

Le jeu de massacre continue

En 2011, notre convention de 2006 aurait dû être renégociée car elle était arrivée à échéance. Certains ont alors cru bon de donner au directeur de l'assurance maladie la satisfaction de signer des avenants, en remerciement d'on ne sait quels services. L'UJCD-Union dentaire, seule contre tous, a eu le courage d'attaquer ces textes. Où en sommes-nous aujourd'hui ? À cause de la signature des avenants 2 et 3 par la seule CNSD, syndicat majoritaire, la profession se retrouve dans une situation catastrophique et devant des obligations dramatiques. Le nouveau devis conventionnel, certes voulu par la loi, est devenu par l'action de la CNSD, une usine à gaz ahurissante : ce devis est tellement difficile à remplir que tout le monde y perd son latin. Pire encore, il permet à tout assuré, à toute assurance ou mutuelle complémentaire de déduire le prix facturé par nos prothésistes. La CCAM ou Classification « Confédérale », qui n'a plus aucune parenté avec la vraie CCAM élaborée depuis 10 ans, devra se mettre en place en juin 2014, alors que les éditeurs de logiciels peinent à mettre en œuvre les correspondances. Elle n'apportera aucune amélioration par rapport à la NGAP obsolète toujours en place depuis les années 60, réactualisée et ainsi confortée. Une charte dite « de bonnes pratiques », signée là encore par la seule



PHILIPPE DENOYELLE, PRÉSIDENT DE L'UJCD-UNION DENTAIRE

CNSD, va désormais engager les praticiens à se bien conduire tandis que des plates-formes assurantielles ne se sentent, elles, nullement engagées. La PPL Le Roux, sous couvert de donner aux mutuelles les mêmes droits qu'aux assurances privées, banalise les réseaux et limitera, si elle est adoptée, le libre choix du praticien par les patients. Et pire, le libre choix par le praticien de ses actes, voire de ses fournisseurs. Cerise sur le gâteau, la mise en place du plafonnement des tarifs prothétiques pour les bénéficiaires de contrats complémentaires aidés, est le début d'un engrenage nauséabond. En conclusion, les nuages ne cessent de s'amonceler sous la gouvernance unique et sans partage du syndicat majoritaire. Celui-ci accepte toutes les compromissions et fait mine ensuite de s'en offusquer en poussant des cris d'orfraie : « c'est pas moi, c'est l'autre ». À l'heure où nous mettons ces lignes sous presse, nous sommes toujours en attente du jugement du Conseil d'État qui, seul, peut encore casser les avenants 2 et 3 ainsi que le nouveau devis modifié, inacceptable.

Le seul espoir de la profession réside dans l'action menée par la seule UJCD, dans le jugement de son recours en Conseil d'État, qui pourrait intervenir vers la fin de l'année. Sinon, l'avenir est bien sombre.



convergences

Convergences, la revue du chirurgien-dentiste

14, rue Étex - 75018 Paris

Tél.: 01 44 85 51 21

Fax: 01 46 27 55 34

info@revue-convergences.com

Directeur de la publication

Philippe Denoyelle

Ont participé à ce numéro

Sébastien Abin, Nicole Bez, Paul Cattaneo, Véronique Charlot, Pauline Chardron-Mazière, Sophie Darteville, Bernard Delzangles, Philippe Denoyelle, Lionel Dérot, Daniel Dichamp, Thierry Franco, Béatrice Gadrey, Myriam Lacan, Jacques Lalo, Jacques Le Voyer, Serge Meraud, Olivier Nédélec, Marcel Perroux, Marc Pinchemel, François Raffalli, Anne Schmitt-Foresti, Philippe Sergni, Pascale Siebert, Christian Stempf, Christophe Teillaud, Bertrand Violette, Muriel Wagner.

Revue trimestrielle

éditée par **Convergences, presse et communication SAS**

14, rue Étex - 75018 Paris

Tél.: 01 44 85 51 21 - Fax: 01 46 27 55 34

RC 508 948 148 - ISSN: 1966-7698

info@revue-convergences.com

Création graphique et maquette

LD Communication

253, rue Saint-Honoré - 75001 Paris

Tél.: 01 44 55 09 86

www.lionel-derot.com

Imprimeur

UCF SAS - 65 rue de la Cimaise

59650 Villeneuve d'Ascq

Tél.: 03 20 91 85 94

Fax: + 32 56 356 096

ucf@continuga.com

Illustrations

© Jan Van Der Veken

Annonces dans ce numéro:

ADF, AFE-Patrimoine, Agaps, Cirra+, Comident, DentalEco, HSBC, Lyra, W&H, Zimmer Institute.

ACTUALITÉ

- 3 Pessoa, l'université furtive
- 4 Un nouveau service : Evacab®

HUMEUR

- 6 Une vraie réforme... un jour?
- 7 Bizarre, vous avez dit bizarre?

