ifcd infos
INFOS FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

N°39 • Été 2017

REVUE DU SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

Le SFCD nous donne la parole.

Grande enquête : répondez au questionnaire !

Page 10

Dossier

responsable !

Page 15

Responsable

sfcd SYNDICAT DES FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

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

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

- **La participation**
  de nos cadres dans différentes commissions ADF ainsi qu'à l'UNAPL, au FIF PI, à la CARCD pour faire entendre la voix des femmes dans la profession.
- **Une permanence téléphonique et un service juridique**
- **Des supports et des outils**
  nécessaires à votre activité : fiches techniques, plaquettes, ...
- **Une brochure**
  Info Femmes Chirurgiens Dentistes.
- **Des e-mailings**
  une information synthétique, rapide et d'actualité par mail ou par courrier.
- **Des séminaires annuels**
  pour les responsables syndicales afin d'établir des bases de travail et collaborer avec d'autres organismes et pouvoirs publics.
- **Des réunions**
  d'informations des assemblées générales nationales et régionales permettant de débattre et d'échanger nos expériences.
- **Des livrets**
  de synthèse sur la CCAM et la Traçabilité.
- **Des formations**
  régionales de proximité sur des thèmes liés à l'environnement du cabinet dentaire pour nous et tout notre personnel.

CARCDSF
Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes et Sages-Femmes

FFCD
Formation Femmes Chirurgiens Dentistes

FDI
Fédération Dentaire Internationale

ORDRE
Départementaux et/ou régionaux

URPS
Unions Régionales Professionnels de Santé

FIF PL
Fonds financeu de notre formation continue

UNAPL
Union Nationale des Professions Libérales

ADF
Association Dentaire Française

sfcd Unies pour l'avenir

Le SFCD, syndicat responsable, s'engage.

Le règlement arbitral nous impose un cadre d'exercice complètement modifié.

Non seulement il redéfinit le périmèt e de couverture de la sécurité sociale, avec la création d'actes opposables pris en charge à moins de 20% par le régime obligatoire et solidaire, 80 % incombant au régime complémentaire privé, mais il redéfinit aussi not e périmètre de responsabilité de professionnel de soin, avec la clause de sauvegarde. Cette dernière nous sanctionnera collectivement, même si individuellement nous avons respecté nos règles professionnelles et déontologiques. Le chirurgien-dentiste ne sera plus « responsable » mais « responsabilisé » par cette nouvelle régulation. Les choix thérapeutiques ne seront plus dictés par les besoins médicaux du patient, mais par ceux du marché du soin, dans une logique de diminution des dépenses publiques de soin.

Or c'est dans la réponse au besoin médical du patient que réside la qualité des soins.
Ne pas donner au patient les soins dont il a besoin n'est ni éthique, ni déontologique, ni bienveillant.
Comment continuer à exercer notre profession de chirurgiens-dentistes sans la possibilité de répondre au besoin médical du patient ?
Nous sommes, professionnels de la santé bucco-dentaire, les seuls à pouvoir alerter sur ce point, car nous sommes les seuls qui, au contact direct des patients, connaissons la réalité de ce qui se passe dans notre champ opératoire, si petit et difficile d'accès.

Notre responsabilité de chirurgien-dentiste aujourd'hui est donc de dénoncer cette mise à mal de notre capacité professionnelle. Notre volonté : demeurer des professionnels libres de nos actes pour répondre au besoin de soins médicaux de nos patients, et refuser de devenir passifs et captifs, liés par une par une responsabilisation, dans un unique objectif celui de la maîtrise des dépenses.

Le SFCD, syndicat responsable, s'engage dans cette voie, y poursuivra son action aussi longtemps que nécessaire, par tous les moyens, et dans l'intérêt de tous : patients, praticiens, politiques, partenaires sociaux et tous les acteurs de la filiè e dentaire.

Pour cela et plus que jamais, nous avons besoin de personnalités politiques courageuses et responsables, ayant le souci de l'intérêt général et de la protection du plus faible.
Oui il en existe.
Le SFCD en a au moins rencontré une. Elle s'appelait Simone VEIL.

Dr Marie-Hélène Haye

En 2017
Se former au MEOPA,
C'est possible en ligne !

LA FORMATION

- Inscription gratuite
- Requis réglementaire du PGR* des spécialités à base de MEOPA
- Un cursus digital en 4 semaines
- Attestation de suivi de formation
- Des clés pour vous aider à accompagner vos patients
- Des exemples pour illustrer les indications de MEOPA

* Plan de Gestion des Risques disponible sur le site de l'ANSM : www.ansm.sante.fr

OBJECTIFS
- Vous saurez comment utiliser et administrer le MEOPA
- Vous pouvez intégrer le MEOPA dans votre pratique

PROGRAMME

La douleur et l'anxiété
- Base théorique
- Aspect physiologique de la douleur/anxiété
- Évaluation de la douleur
- Traitement : les différentes classes des médicaments

Le MEOPA
- Le principe de l'analgésie et la sédation consciente par voie inhalée
- Le MEOPA
- Mécanisme d'action
- Indications / contre indications à l'utilisation
- Effets indésirables
- Interactions médicamenteuses

Le MEOPA en pratique
- Utilisation pratique du MEOPA
- Administrer le MEOPA en toute sécurité : mise en garde et précautions d'emploi
- Comment présenter le MEOPA au patient ?
- Comment l'administrer au patient ?

Le MEOPA et ses applications
- Applications et exemples d'utilisation du MEOPA : en soins dentaires et chirurgie locale

Pour les chirurgiens dentistes souhaitant obtenir l'habilitation de l'ONCD, une inscription à la deuxième journée pratique est nécessaire ainsi qu'une formation aux gestes d'urgences de moins de 5 ans.

Pour plus d'informations
INFO KALINOX
0 969 368 799
Appel non surtaxé
@ : kalinoxville.FRALSF@airliquide.com
Fax : 02 40 68 47 10

EMONO 17-011/H-AL-067A

INSCRIVEZ-VOUS SUR
www.airliquidehealthcare.fr

Air Liquide HEALTHCARE

ifcd infos
INFOS FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

Directrice de la publication :
Patricia Hueber-Tardot

Rédactrice en Chef :
Marie-Hélène Haye

Ont participé :
Marie Brasset
Marc Gérald Choukroun
Gundra Doubovetzky
Nathalie Ferrand
Patricia Hueber-Tardot
Marie-Hélène Haye
Sylvie Ratier
Catherine Rossi

Publicité :
SFCD

SFCD
22 rue de la Grande Armée
75017 Paris
Tél : 05 81 02 41 93
E mail : sfcd@sfcd.fr
Site Internet : sfcd.fr

Conception réalisation :
Marion BIJL

Imprimé en France

Crédits photos : Fotolia.com, sebra, stockyimages, Pavel Chernobrivets, nirutft, gpointstudio, Grecaud Paul, ruigsantos, Rostislav Sedlacek, CandyBox Images, merla, Voyagerix, Tiko, ArtFamily, pressmaster, morokey, peart, Brian Jackson, Andrey Popov, WavebreakMediaMicro.

sommaire

3 - Edito

6 - Hommage Simone Veil
- Le parcours d'une femme d'exception
- Simone Veil et le SFCD, le succès du dossier maternité

9 - Actualités syndicales
- Le mot de la rédaction
- **Grande enquête, répondez au questionnaire ! Le SFCD nous donne la parole**
- SFCD, un syndicat responsable
- Pathologies buccales et Rhumatismes Inflammatoi es Chroniques, les dentistes à l'écoute des patients

15 - Dossier : Responsable !
- Retour sur l'intervention de Patrick Velin au séminaire SFCD 2017
- Malade, maladie, médecin, intervention APST au séminaire SFCD 2017
- Responsable?
  - De la responsabilité à l'hyper-responsabilisation
  - Les Chirurgiens-Dentistes responsables du Reste à Charge?

21 - Notre exercice au quotidien
- Les activités de l'assistant dentaire
- L'herpès
- L'information : un outil thérapeutique

26 - La page culture
- Paul Ricoeur, philosophe d'actualité
- Exposition Van-Gogh

Dossier responsable !

Simone Veil

Le chemin de vie de Simone Veil appelle l'admiration et le respect, pour son courage et son humanité.

Née en 1917, rescapée des camps de concentration, elle est une des promotrices de la réconciliation franco-allemande, et de la construction européenne. Elle devient la première présidente du parlement européen, de 1979 à 1982.

Haut fonctionnaire dans la magistrature, nommée ministre de la santé en 1974, elle fait adopter en 1975 la loi dépénalisant l'IVG, dans un objectif de protection des femmes. La « loi Veil » met ainsi un terme aux pratiques d'avortements mortifères, dans des arrière-cuisines avec une aiguille à tricoter, par des « faiseuses d'anges ».

En 1993, elle devient Ministre d'Etat, ministre des Affaires Sociales et de la ville, numéro 2 du gouvernement Balladur.

Elle siège au Conseil Constitutionnel de 1998 à 2007, puis rejoint les Immortels de l'Académie Française en 2008.

Le SFCD a croisé le chemin de cette Grande Dame au Conseil National des Femmes Françaises, en Décembre 1993 alors qu'elle venait d'intégrer le gouvernement Balladur.
Le CNFF avait convié les Présidentes d'Associations à la rencontrer le temps d'un petit déjeuner. Le SFCD y était. Madame VEIL nous avait toutes vivement engagées à travailler en participant à tous niveaux pour exercer notre influence, nous assurant de son soutien dans les dossiers que nous lui soumettrions pour faire avancer la cause des femmes.
Et c'est ce que nous avons fait. La couverture maternité des professionnelles libérales était inexistante, elles-mêmes étant inexistantes puisque assimilées aux conjointes bénévoles de professionnels libéraux.
Quinze jours après notre courrier, la réponse du ministère était sur notre bureau : Simone VEIL

Crédit photo AdobeStock

nous invitait à contacter un de ses conseillers, Dominique LIBAULT.

L'UNAPL, dont le SFCD est un des membres fondateurs, nous avait confié ce dossier depuis 10 ans. Si l'amélioration de la retraite avait été obtenue pour les femmes chirurgiens-dentistes (un an d'anticipation de la retraite complémen-taire par enfant élevé), celle de la couverture maternité stagnait.
Un travail très intensif avec les femmes médecins d'un côté, la CANAM (caisse d'assurance maladie des travailleurs non -salariés) et le Ministère de l'autre, nous a permis de construire un pro-jet de couverture maternité correspondant à nos besoins.
Préalablement, il avait fallu dissocier le statut des professionnelles de celui des conjointes, grâce au travail astucieux de Pascal FAVRE, attaché parle-mentaire de Mr ANCIAUX, dès novembre 1993. C'était chose faite par un amendement dans la loi du 25 juillet 1994, une victoire à porter au cré-dit du SFCD!
Dès lors pouvait se développer la construction d'une véritable politique de protection maternelle et infantile pour nos professions, tout en tenant compte de nos réalités et contraintes de l'exercice libéral : une allocation de repos maternel, sans obligation d'arrêt d'activité, et des indemnités journalières de cessation d'activité. La loi est parue le 4 février 1995, après avoir été soutenue avec force par Simone Veil devant les députés, qui l'ont votée à l'unanimité.

Il aura fallu 16 mois entre le début des négociations et la parution du décret d'application, grâce à la conjonction de 4 éléments :

- La féminisation grandissante et rapide de nos professions, qui rendait brûlante la question de la couverture maternité
- La prise de conscience de ce problème par la CANAM
- La mobilisation et la ténacité des responsables syndicales, la plupart étant issues d'associations professionnelles de femmes, SFCD en tête !

La personnalité de Madame VEIL et ses convictions sur la place des femmes dans la société et dans le monde du travail : elle a soutenu ce dossier avec beaucoup de force et de ténacité.

Simone VEIL laisse au SFCD l'exemple d'une femme engagée, qui savait s'extraire de sa propre vie pour porter l'intérêt général, comme quand elle fut une fervente instigatrice du rapprochement franco-allemand après avoir vécu l'enfer des camps de concentration. Une véritable femme d'Etat.

La puissance de ses engagements n'en rendait que plus touchantes l'humanité et la simplicité dont elle savait faire preuve dans les relations interpersonnelles.

Simone VEIL est entrée au Panthéon du SFCD.

Dr Nathalie FERRAND

Simone Veil et le SFCD

Le succès du dossier maternité

Difficile de ne pas voir un clin d'œil de l'Histoire : Simone VEIL, qui a permis à toutes les femmes travailleurs indépendantes d'avoir une couverture maternité, disparaît au moment où la nouvelle secrétaire d'Etat aux droits des femmes projette un « congé maternité unique ».

Depuis 2015, le SFCD est remonté au créneau sur ce dossier, en participant notamment à la commission parité-égalité de l'UNAPL.
22 ans après le succès du dossier maternité, le contexte a changé. Les besoins des futures mamans concernent davantage un aménagement social, fiscal, et d'activité.

Les propositions du SFCD portent sur le lissage de l'impact financier, en palliant les conséquences de la baisse d'activité et/ou de l'arrêt de travail, à lire page 11.

Rappel historique :

Une victoire est à porter au crédit du SFCD en 1994 pour la dissociation du statut «professionnelles libérales» de celui de «conjointes de professionnels libéraux», préalable législatif absolument indispensable pour mener à bien l'amélioration de la couverture maternité des femmes exerçant à titre personnel une profession libérale.
En effet, nous étions depuis la loi de 1982 assimilées aux conjointes pour les prestations maternité alors que les charges et les contraintes ne sont pas du tout les mêmes. Nous cotisons personnellement à l' URSSAF, payons une taxe professionnelle, remboursons nos emprunts, etc... et quand nous cessons notre activité, l'activité de notre cabinet s'arrête.
Il nous a fallu lancer une campagne de sensibilisation des députés et alerter Mme Simone Veil pour que ce texte passe au printemps 1994.

1995 : Succès du dossier maternité pour les 60 ans du SFCD.

