement à reconnecter avec l’état de bien ressenti au préalable.

Ainsi vous avez la possibilité de renouer avec un sentiment de bien-être facilement et rapidement.

Si le bien-être vous semble trop faible, recommencer le processus plusieurs fois pour bien ancrer. Je ne vous cache pas qu’il est plus facile de réaliser cet exercice avec l’aide d’un coach ou tout type d’accompagnant formé à la PNL.



Dr Isabelle d'Heilly,
chirurgien-dentiste



MISSION HUMANITAIRE 2 SEMAINES AU CAMBODGE



**Et vous aussi, si l'expérience
vous tentait ...**

**J'aimerais vous faire partager mon voyage
à Phnom Penh avec l'association
« toutes à l'école » en tant que dentiste
bénévole à l'école Happy Chandara.**

Cette école pour filles a été fondée par la journaliste Tina Kiefer en 2005 et se situe dans la campagne de Phnom Penh. L'école Happy Chandara (allant du CP à la terminale) souhaite apporter une instruction de haut niveau aux filles de condition de vie défavorisée.

Dès mon arrivée à l'école, je visitai les 3 établissements (primaire, collège et lycée) avec Thary (assistante) accompagnée de familles françaises.

L'accueil fut de suite exceptionnel. J'ai adoré la visite des classes, du jardin, de l'internat ainsi que le respect des enfants qui se levaient dès qu'on rentrait dans les classes en disant « bonjour Madame ». Ensuite, je visitai le pôle médical où j'allais travailler. Je rencontrai Gabrielle (médecin référent) qui me précisa ma mission. Elle me demanda de continuer le dépistage dans l'école commencé par Laurence (dentiste me précédant). J'étais déçue car je venais pour faire des soins dentaires mais je me suis mise à la disposition de l'association.

La première semaine, je fis donc principalement, dans les classes de collège et du lycée, du dépistage pour repérer les élèves qui nécessitaient des soins dentaires et d'orthodontie. Ceci évitait des déplacements intempestifs au cabinet dentaire pour les élèves. Je fis aussi un cours de prévention dentaire pendant un cours de français ainsi qu'un autre en cours d'anglais. Je réalisai mes premiers soins pour les adolescentes en fin de première semaine. J'avoue que cette semaine-là, je fus frustrée de faire peu de soins, mais, au final, je compris que c'était un besoin pour l'école (besoin d'une réorganisation du planning des soins).



*Je remercie toutes les personnes (amis, fournisseurs dentaires et pharmaciens,...) qui m'ont donné des dons qui ont tous été distribués à l'école (savons, gels douche, crèmes, dentifrices, brosses à dents, jouets...) ainsi que l'association « **toutes à l'école** » qui m'a permis de réaliser cette mission.*

La deuxième semaine, j'étais au cœur de la mission. Je restai au cabinet pour soigner des petites filles du primaire. En effet, le cabinet possède 2 fauteuils dentaires, un pour le dentiste Khmer qui travaille à l'année et le deuxième pour le dentiste bénévole. J'accompagnais donc le Dr Borith et son assistante SreyNeat. Il est vrai que les enfants nécessitaient beaucoup de soins. Je n'avais jamais vu des bouches avec autant de caries. L'essentiel des soins était des extractions mais nous tentions de sauver tout ce que nous pouvions (sachant l'importance de garder le plus longtemps possible la dent de lait sur l'arcade). Les filles venaient à plusieurs s'inscrire sur un agenda ou bien l'assistante dentaire allait les chercher directement dans les classes. Elles attendaient dans la salle d'attente (le couloir) et si elles n'avaient le temps d'être vues dans l'heure, elles retournaient en cours. Il régnait une bonne ambiance dans le cabinet.

J'ai constaté que les petites filles arrivant à l'école (CP et CE1 chez nous) nécessitaient beaucoup de soins. Cependant dans les classes supérieures, les soins sont moins importants, ce qui montre que la prévention réalisée à l'école est performante ainsi que les soins réalisés par le dentiste (pose de CIV, comblement des sillons, apprentissage du bros-

sage et brossage à l'école...). Un brossage par jour à l'école après le déjeuner a été mis en place. C'est déjà énorme de pouvoir se brosser les dents à l'école car pour certaines, elles n'ont ni brosses à dents, ni dentifrices à la maison et parfois pas l'eau courante. Concernant les soins, je tiens à dire que les élèves sont très polies, s'installent sur le fauteuil, se laissent soigner, ne se plaignent jamais « never complain » et vous remercient toujours en joignant les 2 mains à la fin des soins. Elles vous font énormément confiance. C'est vraiment très agréable. La communication se fait en anglais pour les plus grandes sinon, c'est l'assistante qui traduit de l'anglais en khmer. Pour moi, ce fut une expérience très enrichissante : soigner des enfants, avoir pu aider, partager le quotidien des khmers et faire la connaissance de personnes bienveillantes (directeur, professeurs, personnel encadrant, staff médical,...). Je n'oublierai pas toutes ces petites filles affectueuses toujours souriantes et leurs bouches cariées.