À LA UNE

- 8 Exercice dentaire au féminin : l'UJCD s'engage à continuer le combat

ACTU PROFESSION

- 15 Numerus clausus
- 16 Qui compose l'équipe dentaire ?
- 19 Les témoignages de praticiens

CAHIER SYNDICAL

21 Avenants 2 et 3 : pour l'UJCD, une autre voie est possible

- 22 Avenants conventionnels 2 et 3 : l'échec programmé
- 24 Des couronnes au Palais Royal
- 28 Pourquoi l'UJCD combat la CCAM alors qu'elle souhaite sa mise en place ?
- 32 La feuille de soins en CCAM, pas si simple !
- 34 Le devis CNSD : une usine à gaz

HUMANISME

- 36 À l'ouest du nouveau !



ACTUALITÉ

- 40 Le contrôle sécu

SCIENCES-SANTÉ

- 45 Les antibiotiques, est-ce automatique ?



ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

- 53 Incontournable transparence

ACTUALITÉ

- 58 Retraitement des porte-instruments dynamiques (PID) ; quel challenge !

L'EXERCICE DE DEMAIN

- 60 L'impression 3D : rêve ou réalité ?

LOISIRS

- 62 Que la Toscane est belle !



DESIGN

- 64 Mayday ou l'ergonomie baladeuse

Une vraie réforme... un jour?

Après des années et des années de délitement conventionnel total, tous les chirurgiens-dentistes estiment que la coupe est pleine et qu'il est indispensable de revoir profondément la prise en charge des actes dentaires. Si tel n'est pas le cas, nous devons faire le constat du mépris persistant et absolu qui nous est opposé par les politiques et l'assurance maladie.

à nos demandes réitérées, il a été constamment répondu que ce n'était pas le moment de prendre en charge équitablement le financement du secteur dentaire. En fait, ça n'a jamais été le moment... Il nous était de plus objecté que la compensation entre les soins et les prothèses permettaient à la profession de vivre correctement et que donc le système était satisfaisant... CQFD.

Constamment, à l'UJCD, nous avons dénoncé ce sophisme et nous en dénonçons aujourd'hui encore plus fermement les défausses et les irresponsabilités :

- celles des politiques vis-à-vis des promesses faites à leurs électeurs,
- celles des Pouvoirs publics vis-à-vis des citoyens dont ils ont la charge,
- celles de l'assurance maladie vis-à-vis de ses assurés qu'elle est censée servir au mieux,
- celles des instances professionnelles qui, sous prétexte de pragmatisme, ont laissé perdurer ce marché de dupes qui mène la profession dans le mur.



**PHILIPPE
SERGNI**

Secrétaire général adjoint
de l'UJCD

Il est impératif que des réelles négociations s'ouvrent, tripartites comme la loi l'exige, mettant enfin en œuvre la vraie CCAM: la santé de nos concitoyens, comme la qualité de notre exercice, méritent plus qu'un simple replâtrage.

Il est impératif de rémunérer à leur juste valeur les soins dentaires, afin de préserver le capital santé de nos concitoyens. Il est inconcevable que les chirurgiens-dentistes à qui on oppose de plus en plus d'obligations et de contraintes, passent 70% de leur temps à travailler à perte.

Il est inconcevable que la France, si orgueilleuse de son système de santé, soit sur le banc des indigents européens en matière de valorisation d'actes d'endodontie ou de chirurgie, par ailleurs les plus techniques et les plus médicaux.

Il faut redonner la possibilité et l'envie à nos jeunes confrères de s'installer en zones sanitaires déshéritées: inciter un jeune praticien à exercer loin du centre d'une grande ville, c'est avant tout lui permettre de gagner correctement sa vie tout en finançant un plateau technique digne de ce nom, par des actes de soins correctement valorisés.

Il est impératif qu'après plus de 15 ans de tergiversations, nos collaboratrices les plus proches, nos assistantes dentaires, puissent enfin être reconnues et que leur métier soit inscrit au Code de la santé.

Oui, nous sommes exaspérés.

Oui, l'UJCD est excédée que rien de concret n'ait été fait, qu'aucune promesse n'ait été tenue, qu'aucun chantier n'ait débouché, que la convention de 2006 n'ait pas été correctement appliquée, que le système devienne de plus en plus déliquescant.

Notre métier est passionnant, mais de plus en plus exigeant et de plus en plus stressant; nous le savons, nous l'assumons, nous ne demandons pas de faveurs ni de privilèges, mais une simple reconnaissance et la simple justice.

L'avenir de la médecine dentaire française est à ce prix.

Exercice dentaire au féminin / Protection sociale

L'UJCD-Union dentaire s'engage

MURIEL WAGNER

Secrétaire générale adjointe de l'UJCD



C'est un fait. Notre profession poursuit sa féminisation. Aujourd'hui, 40,4% des chirurgiens-dentistes sont des femmes (source Drees, 1^{er} janvier 2013), essentiellement en exercice libéral. Elles seront 45% à l'horizon 2030. Il y a 70% d'étudiantes sur les bancs de la faculté en première année de médecine. Comment ces femmes envisagent-elles leur avenir professionnel ?