Amélioration de la couverture maternité pour les femmes de profession indépendante : reconnaissance du droit au repos maternel (instauration de l'indemnité journalière forfaitaire de cessation d'activité) et doublement du montant des prestations maternité.
L'amélioration de la Couverture Maternité et Adoption des Femmes Travailleuses Indépendantes est le résultat du travail mené dès 1984 par le SFCD au sein de l'UNAPL et concrétisé en 1995 par une équipe de femmes, avec à sa tête la Secrétaire Générale du SFCD, Nathalie Leuger-Ferrand. A son terme, toutes les femmes exerçant une profession non salariée, non agricole (professions libérales, artisanes, commerçantes, industrielles) ont pu obtenir des prestations qui prennent en compte leur spécificité

DOSSIER MATERNITÉ :
Mme Veil nous rend hommage

Extrait de discours

"...Je m'attarderai davantage sur la question de la protection maternité des femmes exerçant une profession libérale. Le régime existant constituait l'une des plus graves insuffisances de la protection sociale des professions libérales. Elle était d'autant plus dommageable que les femmes représentent 36% des professionnels libéraux en moyenne, proportion qui s'accroit chaque année, puisqu'elles n'étaient que 27% en 1982, et que dans certaines professions -n'est-ce pas Mme AUGÉ-CAUMON ? - elles sont désormais majoritaires. Je me suis donc personnellement beaucoup intéressée à ce dossier. Pour des raisons d'équité entre femmes salariées et non salariées, pour des raisons de politique familiale -le régime actuel oblige à des prouesses les femmes qui veulent concilier vie familiale et vie professionnelle- et également pour des raisons de santé publique : il n'est pas bon que les femmes n'aient d'autre choix que de travailler jusqu'à l'extrême terme de leur grossesse et de reprendre leur activité sitôt l'accouchement. Votre Organisation, l'UNAPL, et les syndicat des professions de santé, avaient depuis de longues années appelé l'attention sur cette question. Une concertation, à laquelle les représentants de l'UNAPL ont pris une part prédominante, a eu lieu, dans un excellent climat, tout au long de l'année 1994. Après que la loi relative à la famille ait le 25 Juillet 1994 permis de dévérouiller le sujet, la récente loi portant diverses dispositions d'ordre social institut le nouveau régime de protection sociale maternité. Je peux vous annoncer que le décret d'application est d'ores et déjà en concertation interminitérielle et devrait être publié trés prochainement. Je tiens à rendre hommage aux personnes qui ont mené cette concertation du côté des professions libérales, notamment au Docteur Nathalie LEUGER-FERRAND et au Docteur Élisabeth LEBRUN qui l'ont fait avec un esprit constructif qui me semble exemplaire du dialogue qui peut et doit s'instaurer entre administration et professions libérales...".

Revue Femme Chirurgien Dentiste 1995

Elle répond à un triple objectif :

- de santé publique et de protection maternelle et infantile, en donnant aux femmes les moyens d'arrêter leur activité et de se reposer pendant un laps de temps décent,
- d'équité entre les femmes exerçant une activité salariée et celles exerçant une activité non salariée, tout en tenant compte des spécificités et des contraintes de l'activité indépendante,
- de politique familiale, afin de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle

Elle concerne aujourd'hui plus de 600.000 femmes exerçant des professions indépendantes et 10.000 d'entre elles bénéficient chaque année de ces mesures. Suite à ce travail fructueux de concertation, Madame la Ministre Simone VEIL déclare dans son discours au 11ème congrès de l'UNAPL à Bordeaux les 20et 21 janvier 1995 : « *Je tiens à rendre hommage aux personnes qui ont mené cette concertation du côté des professions libérales, notamment au Dr. Nathalie LEUGER-FERRAND et au Dr. Elisabeth LEBRUN qui l'ont fait avec un esprit constructif qui me semble exemplaire du dialogue qui peut et doit s'instaurer entre administration et professions libérales...* »

Dr Nathalie FERRAND

ffcd formation — FORMATION FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

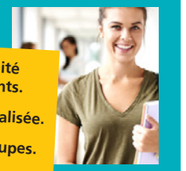
Formations pour : Chirurgiens-Dentistes, Assistants Dentaires, Secrétaires, Toute l'équipe d'un cabinet dentaire.

Les thèmes principaux

- **La CCAM,** l'outil de notre exercice quotidien
- **Hygiène, asepsie et traçabilité**
- **Prévention des Troubles Musculo Squelettiques, du stress, du burn out**
- **Comment recruter sa perle rare :** l'assistante dentaire
- **Animer son équipe au quotidien**
- **Gérer les conflits**
- **Agenda, rythme et temps de travail**
- **Le cabinet dentaire libéral et le numérique**
- **Le dossier patient**
- **Les réunions indispensables**

Nos nouveautés 2017

- **La naturopathie**
- **L'aromathérapie en odontologie**
- **Odontologie et sexologie**
- **La déontologie du Chirurgien-Dentiste**
- **Les perturbateurs endocriniens :** savoir répondre à nos patients
- **La radioprotection du patient**
- **Accueil et prise en charge des femmes victimes de violences**



Nombre limité de participants.
Écoute personnalisée.
Ateliers de groupes.
Cas cliniques.
Suivis de formation.

-> Notre permanence téléphonique : **05.81.02.41.93**
(le lundi matin et le jeudi matin, de 9 h à 13 h)

-> Notre adresse mail : **ffcd.secretariat@gmail.com**

Nos formations sont susceptibles d'être prises en charge par le FIF-PL pour les praticiens (nes) par Actalians pour les assistants (tes) dans la limite du budget disponible. Le déjeuner est compris dans la formation.

Retrouvez toutes nos formations en région sur notre site : www.sfcd.fr

RIP Marc REVISE

Notre confrère Marc REVISE nous a brutalement quitté ce mois de juin 2017. Editorialiste du Dental Tribune, sa plume alerte, son ton juste et son sourire bienveillant nous manquent déjà.

En mars, il avait ouvert une grande double page « A celles et ceux qui voulaient se faire entendre. » Sans privilégier d'orientation politique, il a permis à toutes les opinions de s'exprimer, en déclarant : « … notre seul choix est celui d'une politique de santé responsable et cohérente »
Il parlait de « notre honneur, celui d'être des professionnels responsables, doués d'une véritable éthique…d'une lutte qui n'est pas un combat corporatiste, mais bien un engagement citoyen… »
Une position à laquelle le SFCD ne peut que s'associer.
Nos plus sincères condoléances à ses proches.

Retrouvez son interview par le Dr Catherine ROSSI, à propos de sa passion pour l'Hypnose

Lire l'interview ici

ZOOM sur la formation RADIOPROTECTION des PATIENTS

ffcd formation — FORMATION FEMMES CHIRURGIENS DENTISTES

Avec le FFCD, découvrir la radioprotection autrement, en session de 20 participants maximum

Pour rendre cette journée obligatoire attractive et profitable, nous vous proposons un travail en deux temps.
1er temps : réactivation de vos connaissances théoriques avec lecture d'un document support et questionnaire en ligne, à compléter chez vous tranquillement, avant la journée de formation
2ème temps : la journée de formation présentielle, un travail ensemble, avec une approche interactive et vivante, pour ancrer toutes les notions liées à la radioprotection dans notre pratique quotidienne, et y intégrer les objectifs demandés. Echanges, partages d'expérience et questionnaire d'évaluation pour délivrance de l'attestation.

Objectifs :

- Identifier les risques inhé ents aux rayonnements ionisants en médecine
- Comprendre et appliquer la règlementation
- Savoir justifier le ecours et les expositions aux rayonnements ionisants
- Appliquer le principe d'optimisation de la radioprotection des patients
- Savoir analyser sa propre pratique professionnelle pour l'améliorer
- Informer et impliquer le patient, le rendre co-auteur de sa sécurité
- Maîtriser l'utilisation des angulateurs

Vous inscrire ? Organiser cette formation dans votre région ?

Contactez le FFCD ici

Une nouvelle trésorière au SFCD

Le 27 juin 2017, le Conseil d'Administration du SFCD a nommé à l'unanimité le Docteur Magali FAU-JURADO trésorière du syndicat.

Exerçant en libéral depuis 2004 à Revel (31), Magali FAU-JURADO est diplômée de la faculté Toulouse.
Passionnée par l'engagement au service du collectif, Magali devient, durant ses années de faculté, Présidente de l'AECDT (corpo de Toulouse) et Trésorière de l'UNECD. C'est donc tout naturellement qu'elle s'est investie, dès la sortie de ses études, au sein du SFCD, ravie d'y trouver les convictions, la volonté d'avancer sur les dossiers et l'esprit chaleureux qui convient à son tempérament dynamique et convivial. Reconnue par ses pairs, elle est depuis 2013 trésorière du SFCD Midi Pyrénées.

Mariée, mère de 2 enfants de 10 et 4 ans, elle aime le ski, Font Romeu, la montagne, la lecture… et le Chardonnay.

Magali FAU-JURADO succède à Evelyne PEYROUTY qui a œuvré au service du syndicat durant plus de 10 ans, et à qui les membres du Conseil d'Administration tiennent à exprimer leur reconnaissance pour toutes les actions menées à différents postes, toujours avec cœur.

Le mot de la rédaction

Après l'IFCD printemps qui titrait « Vulnérable », nous voici dans une réflexion autour du thème de la « Responsabilité », deuxième volet d'un triptyque qui sera complet avec notre revue suivante, à paraître pour l'ADF, en Novembre 2017.

La revue garde sa ligne éditoriale, fidèle aux valeurs que défend le SFCD, respect de l'éthique, soutien aux adhérents, défense de la profession, information de la confrérie, fédération des énergies, et participation à l'élaboration des règles qui impactent notre exercice.

Pour autant, IFCD marque son désir d'évolution, ainsi dès maintenant, vous y trouverez une nouvelle rubrique « la Page Culture » en fin de numé o. Bonne lecture !

Rappelons à ce propos que la revue est le résultat d'un travail collaboratif, pour exposer et faire connaître les prises de position, les travaux du SFCD et les actualités.
C'est aussi le lieu d'expression pour nous tous, adhérentes et supporters.

Participez à la revue !

Vous avez envie d'exprimer votre avis, de parler d'un sujet qui vous est cher, de partager votre expérience dans un domaine précis, de relater votre participation à une formation, de réagir à un article… OSEZ-le, FAITES-le !

C'est ce qui rendra notre revue encore plus vivante et riche.

Nous vous aiderons par une relecture et une mise en page de vos écrits.
Pour cela, envoyez-nous votre participation :
mariehelene.haye@sfcd.fr

Merci à toutes et tous

Merci Evelyne

Depuis de nombreuses années, j'ai eu la chance de cheminer et de travailler avec toi à des postes à responsabilité au sein du SFCD.
Toujours dévouée et pleine de ressources, tu es devenue une vraie amie pour moi.
J'apprécie ton syndicalisme, ton courage, tes initiatives, ton intelligence et ton implication.
Ensemble nous avons vécu des moments chaleureux, conviviaux et aussi parfois difficiles et compliqués…
Mais ça, c'est la vie !!

Au nom de tout le groupe du SFCD, je tiens à te remercier chaleureusement pour tout le travail accompli.

Dr Patricia HUEBER-TARDOT

• Grande enquête, répondez au questionnaire ! •

La grande enquête SFCD 2017 :

matériel et fournitures, les habitudes d'achats des Chirurgiens-Dentistes

Comment achetons-nous ? Qu'achetons-nous ? Ce que nous achetons correspond-t-il à nos attentes ? Nos désirs d'achats sont-ils devancés par les produits et matériels proposés par les fabricants et distributeurs ? Nos critères d'achat sont-ils construits (en fonction de notre mode d'exercice) ou sont-ils induits par la publicité ? Le SFCD est connu pour sa curiosité… et son goût de l'anticipation !

Pour faire suite au livre « le cabinet dentaire du XXI° siècle : introduction à l'éco-responsabilité par la conception éthique (*https://www.decitre.fr/livres/le-cabinet-dentaire-du-xxie-siecle-9791090894334.html*), nous lançons une grande enquête auprès de nos adhérentes, nos supporters et nos sympathisant-e-s.

Les résultats seront analysés dès cet automne, et nous permettront de cerner avec précision les habitudes d'achats des chirurgiens-dentistes. Ils révéleront également quels sont les critères essentiels qui guident nos choix et surtout quelles sont nos attentes dans ce domaine.

Dans un contexte économique actuel difficile, qui nous pousse à faire des choix raisonnés d'investissement et d'achat, comment évolue notre perception du marché ? Comment apprécions-nous les relations avec nos fournisseurs? Peut-être découvrirons-nous un écart entre ce que le marché nous propose, et ce que nos besoins expriment.

Le SFCD fait le vœu qu'une vraie collaboration puisse s'établir entre notre profession et celle des fournisseurs, afin de poursuivre ensemble dans un esprit constructif, le chemin vers une dentisterie éthique de qualité. Ce questionnaire est anonyme et sera diffusé massivement.

Le SFCD nous donne la parole

Conscientes d'engager notre responsabilité, vis-à-vis de nos patients, de nos équipes et de l'environnement, par nos choix d'achats de produits techniques, matériels et matériaux divers, nous avons souhaité mener une réflexion sur ce thème.

A la recherche de normes, de lois européennes, françaises, internationales nous avons trouvé les chartes éthiques des fabricants, des prothésistes etc… Mais quelles garanties avons-nous sur l'application de ces normes ?
Les fabricants du moins ceux qui adhèrent au COMIDENT, déclarent répondre à un cahier des charges précis. Pourtant notre ressenti tend à nous montrer que l'on nous vend souvent des produits mal adaptés à nos besoins. Nous avons le sentiment de devoir nous adapter en permanence à l'offre des fabricants, plutôt que de pouvoir bénéficier régulièrement d'une offre d'achat nouvelle, adéquate à notre demande, à nous utilisateurs.
Cette impression traduit-elle une réalité ? Et si oui, comment remédier à cet état de fait ?
Nous avons lancé de nombreuses invitations à venir nous rejoindre pour ce travail. Seulement deux personnes y ont répondu favorablement: Didier Cochet pour le groupe Dentalinov, filiale du groupe Schein, et Céline Wurst pour le COMIDENT. Une première entrevue nous fait comprendre que pour les fournisseurs rien ne fait défaut, tout est normé. Le seul point sur lequel ils estiment avoir à faire des progrès concerne la transformation de produits jetables plastiques en produits jetables plastiques écologiques. Toutefois, ils souhaitent rester à notre écoute. Nous décidons alors de commencer la rédaction d'un cahier des charges, après consultation de notre confrérie, par un questionnaire largement diffusé, étudiant l'organisation et les habitudes d'achat, nos différentes attentes professionnelles, notre regard sur les nouveautés…

L'élaboration du questionnaire nous a immédiatement confrontées au problème épineux des fiches de sécurité, qui bien évidemment sont soumises à une réglementation internationale très stricte. Hélas pour nous chirurgiens dentistes qui ne somment pas des chimistes, leur lecture reste compliquée. Ces fiches sont le plus souvent en anglais et il y en a encore trop qui ne sont pas traduites. Nous nous sommes fixé pour cette année de travailler également sur une meilleure lisibilité de ces fiches
Le recueil et l'exploitation des réponses au questionnaire, l'élaboration du cahier des charges suivront en fin d'année

Dr Gundra DOUBOVETZKY
Dr Marie-Hélène HAYE

Participez !