J'espère vous avoir donné l'envie de partir et qu'un jour, vous aussi vous pourrez mettre entre parenthèse votre activité de cabinet et tenter l'expérience. Les missions sont avant tout une mise au service des bénévoles pour l'école.

ATTENTION : Depuis le 1^{er} janvier 2018, seules les formations dispensées par des organismes de formation référencés DATADOCK et dont le programme répond aux critères de la profession concernée, pourront être prises en charge par le FIF PL (Décision du Conseil de Gestion du FIF PL du 29 juin 2017).



I. Thèmes et plafonds de prise en charge sur fonds à gérer de la profession

Prise en charge annuelle par professionnel plafonnée à 750 € dans la limite du budget de la profession

Formations cœur de métier

Toute formation prioritaire liée à la pratique professionnelle. Prise en charge au coût réel plafonnée à 250 € par jour, limitée à 750 € par an et par professionnel.

- Chirurgie buccale
- Règlementaire : environnement du cabinet dentaire
- Endodontie : les pratiques actuelles
- Hygiène, asepsie et maladies virales transmissibles
- Implantologie - Parodontologie
- Situation médicale d'urgence lié à la pratique
- Soins et gestion de l'urgence dentaire
- Occlusodontie
- Odontologie conservatrice, la prise d'empreinte optique, la conception de la prothèse fabriquée assistée par ordinateur
- Education de la santé et soins de prévention
- Orthodontie
- Pathologie buccale
- Prescription au cabinet dentaire : Dénominations Communes
- Prothèse, la prise d'empreinte optique, la conception fabriquée assistée par ordinateur
- Radiologie
- Compétence en radioprotection
- Formation informatique à l'usage exclusif dans l'exercice professionnel
- Exercice libéral dentaire dont gestion des relations de travail - écologie au cabinet dentaire
- Traitement des SAS (apnées du sommeil)
- Amélioration des pratiques professionnelles : la sophrologie, la sédation par MEOPA, l'hypnose
- Soins aux personnes handicapées et soins aux personnes âgées
- Prévention des TMS (troubles musculo-squelettiques), ergonomie et prévention des maladies du professionnel libéral
- La psychologie du patient
- Odontologie / sexologie
- Perturbateurs endocriniens
- Tabacologie : information, prescription
- Violences faites aux personnes : repérage, prise en charge, orientation
- La pédodontie

FIF-PL 2021

Manifestations Régionales incluant majoritairement les thèmes prioritaires

Prise en charge au coût réel plafonnée à 250 € par jour et à 500 € par an et par professionnel.

Manifestations Nationales incluant majoritairement les thèmes prioritaires

Prise en charge au coût réel plafonnée à 250 € par jour et à 500 € par an et par professionnel.

II. Thèmes et plafonds de prise en charge sur fonds spécifiques

La prise en charge des thèmes listés ci-dessous ne vient pas en déduction de votre budget annuel 2021

Thèmes Plafonds de prise en charge

■ **Formation de longue durée :**

- 100 heures de formation minimum
- Thème de formation entrant dans les critères de prise en charge 2021 de la profession
- Une prise en charge tous les 3 ans
- Prise en charge plafonnée à 70 % du coût réel de la formation, limitée à 2 500 € pour les formations prioritaires et limitée à 1000 € par professionnel pour les formations non prioritaires.

■ **VAE (validation des acquis d'expérience)**

- Prise en charge au coût réel plafonnée à 1 000 € par an et par professionnel

■ **Bilan de compétences**

- Une prise en charge tous les 3 ans au coût réel plafonnée à 1 500 € par professionnel

■ **Formation de conversion**

- Une prise en charge tous les 3 ans au coût réel plafonnée à 2 000 €, limitée à 200 € par jour et par professionnel. Attention un courrier de motivation est à joindre obligatoirement à votre demande de prise en charge.