Exercice dentaire au féminin / Protection sociale / L'UJCD-Union dentaire s'engage à continuer le combat!

●●● **(Béatrice Gadrey)** les aspects de ma vie professionnelle : c'est un point déterminant à l'engagement des femmes dans la « politique » au sens large...

VISION DE L'ÉQUIPE DENTAIRE

La notion d'équipe est importante car elle se réfère à la synergie d'un groupe d'individus à mon sens plus à même aujourd'hui de répondre au bon fonctionnement d'un cabinet dentaire.

Une équipe doit aller vers un but commun : dans le cas présent, soigner au mieux les patients dans un souci de qualité et de responsabilité professionnelle. A chaque cabinet son équipe : le chirurgien-dentiste, la ou les assistantes, les prothésistes et toute personne travaillant sur place ou pour le cabinet. J'aimerais optimiser l'échange nécessaire entre les membres de l'équipe qui sont « le nez dans le guidon » et manquent de temps pour se retrouver « hors patients ».

TRUCS EN PLUS POUR BIEN LA GÉRER

- > Une bonne organisation sans devenir des exécutants de procédures : pas facile...
- > Communiquer régulièrement.
- > Faire quelques « extras » en dehors du cabinet.

MA VISION DE L'AVENIR DE LA PROFESSION

- > Multi exercices, nationalités, sexes, âges. Beaucoup de formes d'exercices différents, plus de spécialistes.
- > Ne pas essayer de trouver un schéma type de cabinet qui fonctionne.
- > Laisser un maximum de liberté d'exercice en facilitant les démarches.
- > Moins de sédentarité : vrai pour les praticiens et les patients.
- > Monde virtuel qui bouge. Se balader avec ses clés (USB).



Sophie Dartevelle, présidente de l'UFSBD, a témoigné de son engagement et de ses choix professionnels. Elle a donné ses conseils aux femmes qui souhaitent suivre la même voie.



J'ai adhéré à l'UFSBD dès le début de ma vie professionnelle, immédiatement après mon installation en cabinet libéral en association avec mon mari.

A l'époque, je réalisais quelques séances d'éducation à la santé dans les écoles et j'étais loin de me douter que je serai un jour présidente de l'UFSBD.

Au fil des années, j'ai consacré de plus en plus de temps à cet engagement, mais jamais au prix de sacrifices, bien au contraire. C'est un vrai choix professionnel, un choix de vie aussi, fait en concertation avec mon mari et mes trois enfants, et je dois avouer que j'ai reçu beaucoup en échange. Mon implication et mon engagement à l'UFSBD m'ont permis d'appréhender la vraie dimension et la richesse de notre métier et de m'épanouir pleinement.

J'y ai trouvé toutes les clés pour organiser notre cabinet, en développant notamment le rôle de nos assistantes dans l'éducation à la santé et la prévention. Chaque membre de l'équipe dentaire a un rôle important à jouer dans la prise en charge globale de la santé de nos patients et ce type d'organisation, particulièrement facilitée dans les cabinets de groupe, répond à un vrai besoin de la population et à notre mission de professionnel médical. C'est pourquoi la modification du statut des assistantes dentaires, leur inscription au Code de la santé et l'évolution de leur parcours de formation me paraît fondamentale.

On me demande souvent si le fait d'être une femme n'a pas été un obstacle dans mon parcours professionnel. A cette question, je réponds non sans hésiter, mis à part peut-être lorsqu'il me fallait aménager mes congés de maternité. Nous sommes loin de l'égalité de traitement entre le statut salarié et le statut libéral. Avec la féminisation de la profession, cela devient un sujet urgent. Mais là encore, l'exercice en groupe m'a permis d'appréhender ces périodes plus sereinement.

L'exercice de notre profession, en libéral de surcroît, offre un avantage énorme en terme d'organisation et de gestion du temps, plus encore en cabinet de groupe, et permet aux femmes de concilier leur vie professionnelle et privée.

Exercice dentaire au féminin / Protection sociale / L'UJCD-Union dentaire s'engage à continuer le combat!

**PROPOSITION-MG FRANCE
L'ALLOCATION SUPPLÉMENTAIRE
MATERNITÉ**

L'allocation supplémentaire maternité serait un complément aux prestations déjà versées aux femmes médecins conventionnées en secteur I.

Son montant pourrait être équivalent à un demi-plafond de la Sécurité sociale par mois d'arrêt lié à la maternité, que ce soit dans le cadre du congé légal ou de la maladie. Cela porterait l'indemnisation mensuelle à 3 200 euros environ.