Remplir ce questionnaire prendra une vingtaine de minutes de votre temps et vous permettra de prendre une part active à la définition de nos besoins.
Le questionnaire sera diffusé à 6000 contacts e-mailing.

Diffusez l'information auprès des chirurgiens dentistes qui ne recevraient pas nos e-mailings. Merci d'avance pour votre participation !

Pour répondre au questionnaire et participer à la définition de nos besoins :

Répondre au questionnaire ici !

SFCD un syndicat responsable

Deux dossiers importants pour le SFCD en cette fin d'année scolai e :

• Le règlement arbitral
pour lequel nous avons déposé un recours au Conseil d'Etat, ainsi qu'une QPC (Question Prioritaire de Constitutionnalité).

• Le congé maternité unique
annoncé par Marlène SCHIAPPA, Secrétaire d'Etat aux droits des Femmes. Nous avons sollicité la Ministre pour lui faire part de nos propositions. Nous les présenterons aussi aux parlementaires que nous recontrerons tout au long de l'été.

Le SFCD, par ses apports, s'engage de façon responsable.

Un projet pour l'Assemblée nationale : assurer l'unanimité en faveur du congé maternité unique

Suite à l'annonce de Marlène SCHIAPPA, Secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la mise en place d'un cadre législatif en faveur d'un « congé maternité unique », le SFCD va aller, cet été, à la rencontre des parlementaires pour faire progresser la parentalité de tous les non-salariés, hommes comme femmes.
En effet, le SFCD se réjouit de la volonté du Gouvernement de vouloir répondre à la situation des femmes auto entrepreneuses, pigistes, intermittentes du spectacle ou en profession libérale qui ont des congés maternité épars, moins bien rémunérés que les salariés et surtout beaucoup plus courts. Cependant les réponses à apporter pour corriger ses écarts ne sont pas univoques et doivent tenir compte des spécificités p ofessionnelles.

Le SFCD veut construire avec les parlementaires et le Gouvernement les mesures qui garantiront effectivement aux femmes de pouvoir conjuguer engagement professionnel et vie de famille sans sacrifier leur santé et celle de leurs enfant

sfcd

Secrétariat d'État à l'Égalité
entre les femmes et les hommes
55 rue Saint-Dominique
75700 PARIS

Objet : **demande de rendez-vous**

Senones, le 28 juin 2017

A l'attention de Madame Marlène SCHIAPPA, Secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes.

Madame la Ministre,

Le Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes sollicite de votre part un rendez-vous sur le sujet du congé maternité unique afin d'assurer l'unanimité en faveur de cette mesure.

En effet, le SFCD se réjouit de la volonté du Gouvernement, que vous avez exprimée, de répondre à la situation des femmes auto entrepreneuses, pigistes, intermittentes du spectacle ou en profession libérale qui ont des congés maternité épars, moins bien rémunérés que les salariés et surtout beaucoup plus courts.

Cependant les réponses à apporter pour corriger ses écarts ne sont pas univoques et doivent tenir compte des spécificités professionnelles.

Ainsi, l'exercice libéral comporte des particularités qui conduisent à rechercher des solutions qui ne se limitent pas au seul point de la rémunération du congé maternité.

Pour sa part, le SFCD veut construire avec vous et les parlementaires les mesures qui garantiront effectivement aux femmes exerçant en profession libérale de pouvoir conjuguer engagement professionnel et vie de famille sans sacrifier leur santé et celle de leurs enfants.

C'est dans cet esprit que nous prendrons l'attache de votre secrétariat et de votre cabinet.

Vous remerciant pour l'accueil attentif que vous réservez à notre demande, nous vous assurons Madame la Ministre, de notre haute considération.

Dr Patricia Hueber-Tardot
Présidente du SFCD
Patricia.hueber@sfcd.fr
06 72 62 17 30

Dr Nathalie Ferrand
Chargée du Dossier Maternité SFCD
nathalie.ferrand@sfcd.fr
06 22 06 80 15

Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes
22 avenue de la Grande Armée – 75017 Paris
www.sfcd.fr

Voir les propositions du SFCD ici

Le recours du SFCD contre le Règlement Arbitral

Le SFCD a porté son propre recours, accompagné d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) contre le Règlement Arbitral (RA), basé sur son analyse et ses arguments juridiques.
Pour le SFCD, la bascule vers un système privé, non solidaire, et non universel ne rendra pas les gens moins malades et ne diminuera pas leur reste à charge. Au contraire, les inégalités devant la maladie vont s'aggraver, remettant en question la protection de la vulnérabilité qui permet le respect de la dignité humaine. Le conflit de loyauté dans lequel cette situation met les chirurgiens-dentistes, entre soigner un patient selon les besoins de son état de santé, et être un producteur de soins rentable, est insupportable.
Démontrer l'anti constitutionnalité de l'article 75 de la LFSS 2017 et demander son annulation en s'appuyant d'une part sur le caractère commercial du RA et d'autre part sur la modification du périmètre du champ conventionnel, le tout au mépris de nos droits fondamentaux élémentaires garantis par les textes français, et notamment la ratification de la convention d'Oviédo a constitué la base de l'argumentation juridique du SFC .
En son audience du 6 juillet, le rapporteur public a rendu un réquisitoire dans lequel il a conclu au non-renvoi devant le Conseil Constitutionnel de l'ensemble des QPC, présentées par 4 des 5 syndicats qui ont déposé un recours contre le RA. La décision définitive sur les QPC de non transmission au Conseil d'Etat a été endue le 21 juillet.

Pour en prendre connaissance, c'est ici

Pathologies Buccales et Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

Les dentistes à l'écoute des patients

Un bon exemple de la prise de responsabilité des chirurgiens-dentistes, qui en scientifiques experts, garants de l'écologie et de l'équilibre bucco-dentaires, informent et alertent sur la nécessité d'une prise en charge des soins de parodontologie et de prévention. Une demande au service de l'intérêt général.

La première journée nationale sur les pathologies bucco-dentaires des patients atteints de maladies inflammatoi es chroniques du 29 mai 2017 était une idée excellente. Cette journée a prouvé l'importance des échanges entre les différents professionnels soignants et les patients/malades, qui doivent être fédérés et écoutés.

Plusieurs grands points sont ressortis lors des différentes interventions de professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, parodontologues, chercheurs, médecins, universitaires, rhumatologues…), de représentants de l'ARS, de l'INSERM et de représentants des différentes associations de patients atteints de maladies inflammatoi es chroniques (Spondylarthropathies, Syndrome SAPHO, Arthrite Juvénile, Polyarthrite Rhumatoïde, Rhumatismes Inflammatoi es Chroniques, Maladies Inflammatoi es Chroniques de l'Intestin, Maladies Inflammatoi es Auto-Immunes…) :

- L'indispensable **communication** entre patient et praticien et entre les différents professionnels de santé, **l'information** des patients, **l'écoute** des patients par les professionnels de santé et les instances (ARS, CPAM…)
- La **prévention** bucco-dentaire, **l'éducation thérapeutique**, l'étude de l'écologie de la bouche et les **pathologies bucco-dentaires** rencontrées
- **Financement et remboursement** qui sont encore et toujours indissociables des problèmes bucco-dentaires même pour les patients ayant une ALD (Affection Longue Durée prise en charge à 100 %)

Ce qui est certain c'est que
les maladies inflammatoires chroniques peuvent avoir des répercussions sur la santé bucco-dentaire et inversement

Il est donc nécessaire de travailler et d'échanger avec les patients atteints de ces maladies pour mieux connaître leurs pathologies, les traitements parfois assez lourds, les effets secondaires et les différents problèmes et risques qui leur sont associés. Mettre en évidence et comprendre le lien entre les pathologies bucco-dentaires et ces maladies permettra une meilleure prise en charge de ces patients.

Les pathologies bucco-dentaires qui ont un lien évident avec ces maladies inflammatoires chroniques sont :

- Les infections carieuses.
- Les dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire avec ses conséquences douloureuses et fonctionnelles.
- Les atteintes des glandes salivaires.
- La parodontite qui est aussi une maladie infla - matoire chronique.

Les **pathologies parodontales** que nous, chirurgiens-dentistes, connaissons bien et savons tous traiter depuis toujours, sont clairement exposées lors de cette journée. Il s'agit de faire comprendre aux associations de patients l'importance de la prévention bucco-dentaire, d'un suivi régulier chez un chirurgien-dentiste, des soins précoces et préventifs.

Comme pour le diabète, les maladies cardiovasculaires, les pneumopathies…, il existe aujourd'hui des preuves scientifiques associant rhumatismes inflammatoi es chroniques et pathologies bucco-dentaires notamment les effets néfastes de certaines bactéries pathogènes (Porphyromonas Gingivalis et Aggregatibacter Actinomycetemcomitens). Même si les études sont encore peu nombreuses, nous devons diffuser cette information nécessaire à une protection de la santé des patients. Les sujets atteints de Polyarthrite Rhumatoïde ont deux fois plus de risques de présenter une parodontite que les sujets non atteints.

La cavité buccale, l'organe du corps humain qui a un rôle alimentaire, respiratoire et sexuel, est un environnement très favorable aux bactéries et autres micro-organismes; c'est une vraie étuve pour le microbiote oral. Il existe 700 espèces bactériennes différentes pour ce microbiote et chaque individu peut héberger de 250 à 300 espèces différentes dans sa cavité buccale !

Prise en charge, remboursement des soins parodontaux, une nécessité absolue !

La gingivite concerne environ 50% de la population américaine (pas d'étude en France), 46 % présentent une perte d'attache et 8.5 % ont une parodontite sévère. Et aujourd'hui, la seule façon d'éviter et/ou de diminuer le risque de maladie parodontale reste encore les soins préventifs (détartrage régulier et précoce) et une « hygiène » bucco-dentaire efficace : pas de médicaments ni de vaccins !!! Il n'y a que l'action mécanique de la brosse à dent qui permette d'éviter et /ou de diminuer la perte de l'organe dentaire. Les traitements parodontaux sont donc absolument nécessaires et doivent être pris en charge (pas de remboursement pour ces soins aujourd'hui).

La dermatologie buccale

(lésions infectieuses de la muqueuse orale), les **problèmes de salive** et les **douleurs chroniques oro-faciales** ont aussi leur importance car elles peuvent avoir une répercussion tout aussi significative sur les pathologies inflammatoi es chroniques et inversement.

Lorsqu'on fait le tour de la cavité buccale on peut avoir des lésions sur les lèvres, les glandes salivaires, les joues, les gencives plus ou moins kératinisées, la langue, le palais. Les pathologies de la muqueuse buccale se manifestent par des modifications de couleur (blanc, rouge, brun, noir), des modifications de volume (tuméfaction), des pertes de substances (ulcérations), des signes fonctionnels (douleurs, picotements, brûlures…).

Mais comment s'établit ce rapport entre pathologies de la muqueuse buccale et rhumatisme inflammatoi e chronique ?

- Rapport avec les traitements médicamenteux
- Complications du syndrome inflammatoi e
- Douleurs multiples

Immunomodulateurs, Immunosuppresseurs ou Corticoïdes, Biphosphonates, Biothérapie…

sont les traitements des patients atteints de pathologies inflammatoi es chroniques. Ces traitements médicamenteux, indispensables pour traiter ces pathologies, augmentent le risque d'infections dentaires et muqueuses et/ou facilitent leur réactivation.

Il existe un rapport de cause à effet avec ces traitements et selon le médicament et la pathologie du patient, différents symptômes associés peuvent être observés et provoquer inconfort, difficultés d'alimentation, douleurs et pathologies récurrentes :

- Ulcération (aphtoses secondaires à certains médicaments comme le méthotrexate) pouvant être invalidantes.
- Surinfection (abcès dentaires, cellulites, candidoses, perlèches, infections virales type herpès, manifestations ulcéro-nécrotiques…)
- Xérostomie (l'association de plus de 4 ou 5 molécules peut engendrer une sècheresse buccale)

Souvent lors d'un acte bucco-dentaire tel que détartrage, avulsion dentaire, soin endodontique… la question de l'arrêt de la médication ou d'adjonction d'une médication supplémentaire se pose. Et là encore les consultations pluridisciplinaires sont un enjeu important pour la bonne

prise en charge de la pathologie du patient. Rien n'est à négliger ni la prévention alimentaire, ni la prévention bucco-dentaire, ni la prévention des habitudes néfastes, ni les soins bucco-dentaires quels qu'ils soient… Le chirurgien-dentiste se doit d'intégrer le parcours de santé des patients. Il doit être informé et formé efficacement afin de comprendre et gérer les pathologies inflamm - toires chroniques et les risques de ces traitements anciens et nouveaux.

Les précautions à prendre dépendront de chaque patient individuellement (interactions médicamenteuses, risques opératoires…). Il n'existe pas de précautions génériques. L'histoire médicale du patient doit être connue du professionnel de santé et il est nécessaire de mesurer systématiquement le rapport bénéfice/risque avant chaque décision et acte thérapeutique.