■ **Participation à un jury d'examen ou de VAE**

- Prise en charge plafonnée à 200 € par jour, limitée à 2 jours par an et par professionnel

Attention :

- sont éligibles les formations d'une durée minimale de 6 heures, soit sur 1 journée, soit par 3 modules successifs de 2 heures ou par 2 modules successifs de 3 heures.
- sont également éligibles les formations d'une durée minimale de 3 heures correspondant à une prise en charge d'une demi-journée



LE FFCD FORME LES PROFESSIONNELLES

Le FFCD ce sont des formations dans votre région et en distanciel, pour toute l'équipe du cabinet dentaire :

Chirurgiens-dentistes (CD), assistants(es) dentaires (AD), secrétaires...

- **Accompagner aux changements de pratique**
- **Promouvoir la prévention :** prévention de difficultés administratives, prévention de pathologies du chirurgien-dentiste
- **Ouvrir des horizons thérapeutiques :** aromathérapie, hypnose...
- **Sécuriser votre exercice :** obligations réglementaire, CCAM, traçabilité...

NOUVEAU !

LES FORMATIONS 2^e SEMESTRE 2021 EN DISTANCIEL

FFCD a adapté pour vous des formations en distanciel, soit sur une journée complète soit sur 2 demi-journées suivies

Thème	Date	Public visé
Radioprotection des patients au cabinet dentaire. Attestation à renouveler tous les 10 ans. CD formation obligatoire	23 septembre 2 décembre	CD
Perturbateurs endocriniens au cabinet dentaire : les repérer pour s'en protéger	07 octobre	AD + CD
Codification des actes au cabinet dentaire : la CCAM et l'évolution de la convention	28 octobre	AD + CD

DES FORMATIONS PERSONNALISÉES

Une formation vous intéresse mais n'est pas programmée dans votre région ?

Constituez un groupe de minimum 15 personnes et nous viendrons vous former chez vous.

[Comment ?](#)

Prenez contact avec Lemya

CONTACT FFCD

Pour toute question sur les formations sur mesure ou programmation des formations en région

Lemya Nadia

06 19 36 44 87

Lundi et jeudi
de 8h00 à 17h00

ffcd.contact1@gmail.com



Suivez-nous sur notre page facebook !



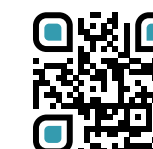
ffcd formations pour l'équipe dentaire

LES FORMATIONS 2^e SEMESTRE 2021 EN PRÉSENTIEL DANS VOTRE RÉGION

Ville	Thème	Date	Public visé
NOUVELLE AQUITAINE			
BORDEAUX	Perturbateurs endocriniens au cabinet dentaire : les repérer pour s'en protéger	25 juin	AD + CD
BORDEAUX	AFGSU Niveau II Attention formation limitée à 12 personnes. Attestation à renouveler tous les 4 ans avec une journée de mise à jour des connaissances (Recyclage AFGSU II) CD et AD formation obligatoire	3 JOURS : 7-8 octobre et 4 novembre	AD + CD
LA ROCHELLE	Accueil et prise en charge au cabinet dentaire des femmes victimes de violences CD formation obligatoire	17 septembre	AD + CD
HAUTS DE FRANCE			
LILLE	Animer son équipe au quotidien	23 septembre	AD + CD
ILE DE FRANCE			
PARIS	AFGSU Niveau II Attention formation limitée à 12 personnes. Attestation à renouveler tous les 4 ans avec une journée de mise à jour des connaissances (Recyclage AFGSU II) CD et AD formation obligatoire	3 JOURS : 7, 8 octobre et 4 novembre	AD + CD
BRETAGNE			
RENNES	Gérer les conflits	15 octobre	AD + CD
OCCITANIE			
TOULOUSE	La douleur en odontologie	7 octobre	CD
ALBI	Santé environnementale et écoresponsabilité au cabinet dentaire	12 octobre	AD + CD
NARBONNE	AFGSU Niveau II Attention formation limitée à 12 personnes. Attestation à renouveler tous les 4 ans avec une journée de mise à jour des connaissances (Recyclage AFGSU II) CD et AD formation obligatoire	3 JOURS : 14, 15 octobre et 4 novembre	AD + CD
TOULOUSE	Comment gérer son stress dans son environnement professionnel ?	4 novembre	AD + CD
PAYS DE LOIRE			
ANGERS	Hypnose	3 JOURS : 15, 16 et 17 décembre	AD + CD

Restez connecté de nouvelles formations, de nouvelles régions et de nouvelles dates seront programmées !

Inscrivez-vous en ligne sur : sfcd.fr/formation



Vous voulez...

**Défendre
votre profession**

**Protéger
vos patients**

**Préserver
la santé bucco-dentaire
et la qualité des soins**

**Renforcer
l'égalité Hommes - Femmes**

...Alors

Rejoignez-nous !