MATERNITE PATHOLOGIQUE

Lorsqu'une femme médecin libérale doit interrompre son activité libérale du fait d'une grossesse pathologique, la CARMF verse des indemnités, comme pour toute maladie d'un médecin, avec une franchise de 90 jours à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

A l'occasion de ces grossesses pathologiques, il est souvent difficile ou impossible d'assurer le remplacement en urgence du cabinet, plus encore en milieu rural. Les charges incompressibles du cabinet viennent pénaliser une seconde fois les femmes médecins libérales.

Donc, si par imprévoyance le médecin n'a pas pris d'assurance facultative, elle se retrouve sans ressources pendant 2,5 mois.

Nous demandons le versement des IJ par l'assurance maladie dès le 1^{er} jour d'arrêt. C'est ce qui a été fait dans un premier cas de grossesse pathologique : une femme médecin exposée au distillène pendant la grossesse de sa mère. Nous avons réussi à lui faire verser des IJ par l'assurance maladie dès le 1^{er} jour de son arrêt.

Nous demandons que ce soit le cas pour tous les arrêts pour grossesse pathologique.

Deux mesures phares pour faciliter l'exercice au féminin : la demande d'avantage supplémentaire maternité (ASM) et le projet de décret de validation des trimestres avec réduction de cotisations antérieures au premier janvier 2004 pour la retraite.

UJCD ET MG FRANCE, MÊME COMBAT!

Par courrier à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, Najat Vallaud-Belkacem ministre des Droits des femmes, et Catherine Lemorton présidente de la Commission des Affaires sociales, l'UJCD a appuyé les propositions du syndicat MG-France et demande qu'elles s'appliquent à notre profession.

Lors d'un entretien à l'Élysée avec Michel Yahiel, conseiller Travail, Emploi et Protection sociale à la présidence de la République, notre syndicat a souligné l'importance de ces mesures nécessaires à un exercice libéral féminin plus serein :

- Un amendement au projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale pour la création d'un avantage supplémentaire maternité (équivalent au montant d'un SMIC brut mensuel). En effet, la loi du 1^{er} juin 2006 a aligné la durée du congé maternité sur celle des salariées. Cependant, il n'en est pas de même pour le montant qui ne permet pas le maintien de l'équilibre économique du cabinet. Nos consœurs doivent faire face à de lourdes charges fixes, notamment au début de leur activité professionnelle ; situation aggravée en cas de grossesse pathologique. Un temps de repos effectif avant et après l'accouchement est nécessaire à la bonne santé physique et psychique de la mère et de l'enfant.

- La modification de rédaction du décret n°2004-461 du 27 mai 2004 relative à la validation des trimestres avec réduction de cotisations antérieures au 1^{er} janvier 2004 au titre du régime de base. Il s'agit pour les professionnels de santé concernés, en particulier les femmes – qui ont réduit leur activité pour élever leurs enfants et demandé une réduction de cotisations de trimestres – de valider tous les trimestres travaillés et cotisés bien au-dessus d'un SMIC, antérieurement à 2004.

UNE LUEUR D'ESPOIR ?

La ministre de la Santé a présenté cette année un pacte pour la santé qui inclut la création de Praticien territorial de médecine générale. 240 postes sont à pourvoir pour 2013. Ce contrat prévoit une protection sociale décente : versement d'IJ en maladie par l'Assurance maladie du 8^e au 91^e jour d'arrêt. Au-delà cette prise en charge est assurée par la CARMF.

De plus, la femme médecin adhérente au contrat de praticien territorial, continuera de toucher les 5 500 euros par mois de ce contrat en cas d'arrêt lié au congé de maternité.

CONCLUSION

L'État nous donne donc un très bon marqueur de ce que devrait être une juste indemnisation de la grossesse. Dans un communiqué récent, MG-France demande que le PLFSS 2014 inclut une amélioration de la protection maternité normale et pathologique.

Le choix de l'activité libérale passe par ces mesures pour les femmes médecins.

Les femmes chirurgiens-dentistes, alliées à leurs confrères médecins, défendent l'exercice libéral. Nos consœurs doivent être écoutées dans leurs revendications pour la protection sociale – notamment en ce qui concerne la maternité – et l'ensemble de leurs projets engagés.

Elles ont un rôle à jouer dans l'avenir de la profession, demain dans l'équipe de santé de parcours de soins global, l'UJCD-UD est à leurs côtés.



© Shutterstock



© Shutterstock

L'équipe dentaire

MURIEL WAGNER

Secrétaire générale adjointe de l'UJCD

Alors que la démographie des chirurgiens-dentistes est un enjeu majeur et que les praticiens s'interrogent sur l'avenir de l'exercice libéral, la notion d'équipe dentaire – son organisation, son évolution – est une clef essentielle pour optimiser l'offre de soins dans une démarche de santé publique. Depuis plus de 10 ans, l'UJCD-Union Dentaire mène une réflexion prospective ; elle donne ses propositions pour faire évoluer l'équipe dentaire au sein de nos cabinets, véritables entreprises dentaires, afin de renforcer et de valoriser notre exercice professionnel. Des praticiens témoignent, consœurs, confrères installés en libéral. Quelle est leur vision de l'équipe dentaire ? Qu'aimeraient-ils optimiser et quels sont leurs « trucs » pour bien gérer l'équipe ? Bernard Delzangles, professeur à la faculté de Garancière, fort de son travail en exercice libéral et au contact des étudiants, nous livre dans un article à part ses *Réflexions pour Convergences* sur la profession et son avenir.