Les douleurs chroniques font partie de la vie de ces patients !

et naturellement les médications qui vont avec sont à connaître et à considérer lors des doléances des patients. En fonction de la pathologie il existe des excès de nocicepteurs et les douleurs peuvent être :

- Neuropathiques (algies faciales, algies vasculaires…)
- Dysfonctionnelles (vécus douloureux différents, glossodynies, stomatodynie, douleurs ATM…) avec des douleurs typiques évolutives et d'intensité différentes au cours de la journée

Ces patients ne sont ni « psy… », ni d'une exigence extrême, ils présentent de vraies douleurs parfois insupportables ! L'écoute est très importante car l'examen clinique montre parfois un terrain « sain » et « normal » qui est compliqué à gérer lorsque dans nos cabinets le temps nous manque. Douleurs type brûlures, picotement, d'intensité différentes, plus ou moins continues, intermittentes … la non écoute des praticiens pressés conduit ces patients au nomadisme parfois pendant des années. Le diagnostic retardé complique la prise en charge optimale. Comme souvent rien n'est visible cliniquement, l'écoute est la première phase du traitement. L'explication des différentes douleurs existantes, de nos limites et la pédagogie permettront au patient atteint d'être acteur de sa santé et du traitement de sa pathologie. Le miracle n'existe pas et certaines douleurs ne se taisent pas à la prise de médicaments ; il n'y a pas toujours une solution à tous

Pathologies Buccales et Rhumatismes Inflammatoires Chroniques
Les dentistes à l'écoute des patients

les problèmes et le patient doit en être informé. Enfin, si une consultation spécialisée est nécessaire il ne faut pas hésiter à adresser le patient chez un spécialiste (cf la liste des Consultations Hospitalières d'Odontologie pour les patients atteints de Maladies Inflammatoi es Chroniques avec Atteintes Rhumatismales 2017)

> A télécharger la liste des consultations hospitalières d'odontologie pour les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques avec atteintes rhumatismales

Je télécharge la liste ici !

Financement et prise en charge

Ce qui fait réagir les associations de patients et les praticiens présents est que les soins bucco-dentaires, même pour ces patients normalement pris en charge à 100% pour leur pathologie ne bénéficient pas d'une prise en charge optimale pour les soins buccaux nécessaires qui sont souvent complètement oubliés du protocole ou du parcours de soins du patient.

D'après l'ARS, une nouvelle notion (quinquennat 2017-2022) de parcours de soin va intégrer la prévention sans que cela devienne un parcours du combattant ! La santé bucco-dentaire va être inscrite dans tous les schémas. L'éducation thérapeutique est un programme autorisé pour une vingtaine de pathologies. Pour permettre une prise en charge de la santé bucco-dentaire, il faut

faire inscrire l'odontologiste dans le parcours de santé des patients en ALD (en sachant que toutes les ALD ne sont pas concernées par les soins bucco-dentaires et dans certains cas les soins prothétiques ne sont pas intégrés !). Le médecin peut inscrire les soins bucco-dentaires sur le protocole de la prise en charge de l'ALD. Evidemment il n'y a toujours pas de prise en charge des soins « NPC » de la CCAM comme la parodontologie et l'implantologie !!
Pourtant les recommandations (HAS) existent et prouvent que la thérapeutique est nécessaire mais la passerelle HAS --> CPAM pour obtenir le remboursement des traitements semble encore infranchissable !!

Prévention et information

L'information des patients est certes essentielle pour connaître les différentes pathologies et leurs conséquences, pour gérer les traitements avec leurs effets bénéfiques et secondaires, pour connaître les risques infectieux et chirurgicaux… **Mais la prévention bucco-dentaire ne doit plus venir après tous les autres problèmes de santé, elle ne doit plus être négligée et encore moins oubliée !!**

L'information doit être multiple : associations de patients, professionnels de santé, ARS, médias, internet, applications… tous les moyens sont bons pour diffuser l'information encore faut-il qu'elle soit juste et non anxiogène pour les patients.
La prévention bucco-dentaire, l'hygiène bucco-dentaire, l'éducation thérapeutique ou tout autre terme utilisé pour gérer l'écologie de la cavité orale doit être intégrée dans tous les programmes de santé et de parcours de soins. L'importance d'une bonne santé bucco-dentaire ne doit plus être rangée au second plan dans le domaine de la médecine. Elle doit être prise en charge à sa juste valeur, pour tout patient quel que soit son âge ou sa pathologie. Elle doit aussi permettre d'éviter d'être malade !

Dr Patricia HUEBER-TARDOT

> Pour en savoir plus, consultez les Actes de la journée « Les dentistes à l'écoute des patients » parrainée par l'ARS Ile de France

Je télécharge les actes ici !

« AIDES, une communauté responsable, porteuse de transformation sociale »
Retour sur l'intervention de Patrick Velin au séminaire SFCD 2017

Au début des années 80, l'épidémie de SIDA qui touche beaucoup de ses proches amène Patrick VELIN à la fois à donner un sens au bouleversement de sa vie et à rechercher un appui, en rejoignant l'association AIDES en 1989.

Il en parle ainsi : « *Alors que la société française était incapable de comprendre les enjeux de l'épidémie de VIH/SIDA et d'y répondre de façon adaptée, il a fallu collectivement inventer et innover pour apporter des solutions concrètes aux personnes touchées, pour développer un plaidoyer politique, évitant la stigmatisation et le rejet des personnes touchées, et porteur de transformation sociale bénéficiant plus largement à tout le corps social* ».
Actuellement responsable du programme promotion de la santé et de la santé communautaire au sein du pôle Conseil et formation externe, Patrick VELIN est intervenu lors de notre séminaire à Lyon, en mars 2017.

Dès le début de son intervention, Patrick VELIN pointe une évidence bien connue au SFCD : la santé ne peut se réduire aux soins.
La chronicisation des maladies, les inégalités sociales et territoriales, les comportements et consommations à risques, rendent ce rappel de plus en plus impérieux et urgent. De même que le rappel du rôle de chacun pour sa propre santé.
Dès 1986, la charte d'Ottawa avait défini les patients comme « *acteurs de leur santé* », la santé étant vue comme une « *ressource quotidienne à promouvoir, car elle permet de se réaliser* ».

Malheureusement, la traduction française de cette Charte a créé une ambiguité sur « Healthy » traduit par modes de vie « sains », sous-entendu « dépendant du comportement du patient ». Ce qui a conduit la France à faire l'impasse sur les responsabilités de l'Etat à donner un contexte favorable au développement de la santé. La vision politique de la charte d'Ottawa passait par le renforcement de l'action communautaire en s'appuyant sur les milieux « supportifs » (ici la communauté gay), et par l'élaboration de politiques publiques de santé.
Mais la participation des citoyens, la promotion de la santé, c'est partager du pouvoir : les médecins comme les institutions n'y tenaient (n'y tiennent ?) pas particulièrement….

En 1984 apparait le SIDA, une maladie dont on ne sait rien. La communauté gay est frappée de plein fouet. Les médecins sont démunis. « Il y avait l'obligation de créer quelque chose qui ne soit pas une parole sur sa mort, mais une lutte ». Il y avait une urgence sanitaire (épidémie) et sociale (exclusion, mise en quarantaine des malades).
Sur le plan sanitaire, les malades n'étaient pas satisfaits des réponses et des absences de réponses médicales. La communauté AIDES regroupait les malades et leurs médecins : ces médecins, pour qui le malade était avant tout une PERSONNE, deviennent militants, cassant les codes appris à la faculté et poussant à des consensus médicaux.

Pour la dimension sociale, c'est la première fois qu'une pathologie a amené les différents acteurs à travailler de façon concomitante. Car le VIH a été un révélateur de discrimination : « Je me sens discriminé, je n'ai pas ma place. Si je n'ai pas ma place, je me sens diminué. Alors je m'en fous et je ne m'occupe pas de ma santé ».
Or ne pas s'occuper de sa santé pour un séro-positif le mettait en danger et mettait toute la communauté en danger et au-delà. Par exemple avec le don de sang, révélé à la conscience de tous par le scandale du sang contaminé.

Dossier responsable !

Cet été notre revue nous convie à une réflexion sur le thème de la responsabilité.

Alors que la vulnérabilité du patient et du soignant dérange, doit être cachée, masquée, oubliée, (*Cf revue précédente 38, printemps 2017*), la responsabilité s'affiche dans tous les domaines.

Que sous-entend ce mot responsable ?

Que nous apprend-il de la distribution et de l'évolution des rôles au sein de notre système de santé ?

IFCD explore l'actualité de notre profession à la lumière de ce concept, et nous entraîne de la simple attitude responsable à la notion d'hyper-responsabilisation.

Dossier responsable !

« AIDES, une communauté responsable, porteuse de transformation sociale »
Retour sur l'intervention de Patrick Velin au séminaire SFCD 2017

Cette stratégie d'alliance malade-médecin apparait pour AIDES comme une effraction dans l'histoire.

Information du malade, prise en charge hospitalière, accompagnement du malade, compréhension des questions médicales : le malade séropositif devient un acteur social. L'éducation POUR la santé devient une des stratégies de développement de la santé.

La dynamique d'AIDES s'inscrit parfaitement dans celle de la Charte d'Ottawa. Et ça marche !

AIDES est une association créé avec des volontaires, qui ont une proximité avec l'épidémie. Elle regroupe 450 salariés et 1200 volontaires (on ne parle plus de «bénévoles» mais de volontaires). Ces derniers suivent une formation obligatoire de 3 week-end.
Les décisionnaires sont les volontaires, et non des salariés. Les militants sont des volontaires salariés : ils sont porte-parole, et transmettent des informations. 30 ans plus tard, AIDES a évolué vers un projet global pour :

- Acquérir une expertise sur la maladie
- Créer une mobilisation sociale

D'acteur social, le malade devient réformateur social.

Pour AIDES « *le malade est expert de sa maladie et sa prise de parole publique permet une mobilisation faisant du malade un véritable acteur social* ».

Le « *malade expert* » a des savoirs sur la maladie, sur la façon dont elle se vit, dont il réagit aux médicaments. Des malades experts regroupés dans l'association TRT5 travaillent avec les laboratoires pharmaceutiques, raccourcissant les délais d'expérimentation et permettant de mettre plus rapidement des médicaments à disposition.

Certains patients au contraire n'ont pas envie d'être acteurs. Ça dépend du contexte, de l'annonce de la séropositivité. Que faire avec cette annonce ? Comment mettre cette expérience personnelle en expérience collective pour faire de l'expertise, pour faire du plaidoyer ?

Pour Patrick VELIN, développer la promotion de la santé, c'est faire vivre le « modèle AIDIEN ». La raréfaction des moyens peut nous obliger à faire de la promotion de la santé dans notre approche en santé publique.

Et la multiplicité des déterminants de santé font que nous sommes tous des acteurs de la promotion de la santé.

Dr Nathalie FERRAND

Les commentaires du SFCD :

► **La démarche d'AIDES s'est appuyée sur le principe de santé communautaire concrétisée par la charte d'Ottawa.** Ce texte porte une vision politique extrêmement moderne, dans sa prise en compte globale des paramètres impactant la santé : l'actuelle crise sanitaire liée à l'environnement donne à cette vision politique toute sa pertinence. AIDES est allé plus loin, en construisant le « patient transformateur social », puis le « patient expert ».

► **La stratégie d'alliance malade-médecin** présentée comme une « effraction dans l'Histoire » est en fait un retour vers l'Histoire, vers l'alliance originelle décrite par Hippocrate il y a 2400 ans : le malade et le médecin contre la maladie (cf. article p.18…).

► **Quant à la place donnée par les politiques aux patients à travers la « démocratie sanitaire »,** la sociologue française Lise DEMAILLY apporte un éclairage intéressant : la démocratie sanitaire permettrait une autre alliance où « l'État ne refuse jamais dans la période actuelle un « coup de main » des représentants des usagers pour limiter l'autonomie des groupes professionnels (…) ».

► **La question essentielle pour le SFCD est celle de l'intention :** est-elle l'amélioration de la santé publique ? Des jeux de pouvoirs et d'influence ? Des intérêts financiers
Car c'est cette intention qui guide les conséquences de ces différents positionnements, de soignés comme de soignants.

« Impensé et limites de la démocratie sanitaire »

Lise Demailly, extrait « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France »,

Dossier responsable !

Lise Demailly, Professeure émérite de sociologie, université de Lille 1, France.

« Notre propos n'est pas de nier les avancées de la démocratie sanitaire, qui sont réelles, mais de montrer qu'elles sont inégales, que certaines dimensions de l'idéal se sont très peu traduites dans les faits de société et d'en comprendre les raisons.

Au titre des freins, on peut noter les difficultés de convergence effective des acteurs intéressés à la « démocratie sanitaire » sur un certain nombre de dossiers. Les intérêts à la psychiatrisation ou à la dépsychatrisation des troubles par exemple sont différents selon les groupes en présence dans le champ. Que des divergences éthiques ou d'intérêts freinent les alliances entre acteurs est chose après tout habituelle et normale dans un processus démocratique, mais cela n'invalide pas le constat qu'elles fragilisent les dynamiques de changement.

Les difficultés de convergence peuvent aussi relever de formes d'indifférence. La psychiatrie communautaire, très mobilisée sur l'empowerment des usagers, s'accommode de la gouvernance néo-bureaucratique et des normes gestionnaires (auxquelles elle voit même quelques avantages, comme l'évaluation), elle critique peu les classifications internationales et ne s'engage pas explicitement contre le sécuritarisme (deux objets qui, à l'inverse, mobilisent la psychiatrie humaniste). Les usagers sont dans une logique de lobbying et s'intéressent peu aux transformations propres du mode de décision politique. L'Unafam ne s'intéresse pas vraiment au rapport entre le savoir profane des patients et les savoirs savants et ne s'implique pas, loin de là, dans les luttes antisécuritaristes, etc. Les acteurs sont donc dispersés, voire divisés.

Un autre frein est que le slogan de la « démocratie sanitaire » fonctionne sur la base de quelques thèmes (qui ont été listés dans la première section de cet article), mais dans le cadre d'un certain nombre d'impensés. On peut en lister trois essentiels : le poids du marché (rôle de l'industrie pharmaceutique, organisation du marché des services psy), les normes gestionnaires et les formes de rationalisation et d'industrialisation du soin, et enfin les inégalités socio-économiques dues au mode de production et les « besoins » de stigmatisation de certains groupes sociaux dans une société de compétitivité. Ces données impensées sont en fait de véritables contraintes que les actions « naïves » en faveur de la démocratie sanitaire retrouvent en cours de route comme des obstacles déviant les bonnes intentions.

La position des usagers rend leurs actions particulièrement aptes à se retrouver prises dans des contradictions, comme déplacer des exclusions et des stigmatisations plutôt que les réduire, ou concourir, pour visibiliser la curabilité des troubles, à l'idéologie de la responsabilisation personnelle dans l'évolution de la maladie.