© Shutterstock

Qui compose l'équipe dentaire ?



© Illustration - Jan van Der Veken

Le chirurgien-dentiste « manage » l'équipe du cabinet dentaire qui peut être constituée selon la convention collective nationale de : assistant(e) dentaire, aide dentaire, réceptionniste et hôtesse d'accueil, secrétaire technique option santé, personnel d'entretien, ainsi que de prothésiste dentaire. Un ou plusieurs collaborateurs salariés ou libéraux peuvent compléter l'équipe. La majorité des salariés à temps plein est composée par les assistant(e)s dentaires et aides dentaires (42% des effectifs salariés).

Source: Enquête OMPL, Observatoire des métiers dans les professions libérales 2013, Cabinets dentaires, de l'état des lieux à la prospective).

Même si nous travaillons de concert avec eux, les prothésistes dentaires autrefois salariés, exercent aujourd'hui très majoritairement de façon indépendante. Sur les 3000 chirurgiens-dentistes salariés, seule une petite minorité d'entre eux travaillent dans un cabinet libéral, essentiellement en début d'exercice. Actuellement, les postulants collaborateurs salariés (ou libéraux) sont encore moins nombreux que les postes proposés! La TVA sur les contrats de collaborateurs dissuade par ailleurs un bon nombre de praticiens de s'adjoindre une jeune consœur ou un jeune confrère dans leur cabinet.

Les réceptionnistes et hôtesse d'accueil ont surtout leur place dans les gros cabinets regroupant plusieurs praticiens ou les cabinets pluri médicaux.

Le personnel d'entretien intervient quant à lui souvent à temps partiel et en dehors des horaires d'ouverture du cabinet.

Les assistant(e)s dentaires et aides dentaires nécessitent pour exercer respectivement l'obtention du diplôme d'assistante qualifiée en odontostomatologie et du certificat de qualification professionnelle (CQP). Le métier accessible aux femmes et hommes est quasi exclusivement féminin. En pratique, les aides dentaires concernent des personnes qui n'ont pas poursuivi leur formation jusqu'au titre d'assistant(e); elles ne représentent que 6% des salariés (source : enquête OPCA-PL 2009).

Seul(e) l'assistant(e) dentaire qualifié(e) peut assister le praticien au fauteuil pour réaliser le travail « à 4 mains ».

Son rôle polyvalent, comme nous l'avons vu dans Convergences 10 est essentiel au sein du cabinet. Outre le travail à 4 mains, elle réalise stérilisation, asepsie, gestion des déchets, gestion des stocks, formation à l'hygiène bucco-dentaire. Elle intervient également au niveau administratif quand il n'y a pas d'aide ou de réceptionniste: tenue de l'agenda, gestion du fichier patient, courrier, facturation, comptabilité... Ainsi l'assistant(e) dentaire est un acteur de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire. Le binôme réussi praticien-assistant(e) optimise les protocoles cliniques, augmente la satisfaction du patient dans le cabinet et favorise le climat de confiance qui y règne.

L'UJCD a milité très tôt –entraînant à ses côtés les membres de l'UFSBD puis ceux du Conseil national de l'Ordre – pour inscrire le métier d'assistant(e) dentaire au Code de la santé publique. Les rencontres avec Olivier Lyon-Caen puis Michel Yahiel à L'Élysée

Pour la promotion du cabinet dentaire et de l'exercice libéral de demain, les 10 propositions de l'UJCD



© Shutterstock

- certains cabinets (D^r Alain Dary, Séminaire d'automne UJCD 2011, Calvi) pour une prise en charge globale de l'état de santé dentaire du patient. Savoir évoluer est la clef de réussite de nos cabinets en tenant compte des nouvelles techniques, des nouveaux matériaux et des exigences esthétiques croissantes de nos patients. L'UJCD-Union Dentaire est prête à confier la réalisation de certains actes thérapeutiques à nos assistant(e)s, comme c'est le cas en Allemagne (Rencontre UJCD-UD avec les institutions professionnelles du Bade-Württemberg), voire à proposer une nouvelle profession aux Pouvoirs publics, terme plus approprié qu'hygiéniste dentaire : **adjointe qualifiée en odontostomatologie** sous tutelle d'un chirurgien-dentiste.

CONCLUSION

L'équipe santé dentaire est la mieux à même de prendre en charge le traitement global du patient et de répondre à ses attentes accrues de confort, technicité et d'esthétique dans un climat de confiance. Elle permet d'éviter le « burn out » du praticien tandis qu'elle favorise la concentration. Retrouver le plaisir de travailler en libéral, fil rouge de notre profession, et proposer des soins – norme qualité – qui plus que jamais méritent d'être revalorisés, tel est l'enjeu du renforcement et du bon management de l'équipe dentaire ◀

- 1 Le renforcement de l'équipe dentaire pour former une véritable « équipe santé dentaire » / Favoriser le travail à 4 mains / Avoir au moins une assistante dentaire qualifiée par praticien,
- 2 Une formation initiale à la gestion du cabinet de l'étudiant en chirurgie dentaire,
- 3 Une formation en duo régulière du praticien au cours de sa vie professionnelle avec son assistante,
- 4 La mise en place de journées communes de formation pour les étudiants en chirurgie dentaire et stagiaires assistant(e)s dentaires,
- 5 La mise à niveau des programmes et des enseignements dans les centres de formation des assistant(e)s dentaires,
- 6 La mise à niveau du stage actif de l'étudiant en chirurgie dentaire dans les différentes facultés, Le rapport d'audit de l'IGAS établit en effet une forte disparité des contenus de formation; l'UJCD a pu constater une nette différence lors des visites aux différentes facultés de la mise en application du stage actif. Le minimum de 250 heures en immersion totale chez un praticien avec évaluation finale doit être respecté (ainsi que la possibilité de cumuler 2 stages chez 2 praticiens différents).
- 7 Le respect des objectifs pédagogiques par chaque praticien responsable d'un étudiant,
- 8 L'incitation pour chaque praticien à assister au moins une fois par an un(e) autre confrère, consœur dans leur cabinet respectif (valant par exemple pour un tiers d'un programme DPC sous réserve d'un certain nombre d'heures effectives et de l'envoi d'un questionnaire rempli à l'OGDPC),
- 9 L'évolution du statut des assistant(e)s dentaires inscrit dans le Code de la santé publique augmentant leur motivation et responsabilisation : envisager un nouveau métier, adjoint(e) qualifié(e) en odontostomatologie,
- 10 L'adoption d'un objectif qualité santé (asepsie - stérilisation - plateau technique - accueil du patient) pour conforter l'inscription de la chirurgie dentaire dans le domaine médical.

L'équipe dentaire santé

Praticien et assistant(e) qualifié(e) formés en duo dès la faculté et régulièrement au cours de l'exercice

Objectif qualité santé
1 assistant(e) / 1 praticien
Travail à 4 mains, aseptie, stérilisation, technicité, accueil



© Shutterstock

Les témoignages de praticiens

●●● secrétaire manager qui gèrerait les plannings et tout l'extra dentaire (comptabilité, gestion, réglementation du travail et obligations légales). Mais il faut pouvoir faire face à une augmentation des charges liées à ces emplois...

Optimisation ?

Plus de membres dans l'équipe et possibilité d'être secondée en production (hygiéniste). Apprendre à communiquer et diriger les humains. Le tout pour avoir plus de temps pour moi.

Trucs et astuces ?

Je n'en ai pas. Je suis naturellement gentille avec mon assistante, avec mes patients, peut-être trop. J'ai donc pris une coach pour m'aider car je n'arrivais pas à m'organiser pour gagner ma vie alors que mon cahier de rendez-vous débordait.

Mon expérience de « coaching » ?

Cela a été un mal nécessaire. C'est personnellement violent car j'ai dû me remettre en question, accepter de le faire et de me sembler devenir « méchante » avec mon assistante. Même si j'ai compris que le coach avait raison – cela commence à porter ces fruits au niveau du chiffre d'affaires – je dois pour l'instant travailler plus en préparation des bilans, des plans de traitement et de leur présentation. Le fait que mon coach, Solange Dunoyé, fasse ce métier avec sincérité, m'aide à persévérer dans ce sens.

→ SERGE MERAUD, PRATICIEN LIBÉRAL, PARIS 6^E

Le terme « équipe dentaire » est approprié car elle se compose de chirurgien(s)-dentiste(s), assistante(s) dentaire(s), prothésiste(s); le lien entre toutes ces personnes étant essentiel au bon développement du cabinet sur le plan professionnel (bonne humeur, qualité du travail, choix des investissements...) et personnel: notre « art » est un levier pour l'élévation sociale et spirituelle de l'ensemble de l'équipe.

Mon organisation ?

Pour ce faire chacun des membres de l'équipe travaille pour le groupe et non pas dans « son coin » avec pour objectif majeur commun: le bon soin du patient. J'ai donc opté pour le travail sur deux fauteuils avec deux assistantes. Chacune de mes assistantes prend en charge un patient (accueil, administratif...). Elles sont « ma 2^e tête et mes 4 mains », le chirurgien-dentiste se concentrant sur l'aspect technique de l'acte. Des réunions quotidiennes nous permettent ensemble de voir les cas complexes et de préparer les séances (matériel, prothésiste...). Ainsi, quand le patient est installé sur le fauteuil, le plateau technique est prêt et l'assistante devient une « aide opératoire ». Le confort de travail est optimisé. L'assistante « vacante » est soit au bureau avec le patient précédent, soit affectée à d'autres tâches (administratives, stérilisation...). Je trouve dans cette méthode du « gagnant - gagnant » pour tout le monde, et notamment pour le patient.