Les changements les plus consensuels et les plus faciles sont finalement ceux qui concernent la modification des rapports entre patients et professionnels, vers une réduction de l'asymétrie car, sur ce point, la convergence est plus spontanée. D'une part, c'est un vif souhait des patients. D'autre part, de nombreux professionnels sont éthiquement convaincus de la nécessité de poursuivre le changement (amorcé après-guerre) pour inventer d'autres formes plus respectueuses de relations. Enfin, l'État ne refuse jamais dans la période actuelle un « coup de main » des représentants des usagers pour limiter l'autonomie des groupes professionnels (Demailly & de la Broise, 2009), l'affaiblissement des « corporations » faisant partie du programme néo-libéral. Le succès de l'évolution des relations entre patients et professionnels masque la pauvreté et la stagnation du reste du processus de démocratisation en matière de santé. »

Source :
SociologieS **[En ligne ici]**, *Théories et recherches, mis en ligne le 18 juin 2014.*

Dossier responsable !

Malade-maladie-médecin : évolution d'une relation responsable

Intervention au séminaire SFCD-2017 de Nathalie FERRAND-LEFRANC, Présidente de l'Association *Pour la Santé de Tous*

Hippocrate avait défini la relation ontologique, celle qui porte le sens, comme étant « l'alliance du malade et du médecin CONTRE la maladie », aidée dans cette lutte par l'apothicaire. Que cette lutte amène à la guérison ou à la mort, l'engagement du médecin aux côtés du malade était indéfectible et inconditionnel.

Cette relation a beaucoup évolué au cours des 2400 ans qui nous séparent d'Hippocrate, sous des effets conjugués, tracés à grands traits :

■ Au début du XIXème siècle, l'industrialisation naissante du médicament transforme l'apothicaire en laboratoire. Ce dernier s'installe aux côtés du médecin pour combattre la maladie, reléguant quelque peu le malade en périphérie de la lutte : elle est devenue affaire de spécialistes.

■ En 1937, c'est au tour du législateur d'intervenir. En définissant cette relation entre soignants et soignés, il fixe des règles relationnelles (arrêt Mercier)

■ En 1945, la sécurité sociale en permettant à tous de se soigner, rentre dans la boucle de la relation, intégrant à son tour des règles, de prise en charge des soins cette fois.

■ A la fin du XXème siècle- début XXIème deux acteurs imprévus font irruption :
- l'environnement, qui impacte notre santé avec la pollution et les produits chimiques.
- Le numérique et l'automatisation, qui progressivement, après avoir aidé l'humain, se mettent à le remplacer dans les actes comme dans les décisions. Le malade s'allie aux laboratoires et au numérique, repoussant le médecin en périphérie de la relation. Mais est-ce encore pour lutter contre la maladie ? Ou pour utiliser la maladie comme levier de croissance économique ?

De façon quasi concomitante, le système de sécurité sociale, public, universel et solidaire, où chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins de santé, est remplacé par un système assurantiel privé, où chacun cotise selon son état de santé et reçoit selon ce qu'il a pu payer.

Si l'on prend le temps d'observer, deux chemins se dessinent devant nous :

■ Celui de la continuité, où l'environnement devient de plus en plus toxique pour l'homme et les écosystèmes ; où le numérique finit par tout englober parce que tout passe par lui : de la loi, au financement, en passant par le soin et la surveillance du bon comportement des humains (soignés et soignants).

■ Celui de la rupture, où l'environnement aide à la santé, où le numérique n'est qu'un outil, et où l'on revient à l'alliance originelle : le malade et le médecin contre la maladie.

Une remarque : c'est sur cette alliance que AIDES s'est appuyé pour bousculer et imposer la reconnaissance de la capacité d'un malade à participer activement dans la lutte contre le SIDA, maladie émergente. Ce qui a permis de comprendre cette maladie, de la prévenir, de vivre avec, de la faire accepter socialement, d'accélérer le rythme de la recherche médicale. Avec le succès que l'on sait. Le malade s'est révélé être un véritable acteur de transformation sociale.

Une autre remarque : le contexte a profondément changé depuis Hippocrate. Que ce soit l'accès à la connaissance comme la durée de vie, la conscience de la finitude des ressources de la terre comme les nouvelles maladies liées à l'environnement.

Pourtant, l'alliance décrite par Hippocrate est plus que jamais d'actualité, parce qu'elle est porteuse de sens pour notre vulnérabilité d'humain face à la maladie, la souffrance, la peur, la solitude, la mort.

Nier cette vulnérabilité c'est nier notre humanité.

Revendiquons-la haut et fort, pour couvrir le discours politique et économique qui nous en éloigne fortement et rapidement.

Association Pour la Santé de Tous APST

APST est une association de citoyens qui s'engagent à rendre prioritaires les questions de santé dans le débat public.

Retrouvez APST sur son site :
www.sante-de-tous.fr

Dossier responsable !

RESPONSABLE ?

Contrats responsables... tarif de responsabilité... praticien responsable de ses choix thérapeutiques...de leurs résultats... de sa formation continue... de la sécurisation de son exercice... de l'accès aux soins... du secret médical... de la radio-protection... de sa communication avec les patients... de la cohésion de son équipe... de la toxicité des matériaux utilisés... de la pérennité économique de sa structure « cabinet dentaire »... exercice éco-responsabe... patient responsable... de ses pathologies en lien avec ses comportements... de l'observance des prescriptions... acteur responsable de sa propre prévention... co-auteur de sa radio-protection... patient expert de sa maladie... devenant co-responsable du traitement...

Qu'est-ce que nous dit l'omniprésence du mot responsable dans le discours ambiant ?

Le terme apparaît au XV ème siècle et s'installe ostensiblement dans le discours politique à la fin du XVIIIème. Doit-on le considérer comme l'un des prémices de bouleversements majeurs au sein de notre société ? Renaissance, Réforme et Révolution française lui ont succédé. Qu'en sera-t-il au XXI ème siècle?

Nous retrouvons dans l'étymologie de responsable, la racine latine responsus, participe passé de respondere. Le responsable est donc celui « qui répond ». Il répond de ses actes, en est le garant selon le contexte devant la hiérarchie, la loi, la morale, l'éthique... Il répond également en acceptant de s'inscrire dans un cadre, en adoptant une attitude qui correspond à celle attendue dans ce cadre (l'éco-responsable est celui-là par exemple). Le responsable n'est pas forcément le coupable. Au coupable sont associés les notions de faute, de jugement, de condamnation, d'acte répréhensible.
Le responsable, lui, est celui qui assume son attitude dans un référentiel donné.
Pour être responsable, il doit nécessairement être informé du cadre dans lequel il évolue. Est-il en accord avec les principes de ce cadre ? Est-il un acteur volontaire de son engagement, décidé à en assumer les conséquences ?
Petit à petit, les français intègrent ce vocable de responsable, et la notion de responsabilité, liée à l'individu ou à l'entreprise-personne morale : responsable devient un adjectif utilisé à tout-va.

Dans le domaine du soin, nous serions donc, patients ou professionnels du soin, de plus en plus responsables de notre devenir : de nos pathologies, du déficit de la sécurité Sociale, des primes d'assurance .... De façon insidieuse s'imprime en nous l'idée que nos comportements sont les raisons majeures du risque qui nous concerne.
Certes, les comportements à risques existent, le fumeur augmente considérablement son risque. Mais à qui la responsabilité quand c'est la pollution de l'air qui provoque ou majore des pathologies respiratoires ? Quelle part de responsabilité pour l'enfant ou les parents de l'enfant atteint de MIH, en lien avec la contamination par les perturbateurs endocriniens ? Les habitants de Fos-sur Mer sont-ils responsables du taux de cancers multiplié par trois qu'ils connaissent? Et que dire des inégalités dans l'accès aux soins d'urgence selon les origines sociales ou ethniques?[1]

Cette hyper-responsabilisation nous prépare doucement à accepter de payer une protection sociale proportionnelle à nos comportements, à notre passé médical... et à notre héritage génétique. La médecine prédictive veut s'emparer de nos données personnelles. Elle promet à notre système de soins et de protection sociale d'anticiper nos pathologies. Mais la médecine prédictive est un leurre, car l'expression de nos gènes est modifiée sans cesse par notre environnement, par ailleurs de plus en plus pathogène. C'est ce que démontre l'étude de l'épigénétique.
Alors vraie possibilité de prévention au bénéfice de la population ou bien simplement calcul pour justifier une cotisation majorée ?

Notre système de protection sociale était initialement basé sur la gestion d'une incertitude, d'un aléa, d'un risque non quantifiable : chacun cotise selon ses possibilités, au cas où... pour recevoir des prestations en fonction de ses besoins. En introduisant la notion de responsabilité individuelle, le système d'assurance maladie (public et

Dossier responsable !

RESPONSABLE ?

privé) cherche à prévoir et quantifier le risque, de façon à limiter ses dépenses à une enveloppe budgétaire définie à l'avance.

Cette attitude reporte toute la charge des risques sur les comportements individuels, et évince la responsabilité collective politique et économique des facteurs environnementaux et sociologiques. Elle conditionne les politiques de santé publique, qui plutôt que d'intervenir sur les causes profondes en menant des actions de long terme, se cantonnent à des actions de gestion du risque à court terme. Il est bien entendu beaucoup plus facile de chercher un changement de comportement individuel, que de repenser le tissu social ou le modèle socio-économique.

C'est moins coûteux à tout point de vue, et cela assure des résultats bien plus rapides à médiatiser dans un souci de communication pour le grand public et l'électorat. Enfin, cela rassure tous les acteurs du système qui restent dans un fonctionnement connu.

Parallèlement, le numérique en santé avec l'ultra-performance des logiciels d'aide au diagnostic, prend une place de plus en plus importante.

A l'extrême, si ce qu'on appelle «intelligence artificielle» se substitue à l'humain soignant et le dépossède de son diagnostic, ou de la maîtrise de son geste, la question du transfert de la responsabilité humaine vers celle de la machine se posera...

Illustration : ***Interfaces cerveau/machine : à sécuriser ?*** **Voir ce lien ici.**

Comment se conjugueront responsabilité individuelle et responsabilité collective dans un futur proche?
Et comment s'inscrira notre exercice au quotidien, règlement arbitral ou non, dans ce contexte?
Seule certitude : le SFCD, continue son chemin, sentinelle vigilante, critique et constructive, pour la défense et l'information de notre Profession.

Dr Marie-Hélène HAYE

1-L'urgence à plusieurs «vitesses» : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France, Sylvie MOREL, thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes, CENS, 2014

Traitement des parodontopathies exclu du système de prise en charge de l'assurance maladie :
à qui la responsabilité des conséquences médicales graves sur la population ?

Les études scientifiques sont de plus en plus nombreuses à prouver l'implication des maladies parodontales dans la prévalence des maladies cardiovasculaires, du diabète, des pneumopathies, et maintenant des rhumatismes inflammatoires chroniques.

Etude de l'Inserm en 2013 : 120 000 infarctus par an en France, 10 % de décès dans l'heure, 15 % à un mois.

Source : France AVC :
- **150 000 AVC chaque année**, 1 toutes les 4 minutes
- **80 % à cause d'une ischémie**, 20 % à cause d'une hémorragie
- **7 millions d'hypertendus** en France,

Après un AVC :
- **1 personne sur 5 décède** dans le mois qui suit
- **les 3/4 des survivants en gardent des séquelles définitives**
- **1/3 devient dépendant**
- **1/4 ne reprendra jamais d'activité professionnelle**
- **1/4 des patients qui ont fait un AVC sont dépressifs**

L'AVC ne frappe pas que les personnes âgées.

Chaque année 10 000 à 15 000 personnes de moins de 45 ans en pleine activité voient leur vie bouleversée par un AVC.

Diabète : 3 500 000 diabétiques en France

Combien de morts, de vie gâchées, et de frais pour les traitements et la prise en charge des séquelles de ces maladies où les parodontopathies sont reconnues co-facteurs de morbidité ? **180 000 décès par an conséquences de maladies cardio-vasculaires.**

Si la prise en charge des maladies parodontales correcte permettait de les diminuer de seulement 5 %, cela éviterait déjà 9 000 morts, rien que pour les maladies cardio-vasculaires...

Les dépenses d'assurance maladie en 2015 pour les maladies cardio-neuro-vasculaires, diabète et traitement du risque vasculaire sont de **30 Md d'euros** *(source: Rapport CNAMTS, juillet 2017)*. Une économie de 5 % représente 1 milliard 500 millions d'euros.

Alors à quand une prise en charge de ces soins parodontaux, qui prenne en compte la réalité des coûts ?

Dr Marie-Hélène HAYE

Dossier responsable !

De la responsabilité à l'hyper-responsabilisation :
pas responsables et pourtant coupables ?

Le concept de responsabilité désigne la capacité (ou le pouvoir) pour un individu de prendre des décisions et l'obligation d'en assumer toutes les conséquences. Il renvoie à un état de liberté et d'autonomie, droits fondamentaux dans un régime démocratique.

Le concept de **responsabilisation** découle d'un processus contractuel dans lequel l'individu obtient un avantage en échange d'une contrepartie. Par exemple les femmes médecins ont obtenu un Avantage Supplémentaire Maternité de 3000 euros par mois à condition de limiter leurs dépassements d'honoraires et de s'installer dans des déserts médicaux.

Aujourd'hui certains économistes[1] et autres experts[2] de la santé ont convaincu les responsables politiques qu'il était illusoire de compter sur la responsabilité des patients et des praticiens pour contrôler et réduire les dépenses publiques de santé.
La construction d'un processus de responsabilisation s'est imposée pour générer de nouvelles possibilités de maîtrise de ces dépenses. Or elle intervient au moment même où une crise sanitaire liée à l'environnement toxique interroge la notion de responsabilité.

L'augmentation exponentielle et rapide des dépenses publiques de santé met en danger l'équilibre et la soutenabilité des systèmes sociaux de prise en charge des soins médicaux, en Europe et plus particulièrement en France, où le budget de la Sécurité sociale représente une fois et demi celui de l'Etat.

Trois causes de cette augmentation sont classiquement identifiées :
- le vieillissement de la population ;
- le coût des nouvelles thérapies ;
- les maladies chroniques.

Ces dernières sont devenues la première cause d'augmentation des dépenses, à la fois conséquence de l'amélioration des soins (les malades ne meurent plus mais sont malades à vie), du vieillissement (plus on vit vieux plus on risque d'être malade) et de l'environnement de plus en plus toxique.
Cette dernière cause s'impose rapidement et massivement venant tout bousculer : **la responsabilité devient une réponse inadaptée face au changement de paradigme sanitaire**.

En effet, la superposition de trois constats questionne cette notion de responsabilité :

- l'impact délétère de l'environnement pollué sur la santé est maintenant avéré[3] ;
- la notion d'exposome[4] est entrée dans notre législation (loi de santé de janvier 2016) ;
- la responsabilité collective de la toxicité de notre environnement n'est toujours pas politiquement reconnue et acceptée : l'Europe vient de valider des critères inefficaces pour les perturbateurs endocriniens, et le Parquet de Paris

1 NOTAMMENT : Gouverner la protection sociale : transparence et efficacité, Note 28 du CAE, Dormont Brigitte Bozio Antoine, décembre 2015 ; Pour un système de santé plus efficace, Note N°8 du CAE, Askenazy Philippe, Dormont Brigitte, Geoffard Pierre-Yves, Paris Valérie, juillet 2013

2 Rapport de la Cour des Comptes : les relations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les professions de santé, juin 2014

3 Etudes scientifiques disponibles sur http://www.reseau-environnement-sante.fr et sur http://www.cancer-environnement.fr

4 Totalité des expositions à des facteurs environnementaux (c'est-à-dire non génétiques) que subit un organisme humain de sa conception à sa fin de vie en passant par le développement in utero, complétant l'effet du génome.

Dossier responsable !

De la responsabilité à l'hyper-responsabilisation :
pas responsables et pourtant coupables ?

vient de demander l'arrêt des investigations sur l'amiante[5].
Le principe même de responsabilité n'a de sens que s'il est associé à la réparation. Notre société, toujours plus en demande de sécurité financiè e, tend à chercher un responsable pour tout évènement créant un dommage, pour trouver un payeur, à travers le responsable et son assureur.
Le responsable de l'apparition d'une carie devrait donc prendre en charge les dépenses consécutives de cette maladie.
Sanctionner le comportement individuel qui en est à l'origine (absence d'hygiène bucco-dentaire, alimentation cariogène, absence de visite de contrôle chez un chirurgien-dentiste) serait tentant… si ce n'est que :
■ ce serait contrevenir **à la liberté de chacun**. En France, pour l'instant, le brossage de dents n'est pas rendu obligatoire par la Loi ou par un contrat, donc son absence ne constitue ni une infraction, ni un manquement à une obligation contractuelle. Quant à la visite chez le chirurgien-dentiste, elle relève de la liberté de se soigner ou non. Par contre la liberté individuelle couplée à **une éducation et une prévention adaptées** (dans le but ne pas avoir mal aux dents et pouvoir les conserver intactes le plus longtemps possible) rend tout à fait opérant le système basé sur la responsabilité individuelle et collective ;
■ une pathologie dentaire émergente, le MIH (hypominéralisation des molaires et incisives), liée à une contamination par le bisphénol A, est hautement cariogène. Elle touche 15 à 18% des enfants de 6 à 9 ans. Cette contamination environnementale est une responsabilité collective, puisqu'elle est une conséquence de produits chimiques présents dans tout notre quotidien.

La responsabilité collective est morale. Elle nécessite que chacun ait les moyens de faire ce qu'il faut/doit pour se protéger, protéger ses semblables et son environnement : **l'Etat doit la garantir par la Loi pour l'ensemble de ses citoyens**. Elle est le contraire de l'attitude consumériste qui consiste à prendre pour soi sans se soucier du groupe et qui conduit à la prédation du système social par chacun, structures de soin, soignants, soignés, comme laboratoires pharmaceutiques ou start-up numériques, et cela de façon plus ou moins consciente.

Il aura fallu 70 ans à la France pour passer d'un système de protection à un système de prédation. Mais rien n'est inéluctable, puisque c'est une construction humaine. Nous pouvons donc choisir de retrouver un système protecteur, en s'appuyant sur 4 piliers :

■ la prévention, notamment environnementale. Combattre la toxicité de notre environnement chimique mais aussi social est un projet politique qui tient compte de nos défis mode nes ;
■ l'éducation à la santé qui permet la promotion de la santé pour tous. Un des piliers étant l'éducation à l'alimentation ;
■ le maintien de la santé dans un secteur économique non marchand. Ce que nous connaissons, en France, a tout intérêt à être élargi à l'ensemble de l'Europe, dans le cadre de la construction de l'Europe sociale appelée de leurs vœux par les européens ;
■ la sanctuarisation des recettes sociales pour une couverture sociale : c'est-à-dire ne pas transformer les cotisations sociales en CSG. Car sinon les recettes ne vont plus dans le budget de la sécurité sociale mais dans celui de l'Etat.

Et dans un tel système seulement, les réseaux de soins et autres prédateurs financiers n'auront plus aucun intérêt ! Alors que pour l'instant ce sont les maîtres du jeu et des hommes (patients et praticiens devenant des « sujets de droit passifs et captifs »).

Sanctionner ne sert à rien, si ce n'est d'une part augmenter les inégalités sociales par un système injuste et absurde, et d'autre part permettre à certains toujours plus de profis. La sanction n'est pas destinée à réparer : elle est destinée à punir et à culpabiliser (voire même à donner l'impunité de poursuivre dans cette dérive, si les intérêts financiers sont plus attractifs que la conscience morale).

Lorsque la responsabilité est collective (comme pour le MIH) le problème est insoluble car la responsabilité collective, purement morale, se dédouane de toute contrepartie financiè e pour réparer. **Et être sanctionné individuellement alors que la non responsabilité individuelle totale ou partielle est avérée**, est injuste et humainement inacceptable.
Concrètement il est impossible de dissocier le comportement responsable individuel du comportement responsable collectif. Même pour le fumeur atteint d'un cancer du poumon : quelle est sa part de responsabilité individuelle et quelle est la part de responsabilité collective du cigaretier qui ajoute aux feuilles de tabac 4000 substances chimiques (dont certaines addictogènes) et quelle est celle des politiques qui ne l'interdisent pas ?

La plupart des économistes se sont simplifié la tâche en « oubliant » la problématique environnementale et ses conséquences dans leurs analyses. Et à la question de la maîtrise de l'augmentation des dépenses publiques de santé, ils ont répondu par un nouvel outil : **la responsabilisation**. C'est un contrat de promotion de l'intérêt individuel, de l'effort, de la compétition, du mérite qui permet de sanctionner un résultat non conforme. La sanction a un objectif financier (maîtrise des dépenses pour les organismes d'assurance maladie) et/ou une conséquence financiè e (sanction pour les patients et les praticiens).
Deux exemples :
■ **le praticien,** qui en échange d'un avantage individuel a accepté de réduire sa prescription d'arrêts de travail en dessous d'un certain seuil. En prescrire davantage constitue une faute et donc déclenche une sanction. Prescrire n'est alors plus un droit relevant de la capacité professionnelle et donc de la liberté thérapeutique du praticien pour soigner les patients selon leurs besoins, mais la contrepartie d'un contrat conclut individuellement avec le prestataire d'assurance maladie ;
■ **le patient,** qui en échange d'une large couverture maladie s'est engagé par un comportement méritant à avoir un taux de cholestérol inférieur à un certain seuil, et présente au dernier contrôle un taux non conforme, encourt une sanction. Bénéficier de la prise en charge de ses soins ne relève plus d'un droit accepté et financé de façon collective et solidaire par la sécurité sociale, mais d'un contrat individuel conclu avec une complémentaire.

La liberté de chacun s'efface devant l'obligation contractuelle individuelle.

Lorsqu'elle conduit à contraindre patients et praticiens à accepter les sanctions de comportements qui ne peuvent pas leur être imputables (pollution), la responsabilisation se transforme en hyper-responsabilisation. L'homme responsable, qui agit « par sens du devoir, solidarité ou plaisir du travail bien fait »[6] va être remplacé par l'homme hyper-responsabilisé, mu par l'esprit de compétition, l'appât du gain, la recherche du mérite, alors même qu'il ne maitrise pas l'environnement, cause de ses maladies : c'est une transformation radicale de l'objectif de notre système solidaire de prise en charge des soins.
Le tout à l'insu de chacun.

En conclusion, la responsabilité de la personne libre et autonome est éliminée au profit de la responsabilisation, non pour améliorer sa santé mais pour réduire les dépenses publiques de soins. Cette réduction ne se fait pas par la réduction des causes (environnementales globales) mais par la sanction individuelle des conséquences.
Cette responsabilisation confine même à l'hyper-responsabilisation, quand le comportement individuel déclenche une sanction collective. Le meilleur exemple est celui du règlement arbitral : si individuellement des chirurgiens-dentistes

réalisent beaucoup de couronnes, amenant à un dépassement de l'enveloppe d'actes, le montant de l'acte sera minoré pour TOUS les chirurgiens-dentistes : même le praticien, respectueux des règles professionnelles et déontologiques sera sanctionné !
Cet outil de maîtrise des dépenses qu'est la responsabilisation sera donc à la fois inefficace (il ne nous rendra pas moins malades) et dangereux (il va mettre soignés comme soignants dans des situations sans solution, culpabilisantes, alors que nous n'avons pas la maîtrise des causes, et qui nous ferons perdre le sens du soin). Les citoyens seront alors les grands perdants, cette responsabilisation aggravant dramatiquement les inégalités sociales[7].

Seuls en sortiront gagnants les investisseurs privés, les complémentaires et les réseaux de soin, puisque cet outil est un outil comptable qui vise à maîtriser les dépenses de soins, et non un outil de santé visant au bien-être de chacun.

Si les politiques (au sens très large) faisaient confiance à l'homme, à sa capacité à prendre soin de lui, des autres et de son environnement en définissant un cadre qui lui permette d'exercer sa responsabilité, la santé serait un atout et non un « trou ». Hélas, pour le moment, cette analyse est qualifiée « d'idées philosophiques naïves et moralisatrices » ce qui permet de justifier toutes les entorses faites pour mettre en place les mécanismes de dérèglementation et de marchandisation des soins médicaux.

Sans relâche, le SFCD continue d'alerter, et au-delà du seul monde dentaire. Car ce qui coûte le plus cher à la société et à notre sécurité sociale, c'est le mal-être des soignés comme des soignants, qui ne fera que s'aggraver avec un système d'hyper-responsabilisation, où nous serons jugés « coupables » alors que nous ne serons pas responsables.

Sylvie RATIER, *Juriste SFCD*
Dr Nathalie FERRAND-LEFRANC, *Présidente de la commission Eco-responsabilité du SFCD et membre du Réseau Environnement Santé*

5 *http://www.infoprotection.fr/SANTE-ET-SECURITE-AU-TRAVAIL/Article.htm?Zoom=e5cd8275cdce8e59f4b32f3ea4c920a2*

6 *NOTAMMENT : L'avenir du système de santé en France, La documentation française, 2013 - Marchandiser les soins nuit gravement à la santé, Revue du MAUSS 2013/1 (n° 41). 424 pages.*

7 *Quand la santé décuple les inégalités, Revue AGONE N°58, 2016*

Dossier responsable !

Les chirurgiens-dentistes responsables du Reste A Charge des patients (RAC) ?

Alors, si « la santé n'a pas de prix, mais [qu'] elle a un coût, [et que] chacun connaît la chanson »[1], comment sortir du piège infernal constitué par l'obligation de réduction des dépenses de soins, dont le reste à charge pour le patient ?

Bien que le reste à charge en France soit un des plus bas d'Europe[2], il constitue encore pour le monde politique et économique, un « frein à la consommation ». Non pas un frein à l'accès aux soins comme le discours actuel le laisse paraître, mais bien un frein à la consommation en général : car ce qui est consacré aux dépenses de soins ne l'est pas à la consommation d'autres biens. Le RAC limite la consommation, donc la production, donc la croissance et l'emploi.

Voilà pourquoi le RAC est posé comme un problème majeur aujourd'hui en France.

Voilà pourquoi continuer à le faire financer par la solidarité (impôts et cotisations sociales) n'est plus accepté : des arbitrages politiques d'utilisation de l'argent public se sont faits en faveur de l'économie, de l'investissement. La santé n'intéresse désormais que quand elle est un levier économique : un investissement massif va se faire sur le numérique en santé, que ce soit dans l'organisation (traçabilité numérique et big data), dans les soins (télémédecine, algorithme d'aide à la décision) ou dans la prévention (médecine génomique prédictive par algorithmes).

Pour les politiques, les responsables du RAC sont tout trouvés : ce sont les professionnels de soins.

Le coût de fonctionnement des cabinets dentaires, des innovations, la réponse aux besoins médicaux d'une population qui vieillit, se soigne davantage, est de plus en plus exposée à un environnement nocif, tout cela majore la facture des soins dentaires, et donc le RAC.

Si les professionnels de soins en sont rendus responsables, à charge pour eux de « se débrouiller » pour réduire purement et simplement leur note d'honoraires. Quel bel exemple d'hyper-responsabilisation !

Pour les rendre « raisonnables » tous les moyens sont bons : les primes au bon comportement de la Sécurité Sociale et des complémentaires vont se multiplier.

« Comme si le médecin – et avec lui l'ensemble du corps médical soignant – n'était qu'un Homo œconomicus pour qui la recherche du gain constituerait l'objectif principal et l'opportunisme l'unique métrique. Ne faut-il pas, au contraire, prendre au sérieux l'existence d'une éthique anti utilitariste chez les soignants au lieu de tenter de les transformer, par diverses récompenses fina - cières, en chasseurs de prime ? »[3].

La meilleure réponse à la question du reste à charge n'est-elle pas avant tout l'éducation à la santé et la prévention, désormais de plus en plus environnementale, comme nous le prouve l'étude des MIH ?

La suppression des Perturbateurs Endocriniens, une bonne éducation-prévention bucco-dentaire dès le plus jeune âge, et pour tout le monde, permet de diminuer très fortement le nombre de dents cariées ou perdues.

Sylvie RATIER

1 Présentation de "Marchandiser les soins nuit gravement à la santé, Philippe Batifoulier, Alain Caillé, Philippe Chanial, Revue du MAUSS 2013/1 (n° 41).
2 Selon Dominique Polton, directrice de la Stratégie des Études et des Statistiques à la CNAMTS, dans un entretien réalisé en février 2013 par l'équipe de La Documentation Française : « nous sommes le pays où le reste à charge direct des ménages est le plus faible après les Pays-Bas (7 % du PIB), ce que l'on a parfois tendance à oublier ».

3 Présentation de «Marchandiser les soins nuit gravement à la santé, Philippe Batifoulier, Alain Caillé, Philippe Chanial, Revue du MAUSS 2013/1 (n° 41).