Optimisation possible ?

Afin d'améliorer cette organisation, je souhaite que mon assistante collaboratrice (qui est chirurgien-dentiste avec un diplôme étranger et qui reprend une formation pour obtenir son diplôme en France) s'investisse plus encore dans un avenir proche (association) afin de permettre une ouverture 6/7 jours du cabinet et d'engager une 3^e assistante. L'intérêt de l'association est pour moi la possibilité d'investir dans du matériel coûteux (Cône Beam, CFAO...).

Je cherche aussi à développer la complémentarité des exercices (par exemple pour moi la chirurgie, pour un autre chirurgien-dentiste l'endodontie...) en fonction des goûts et compétences de chacun et afin de trouver une harmonie qui participe à la qualité des soins proposés. Quelle satisfaction pour l'équipe d'avoir des patients contents des soins réalisés, contents de venir au cabinet ! Il est évident que dans cette logique « je milite » pour un accroissement des compétences de nos assistantes avec création d'emplois à la clef: « hygiéniste dentaire » qui viendrait parfaire cette organisation... À l'avenir, il faudra aussi développer l'entreprise cabinet dentaire en tenant compte d'idées essentielles telles qu'un panier de soins « simples » honorés à leur juste valeur et bien remboursés par l'assurance maladie, et d'un autre de soins (« confort », « esthétique »...) sortant du remboursement sécu.

→ TÉMOIGNAGE D^R ANNE SCHMITT-FORESTI, MARMOUTIER (67)

Fille de dentiste, épouse de dentiste, avec une sœur prothésiste, il est inutile de dire combien ce métier est au cœur de ma vie. Force est de constater que ce métier que je trouve toujours aussi attrayant, a fortement évolué ces derniers temps. Certains ont tenté de nous faire croire, il y a quelques années que nous étions des chefs d'entreprises afin d'accroître notre chiffre d'affaires; ceux-là ne se sont pas trompés sauf qu'aujourd'hui il nous faut vraiment l'être pour résister à la pression du travail, répondre à la technicité de notre métier ainsi qu'à la lourdeur des tâches administratives. Le métier de nos assistantes dentaires a considérablement changé et c'est à ce niveau que les évolutions futures doivent se faire comme la formation et le titre d'hygiéniste pour ces dernières. J'aimerais une revalorisation de certains de nos « actes non rentables ».

Mes trucs pour gérer l'équipe ?

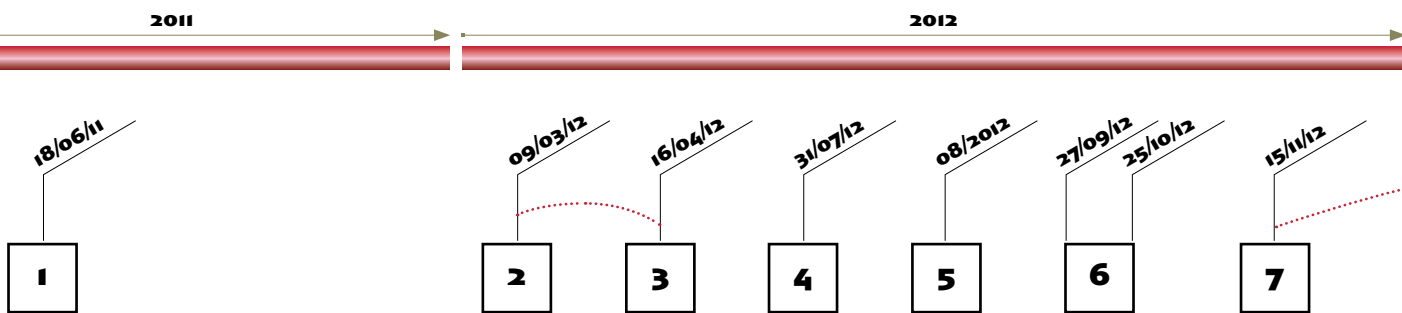
La mise en place de débriefings réguliers et d'une écoute à tout moment de mon personnel.

Les formations effectuées, telles que le DU d'esthétique du sourire entre autres, m'ont apporté beaucoup de plaisir en plus de nouvelles connaissances.

Le fait que mon mari exerce le même métier que moi est un atout formidable; échanges réciproques, résolutions de problèmes, compréhension d'un état de fatigue, de stress...

Seul point négatif, l'absence de congé maternité ou en tout cas très réduit (2 semaines) compte tenu de ma situation professionnelle à ce moment.