Les activités de l'assistant dentaire

Décret n° 2016-1646 du 1er décembre 2016 relatif aux modalités d'exercice de la profession d'assistant dentaire

Désormais inscrits au code de la santé, l'assistant dentaire est selon le décret paru au Journal Officiel JORF n°0281 du 3 décembre 2016, reconnu comme Professionnel de Santé.

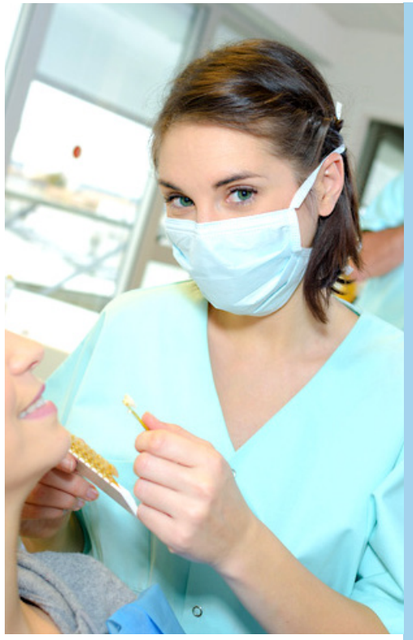
Assister le chirurgien-dentiste est au cœur de son activité. L'assistant dentaire peut donc aider, seconder le chirurgien-dentiste et intervenir avec lui, dans les phases pré per et post opératoire du soin. Pour cela, il anticipe et accompagne les gestes de soins du praticien.

D'autres activités sont directement tournées vers le patient comme **l'accueil du patient, le recueil des informations** nécessaires aux soins, **la création et le suivi de son dossier** permettant d'adapter la prise en charge en fonction du patient et de ses besoins, d'organiser la mise en œuvre des soins, leur continuité, leurs prises en charge, ainsi que leur traçabilité.

D'autres encore sont plus en rapport avec la reconnaissance de son implication dans une mission de santé publique, en étant acteur, à travers la **gestion du risque infection**, de lutte et de prévention des infections nosocomiales et contaminations croisées.
En participant à l'information et **l'éducation des patients à la santé bucco-dentaire**, à l'hygiène bucco-dentaire, l'assistant dentaire confirme sa mission de promotion de la santé.

Pour cela, il identifie et définit ses besoins notamment en formation, pour maintenir ou faire évoluer ses compétences visant à améliorer ses pratiques professionnelles.

Enfin, il participe à la formation et accompagne les futurs assistants dentaires en période de formation.



L'aide opératoire : Le Décret n°2015-74 du 27/01/2015 consacre de nouvelles compétences **exclusives** à l'IBODE codifiées à l'article R.4311-11-1 du Code de la Santé Publique (CSP), sous réserve du suivi d'une formation complémentaire. Ainsi, le vocable « aide opératoire » n'a pu être repris dans le référentiel d'activité des assistants dentaires.

Dr Marie BRASSET

Art. R. 4393-8.

Sous la responsabilité et le contrôle effectif du chirurgien-dentiste ou du médecin exerçant dans le champ de la médecine bucco-dentaire, l'assistant dentaire est habilité à pratiquer les activités suivantes dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité :

1° L'assistance du chirurgien-dentiste ou du médecin exerçant dans le champ de la médecine bucco-dentaire dans la réalisation des gestes avant, pendant et après les soins ;

2° L'accueil des patients et la communication à leur attention ;

3° L'information et l'éducation des patients dans le champ de la santé bucco-dentaire ;

4° L'entretien de l'environnement de soins, des matériels liés aux activités et la gestion du risque infectieux

5° La gestion et le suivi du dossier du patient ;

6° Le recueil, la transmission des informations, la mise en œuvre de la traçabilité dans le cadre de la structure de soins ;

7° L'accueil, l'accompagnement des assistants dentaires en formation ou nouveaux arrivants dans la structure et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Herpès buccal, traitement naturel

L'herpès buccal, encore appelé « bouton de fièvre » ou « feu sauvage » est d'origine virale (HSV). Il est très contagieux et touche un pourcentage élevé de la population.

Certains patients annulent leur rendez-vous au dernier moment pour cause d'herpès, d'autres ont des poussées d'herpès après les soins dentaires et j'ai remarqué que même, lorsqu'un patient venait en consultation avec un herpès, il nous demandait rarement un conseil thérapeutique.

Alors voici quelques conseils naturels à donner à nos patients qui ne savaient pas que nous savons…

Localement

On peut appliquer au choix plusieurs fois par jour :

- 1 goutte d'Huile Essentielle de Niaouli
- Une fine couche de miel de Manuk
- De l'huile à base de Vitamine E
- Compresse de thé noir et de citronnelle
- Application d'une gousse d'ail coupée en deux
- La formule du Dr Danièle Festy (1goutte d'HE de lavande aspic ; 1goutte d'HE de ravintsara; 1 goutte d'HE de niaouli ; 1 goutte d'HE de menthe poivrée ; 3 gouttes d'huile vierge de calendula)

Par voie générale

Bien qu'il soit difficile en Homéopathie de conseiller des remèdes pour telle ou telle maladie, je vais vous donner une « petite recette » qui sera d'un grand secours aux personnes qui ont régulièrement de l'herpès. Cette association de remèdes a la chance d'être active sur pratiquement tous les sujets si elle est prise dès les premiers symptômes de la phase prodromique. C'est la recette du Dr Desmichelle.

- Dès les premiers signes :
  1 dose de SULFUR IODATUM 9CH
- 1 heure après :
  1 dose de VACCINOTOXINUM 9CH

- 1 heure après :
  1 dose de RHUS TOXICODENRON 9CH
- Puis RHUX TOX 15CH en tube :
  3 granules toutes les 3 heures jusqu'à disparition complète des signes.

Il est conseillé d'avoir ces remèdes dans sa pharmacie afin de pouvoir les prendre dès les premiers symptômes.

Si le bouton de fièv e est déjà sorti, prescrire :

- RHUS TOX 15CH 3 granules toutes les 3 heures
- infusion de mélisse bio à boire toute la journée.
- prescrire de la levure de bière, vitamine C et A

Conseils alimentaires

Diminuer les aliments riches en arginine (chocolat, gélatine, noix, amandes, noisette, pois, lentilles, céréales)
Augmenter les aliments riches en Lysine (lait, soja, viande, fève de lima, levure de bière, crevettes, poissons de mer). L'aliment le plus riche semblerait être la sole cuisinée à la vapeur (!?!).

Emotionnel

Bien souvent l'herpès apparait suite à un choc émotionnel bien identifiable ou bien au cours d'une période de fatigue, de lassitude qui n'est qu'une manifestation d'une frustration plus profonde et fréquemment inconsciente. L'éclosion de la vésicule est un langage de notre corps. Voici ce que l'herpès peut vouloir nous dire :

- quelque chose « nous empoisonne » l'existence depuis plusieurs années et on se sent impuissant, incapable
- ou peut vouloir éloigner quelqu'un pour ne pas se laisser embrasser. Avoir besoin de prendre du recul par rapport à sa vie sexuelle, son travail ou sa famille.
- « J'étais en colère, triste et j'ai dit des mots que je regrette. J'ai de la peine et je vis une grande douleur intérieure. J'ai honte, je me sens coupable ».
- « Je me sens séparée de quelqu'un et mes projets ne peuvent plus se réaliser ».
- « Je suis dans une situation de stress et de conflits. Je fais des choses à contrecœur et je fais trop de compromis ».

Pour les patients qui ont tendance à faire des crises d'herpès à répétition, un médecin homéopathe et/ou acupuncteur pourra, grâce à un traitement de fond qui prend en compte le terrain dans sa globalité (métabolisme, hygiène de vie, émotionnel) permettre un espacement des crises, voire une disparition quasi totale.

Dr Catherine ROSSI

Bibliographie
Colette Dumais naturopathe www.dumaisnd.qc.ca
Healing remedies Joan Wilen et Lydia Wilen www.balantinebooks.com
Ma bible des huiles essentielles Danièle Festy Leduc Editions
Ma bible de l'homéopathie Albert Claude Quemoun Leduc Editions.
Le grand dictionnaire des malaises et des maladies Jaques MARTEL (ed. quintessence).

L'information : un outil thérapeutique

Savoir transmettre une information au patient, s'assurer d'être compris, une nécessité pour un praticien responsable

Le consentement éclairé est devenu une obligation dans toute pratique médicale. Dès lors que le praticien établit un diagnostic ou un plan de traitement à son patient, il est tenu de lui remettre oralement ou par écrit des informations claires et sincères.

Bien plus qu'une simple obligation, ces informations permettent surtout au patient d'être rassuré, de faire ses choix et d'apporter dans la dynamique du traitement une coopération appréciable. Certaines expériences montrent que le patient voit sa confiance par là-même accrue, et plus encore qu'il met à contribution ses aptitudes corporelles pour accélérer le processus de guérison.

L'expérience est la suivante (EGBERT 1964) :
On sépare deux groupes de patients opérés dans un service de gastro-entérologie. Au premier groupe on se contente de donner une ordonnance. Le deuxième groupe est bien informé sur l'intervention, les suites possibles, les douleurs et inconvénients potentiels et les attitudes à adopter en cas de difficulté. On constate que le premier groupe est sujet à des suites opératoires importantes, comprenant des douleurs, des infections et des plaintes diverses.
Le deuxième groupe présente très peu de suites opératoires….
L'information est donc un véritable outil des soignants ; qui doit être utilisée scientifiquement. Il est nécessaire de distinguer trois types d'informations : l'information sécuritaire, l'information générale et l'information subjective.

A - Les informations sécuritaires :

Ce sont les éléments incontournables du traitement. Ce qui est écrit sur une ordonnance est une information sécuritaire. Ce peut être aussi le diagnostic dans sa formulation stricte : « *vous avez une pulpite* ». Ce peut être aussi les conditions minimales d'un traitement, par exemple une information sécuritaire peut-être : « *il faut tout d'abord une hygiène parfaite* ».
Comment se caractérisent les informations sécuritaires et leurs conditions d'application ? Il faut imaginer qu'un traitement est comme **un voyage en voiture sur une route**.

- Il y a tout d'abord la destination à définir clairement : « *Notre but est de supprimer votre douleur.* »
- Ensuite, il y a les risques à indiquer au patient avant de s'engager : les accidents de voiture dans notre voyage. Ce sera la fonction du praticien de les énoncer. Par exemple : « *après les soins vous risquez d'avoir la joue enflée durant trois jours* ».
- Puis il y a les conditions de mise en place : la ceinture de sécurité. Le soignant avant un acte peut demander à son patient sa coopération : « *ne bougez plus...* »
- Le voyage lui-même est verbalisé par **des panneaux de signalisation à respecter** : « *dans un traitement les rendez-vous doivent être respectés pour contrôler les effets du traitement* ». Des consignes seront annoncées régulièrement. Nous voyons bien dans cette description que les informations sont effectivement sécuritaires dans le sens où il s'agit de soigner le corps d'un patient dont l'intégrité est une obsession pour l'équipe soignante. De même qu'un conducteur doit être obsédé par sa sécurité et celle de ses passagers, le praticien et son équipe placent la sécurité du patient au cœur de ses priorités.

Nous connaissons tous parfaitement ces informations sécuritaires, cependant, des insuffisances parfois proviennent des conditions d'application. Généralement nous avons constaté que cette information sécuritaire est confondue avec des rapports humains et des informations diverses : des explications, des justifications, des conversations, etc.

Imaginons qu'un panneau signalant un virage dangereux apparaisse au dernier moment. Imaginons que sur le même panneau y figure une publicité, imaginons enfin que celui-ci soit renversé, ou encore que le signe soit peu lisible. Combien d'usagers seraient alors susceptibles de respecter cette consigne ?
Il en va de même des informations médicales. Celles-ci doivent être simples, claires, énoncées dans un rapport direct avec des mots accessibles à tous les patients.
Il faut s'assurer de la **disponibilité** du patient. Les consignes doivent être courtes. Il est possible dans certains cas d'écrire ces consignes sur papier au patient, afin qu'il en dispose à tout moment, au même titre qu'une ordonnance.

B- Les informations générales :

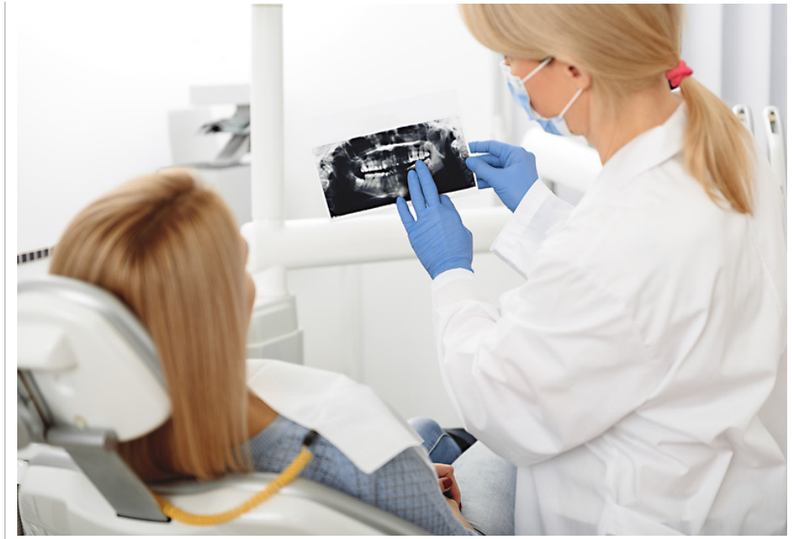
Cette information a pour but d'initier le malade au monde médical. Elle doit lui permettre de comprendre quel est son besoin de santé, quels sont les objectifs généraux du traitement.
Il faut lui donner un sens. Le traitement doit être perçu comme une découverte, une exploration du monde médical et de son propre corps. Ce doit être une belle aventure accompagnée par un guide professionnel et une équipe qui implique tous les soignants. Le praticien va mettre en place le « **besoin en santé** » par opposition à « **la demande** » du patient. Le besoin en santé n'est autre que ce que la médecine, qui aujourd'hui est ambitieuse, à la fois curative et préventive, propose dans son actualité. Un discours trop axé sur les organes peut évoquer une représentation trop pauvre de l'être humain. Or le patient ne se vit pas **comme une mécanique**. L'approche des besoins est bien plus large qu'une approche biomédicale. Elle doit-être sous-tendue par le concept de santé globale. Le praticien d'aujourd'hui doit se placer dans la perspective de la promotion de la santé : bien-être physique, psychologique et social. **La médecine moderne présente une vocation préventive**. Traiter une souffrance est une affaire entendue pour tout soignant. Désormais pour tous les thérapeutes, l'objectif de la consultation médicale doit être la prévention. C'est elle qui fonde le besoin de santé. On distingue la prévention primaire, la prévention secondaire, la prévention tertiaire.
La pratique doit tenir compte des trois niveaux :

- **La prévention primaire :** Consiste à prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter le risque d'apparition d'une maladie. C'est l'hygiène de vie individuelle et collective. L'éducation du patient permet à celui-ci d'éviter des comportements à risques.
- **La prévention secondaire :** Implique de prendre les mesures nécessaires dès que les facteurs de risque sont présents pour éviter qu'elle ne se déclare ou retarder son apparition : c'est le domaine essentiel de l'orthodontie, de l'odontologie par la prévention des caries, des parodontites, des arthroses temporo-mandibulaires, du déficit esthétique, et de toute la médecine par la recherche de facteurs pathogènes.
- **La prévention tertiaire :** Il faut traiter une maladie pour éviter ses complications. Les professionnels de santé connaissent parfaitement l'intérêt de traiter, mais la santé globale nous oriente désormais vers d'autres préjudices. Le domaine subjectif (psychologie, esthétique) prend ici sa place dans les termes suivants : éviter les conséquences psychologiques et sociales. Ces explications, l'assistante apprendra à l'usage à les énoncer de façon légère et rapide, pour constituer le support théorique du besoin en santé.

En odontostomatologie l'information générale doit viser à permettre au patient de conserver ses dents et de bien les entretenir.

C- L'information subjective :

Le patient est lui aussi susceptible de nous informer. Pour cela nous devons lui poser des questions :
« *Pourquoi êtes-vous venu ? Comment vous sentez-vous ? Avez-vous peur ? Avez-vous l'impression que l'on vous aide ? Pensez-vous que le soin correspond à vos attentes ? Comme cela s'est-il passé ? Auriez-vous souhaité quelque chose de plus ?* »…



Toutes ces questions visent à s'inquiéter du confort du patient, de sa demande. Bien sûr on ne peut satisfaire toutes les exigences, mais ce qui est important, c'est que le patient exprime ses attentes. Ce que réclame le patient c'est d'être entendu, écouté, compris.

Notre rôle est de connaître le monde dans lequel vit le patient de façon à se situer positivement. A cette fin on pourra poser des questions sur sa propre vie :
« *Ce rendez-vous ne vous perturbe pas trop ? Cette dent vous gêne depuis quand ?…* »

Les études sur le placebo montrent que l'aspect subjectif joue un rôle non négligeable dans la biologie du patient. Prenons par exemple les malaises ou réactions vagales, lors d'une intervention. Nous savons qu'ils sont liés à un manque d'expression du patient. Le patient n'a pas pu exprimer sa peur, n'a pas verbalisé ses inquiétudes, son corps alors exprime ce blocage. C'est pourquoi nous devons prendre l'habitude avant une intervention d'interroger le patient sur ses craintes. Et pour cela il ne faut pas se contenter d'une question, il est nécessaire de relancer le patient, jusqu'à ce que celui-ci dévoile ses peurs. Ce n'est pas perdre son temps, c'est au contraire le gagner en évitant de gérer des complications grâce à une écoute qui généralement ne dure que deux ou trois minutes.

Le cas des patients répressifs :
Les observations médicales ont permis de dégager des comportements paradoxaux : certains patients en effet sont inquiétés par les informations. Ils préfèrent ne pas savoir. Il faudra donc repérer ce type de patients auxquels l'information délivrée sera uniquement sécuritaire.

Dr Marc Gérald CHOUKROUN

Bibliographie :
CHOUKROUN M.G. :
« La mise en acte du traitement »
PARIS : SID, 2004 : 242.
« Au cœur de la relation thérapeutique »
PARIS ; ed GLYPHE, 2007 :

Engagez-vous à nos côtés

sfcd
Unies pour l'avenir

le **sfcd**
vous offre :

- **La participation**
  de nos cadres dans différentes commissions ADF ainsi qu'à l'UNAPL, au FIF Pl, à la CARCD
  pour faire entendre la voix des femmes dans la profession.
- **Une permanence téléphonique et un service juridique**
- **Des supports et des outils**
  nécessaires à votre activité : fiches techniques, plaquettes, ..
- **Une brochure**
  Info Femmes Chirurgiens Dentistes.
- **Des e-mailings**
  une information synthétique, rapide et d'actualité par mail ou par courrier.
- **Des séminaires annuels**
  pour les responsables syndicales afin d'établir des bases de travail et collaborer avec d'autres organismes et pouvoirs publics.
- **Des réunions**
  d'informations des assemblées générales nationales et régionales permettant de débattre et d'échanger nos expériences.
- **Des livrets**
  de synthèse sur la CCAM et la Traçabilité.
- **Des formations régionales**
  de proximité sur des thèmes liés à l'environnement du cabinet dentaire
  pour nous et tout notre personnel.

Devenez membre du SFCD ici !

Paul Ricoeur, philosophe d'actualité

A la rencontre de l'Autre, éthique et responsabilité

Philosophe, enseignant à Nanterre lors des événements de Mai 1968, protestant, Paul Ricoeur se voit porté au-devant de la scène médiatique avec la parution de l'ouvrage : Philosophie, éthique et politique. Entretiens et dialogues, quasi simultanée de l'élection de notre nouveau Président de la République. En effet, dans une interview publiée par l'hebdomadaire « Le 1 », Emmanuel Macron confie avoir rencontré Paul Ricoeur, qui l'a « rééduqué sur le plan philosophique ». C'est dire toute l'importance qu'il accorde à cette rencontre !
Extraits de cet interview :

« Chez Ricœur, il y a trois apports conceptuels qui sont très forts. D'abord, une pensée de la représentation en politique, qu'il a analysée sous toutes ses formes. Ensuite, c'est l'un de ceux qui a pensé de la manière la plus forte le sujet de la violence et du mal en politique. Il a marqué le courant de l'antitotalitarisme. On l'a trop oublié… Enfin, c'est l'un des philosophes d'Europe continentale qui a le plus pensé la philosophie délibérative. Il a réfléchi sur la possibilité de construire une action qui ne soit pas verticale (c'est-à-dire qui ne soit pas prise dans une relation de pouvoir), mais une action qui échappe dans le même temps aux allers-retours permanents de la délibération. »

« ...la vérité (en politique) est toujours une quête, un travail de recherche, et c'est fondamental. C'est ce qui permet à la politique délibérative d'échapper au nihilisme et à toute forme de cynisme. Cela revient à dire que la vérité unique, avec la violence qu'elle implique, n'est pas une voie de sortie. Mais il y a des recherches de vérité et, justement, une forme de délibération permanente que vient contrarier la prise de décision. Toute la difficulté du politique aujourd'hui réside dans ce paradoxe entre la demande permanente de délibération, qui s'inscrit dans un temps long, et l'urgence de la décision. La seule façon de s'en sortir consiste à articuler une très grande transparence horizontale, nécessaire à la délibération, et à recourir à des rapports plus verticaux, nécessaires à la décision. Sinon, c'est soit l'autoritarisme, soit l'inaction politique. »

Et de noter encore : *« C'est Ricœur qui m'a poussé à faire de la politique... »*

Ces propos nous permettent d'imaginer dans quel cadre va s'inscrire probablement la politique voulue par notre nouveau président, et ils nous engagent à découvrir ce dernier opus du philosophe, recueil d'entretiens réalisés entre 1981 et 2003.

Paul Ricoeur, figu e française majeure de la philosophie contemporaine, auteur de « **L'homme capable** », le penseur de « **Soi-même comme un autre** » aime explorer l'action éthique dans la Cité humaine, les nouvelles questions politiques et morales : écologie, bioéthique... Le jeu politique, l'exercice du pouvoir sont pour lui le résultat du vivre ensemble. Dans un contexte actuel qui connaît la fin des idéologies, où la tentation d'adopter des solutions purement techniques, des mesures de gestion à court terme est grande, il donne de l'espace à l'imagination, à l'utopie d'un avenir meilleur. Il nous rappelle que le dialogue avec l'Autre doit être au cœur de nos réflexions, pour la construction d'une éthique de la responsabilité.

« Faut-il faire une distinction entre morale et éthique ? À vrai dire, rien dans l'étymologie ou dans l'histoire de l'emploi des mots ne l'impose: l'un vient du latin, l'autre du grec ancien, et les deux renvoient à l'idée de mœurs (ethos, mores). On peut toutefois discerner une nuance, selon que l'on met l'accent sur ce qui est estimé bon ou sur ce qui s'impose comme obligatoire. C'est par convention que je réserverai le terme d'« éthique » pour la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes, et celui de « morale » pour le côté obligatoire, marqué par des normes, des obligations, des interdictions caractérisées à la fois par une exigence d'universalité et par un effet de contrainte. On reconnaîtra aisément dans la distinction entre visée de la vie bonne et obéissance aux normes l'opposition entre deux héritages : l'héritage aristotélicien, où l'éthique est caractérisée par sa perspective téléologique (de telos, signifiant « fin ») ; et un héritage kantien, où la morale est définie par le caractère d'obligation de la norme, donc par un point de vue déontologique (déontologique signifiant précisément « devoir»).»

— Soi-même comme un autre, septième étude, 1990, Points Essais no 330, p. 200.

Paul Ricoeur semble placer l'éthique avant la morale, et donc avant la loi qui fixe les normes, les obligations, les interdictions. Il répond ainsi au questionnement posé par les « *affaires politiques* », dont celle de Pénélope Fillon: ce qui est légal n'est pas pour autant éthique et juste. Et l'injuste, le non-éthique heurte profondément l'Autre... Se penser soi-même comme un Autre... un préalable à l'éthique, constitutive de notre pratique médicale et déontologique ?

— Philosophie, éthique et politique. Entretiens et dialogues, Paul Ricoeur, 2017, La couleur des idées, SEUIL

Marie-Hélène HAYE

expo

IMAGINE VAN GOGH

c'est la grande exposition de l'été

A découvrir à PARIS du 23 juin au 10 octobre 2017
à la Grande Halle de la Villette.

Cette exposition se veut immersive, nous plongeant en images, en couleurs et en sons dans l'univers impressionniste du peintre...

Imagine Van Gogh, c'est une exposition pas comme les autres. C'est une performance qui englobe un lieu, un artiste et une scénographie. On ne découvre pas des oeuvres, on ressent l'oeuvre et la vie de l'artiste à travers une promenade.
Une ouverture à la découverte magique pour petits et grands d'une peinture, festival de couleurs vibrantes, fascinantes, dans un bain de musique.

Conçue par Annabelle Mauger et Julien Baron, en collaboration, les deux artistes ont souhaité mettre en exergue cet univers unique de Van Gogh, composé de 900 peintures et autant de dessins et croquis, des oeuvres traitant de la nature, du quotidien du peintre, mais aussi de la condition humaine dans les champs français et hollandais.

Visiter la page de l'expo ici

Coordonnées régionales

SFCD - Siège Social
22 rue de la Grande Armée- 75017 Paris
E-mail : sfcd@sfcd.fr

• Service Juridique :
Sylvie Ratier
421 ch. Lendrevié Haute
Brens - 81600 Gaillac
E-mail : sylvie.ratier@sfcd.fr

Grand Est - **Odile Schlepp**
4, avenue de l'Europe 67000 Strasbourg.
Tél. 03.88.35.08.00
E-mail : odile.schlepp@sfcd.fr

Nouvelle Aquitaine - **Nathalie Delphin**
123 av René Cassagne. 3150 CENON
Tél : 05 56 86 11 14
E-mail : nathalie.delphin@sfcd.fr

Bretagne - **Anne Foucher Seminet**
16 rue Neuve 56260 Lamor Plage
02 97 65 50 05
E-mail : anne-foucher@sfcd.fr

Centre - **Martine Pigeon**
60 rue Saint Denis. 41100 Vendôme
Tel : 02 54 23 45 99- Fax : 02 54 77 28 94
E-mail : martine.pigeon@sfcd.fr

Occitanie - **Isabelle Morille**
8 impasse du petit train. 31620 Fronton
Tél : 05 61 82 94 69
Fax : 05 61 82 17 33
Email : isabelle.morille@sfcd.fr

Hauts de France - **Cécile Dancourt**
4, rue de l'Arsenal 62500 Saint Omer
Tél : 03.21.38.29.63
Email : cecile.dancourt@sfcd.fr

Normandie - **Marie Graindorge**
Adresse : 18 rue Edouard Fortier
76130 Mont Saint Aignan
Portable : 06 62 76 17 36
Email : marie.graindorge@sfcd.fr

Paca - **Béa Gadrey**
359 rue Roland Garros. 83600 Fréjus
Tél : 04 94 51 17 87 - Fax : 04 94 17 19 37
E-mail : beatrice.gadrey@sfcd.fr

Paris Ile-de-France - **Claudine Bodin**
2 Rue Maurice Utrillo. 95110 Sannois
Tél : 01 39 80 70 44 - Fax : 01 34 11 94 89
Email : claudine.bodin@sfcd.fr

Poitou-Charentes - **Muriel Foueytille**
5, rue Réaumur. 17600 Saujon
Tel : 06 86 59 32 32
E-mail : muriel.foueytille@sfcd.fr

Un outil indispensable au quotidien

www.sfcd.fr

Parce qu'être une femme chirurgien dentiste aujourd'hui, c'est arriver à concilier de façon sereine vie professionnelle et vie privée, c'est aller à l'essentiel, le SFCD met à votre disposition son site Internet : www.sfcd.fr

- **Pour savoir qui nous sommes,** connaître notre histoire, notre fonctionnement, nos actions, ...
- **Pour connaître l'actualité** professionnelle ou syndicale
- **Pour trouver nos dossiers :** des informations claires, précises, concises.
- **Pour connaître les rendez vous régionaux** et les dates et thèmes des formations régionales
- **Pour télécharger les documents, grâce à vos codes adhérentes :**
  - pour les plaquettes
  - pour les courriers spécifiques
  - pour le livret traçabilité
- **Pour retrouver les coordonnées de nos partenaires** à votre disposition pour vous apporter leur professionnalisme dans leur domaine de compétence