Négociation des avenants n°2 et 3 : l'in vraisemblable échec



> AVANT LES NÉGOCIATIONS

Des groupes de travail se réunissent pour préparer la mise en place de la CCAM, l'UJCD y participe jusqu'à la fin du mois de juillet 2011. À la rentrée de septembre, la CNSD et l'UNCAM évincent l'UJCD. Dans le plus grand secret, la confédération s'attelle alors avec les caisses au travail de transposition de la NGAP dans leur CCAM ? La CNSD qualifiera ces réunions de «groupes techniques»!

1 ➔ 18 JUIN 2011 > LA CONVENTION DE 2006 ARRIVE À ÉCHÉANCE

Avant son terme, l'UJCD met en demeure à plusieurs reprises le directeur général de l'UNCAM de respecter les engagements qu'il a pris dans la convention de 2006, en exigeant la négociation d'une nouvelle convention dentaire. La CNSD, bien que partenaire conventionnel se tait et n'appuie pas les démarches de l'UJCD. Pour dénoncer l'ancienne convention et en négocier une nouvelle, une dénonciation conjointe des deux syndicats signataires s'impose. L'UJCD en est empêchée car la CNSD ne le souhaite pas.

2 ➔ 9 MARS 2012 > OUVERTURE DES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Après avoir négocié avec toutes les professions de santé, le directeur général de l'UNCAM ouvre enfin le dossier dentaire. L'UJCD découvre qu'il s'agira d'un avenant et non d'une convention et que ces discussions se feront dans la précipitation. Rapidement, l'UJCD claque la porte, ne voulant pas se

compromettre dans un accord bâclé et dénonce la future nomenclature qui transpose notre archaïque NGAP.

3 ➔ 16 AVRIL 2012 > SIGNATURE DE L'AVENANT N°2

En à peine plus d'un mois, la CNSD brade les négociations. La confédération voulait signer à tout prix l'avenant n° 2 avant les présidentielles. L'UJCD en dénonce le résultat: ceinture et bretelles! Une fausse CCAM, un devis scandaleux et en contre partie de quelques maigres revalorisations sur de rares actes qui n'arriveront pas avant longtemps.

4 ➔ 31/07/2012 > L'AVENANT N° 2 AU J.O.

Prudente, la ministre de la Santé refuse d'avaliser cet avenant, mais ne s'y oppose pas. 106 jours après sa signature, l'avenant n° 2 subit une publication automatique. Rappelons que le lendemain le nouveau devis conventionnel était censé s'appliquer!

5 ➔ RECOURS DE L'UJCD AU CONSEIL D'ÉTAT

Déposé sur deux fondements principaux, l'UJCD en appelle à la plus haute juridiction administrative française: la nullité de l'avenant n° 2 liée à l'absence publication au J.O. de la reconduction de la convention et la perte d'égalité des praticiens face au nouveau devis conventionnel.

6 ➔ COMMISSIONS DE HIÉRARCHISATION DES ACTES PROFESSIONNELS (CHAP)

Trois CHAP auront été nécessaires pour valider les libellés de la Classification confédérale des actes médicaux. Trois séances

Des couronnes au Palais Royal

BERTRAND VIOLETTE

Avocat au bureau de Paris, spécialiste en Droit public

Ou comment le devis type introduit par l'avenant 2 se retrouve examiné par le Conseil d'État, qui siège au Palais Royal...

UNE NÉGOCIATION CONVENTIONNELLE EN TROMPE L'ŒIL

Comme pour l'ensemble des professions de santé, les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes sont définis par une convention nationale, conclue entre l'Union Nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession.

Le Code de la Sécurité Sociale indique que ces conventions sont conclues pour une durée de 5 ans (article L. 162-14-1). A l'expiration de ce délai, les parties peuvent choisir d'élaborer une nouvelle convention, ou de la reconduire tacitement lorsque cette faculté est prévue.

Dans le silence de la convention, lorsque les parties ne prennent aucune décision, la convention continue à s'appliquer dans l'attente d'une position officielle, afin d'éviter un vide juridique.

La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a été signée le 19 mai 2006 par l'UNCAM, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) et l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes – Union dentaire.

La Convention a été publiée au journal officiel du 18 juin 2006 et elle ne comportait aucune clause de tacite reconduction.

Elle est donc arrivée à échéance le 18 juin 2011.

Dès avant le terme de la convention, l'UJCD a sollicité de l'UNCAM l'ouverture de négociations conventionnelles en vue de l'élaboration d'une nouvelle convention dentaire. Cette demande a été renouvelée à de nombreuses reprises au cours de l'hiver 2011, sans succès.

Ce n'est qu'en mars 2012, un mois avant des échéances électorales nationales, que l'UNCAM acceptait de convoquer enfin les parties... pour négocier un avenant (dit avenant n°2) à la convention !

L'UJCD a immédiatement indiqué que la négociation d'un avenant était impossible puisque la convention était arrivée à échéance. Une nouvelle convention devait donc être négociée intégralement.

En effet, juridiquement, un avenant désigne une

convention écrite qui est l'accessoire du contrat principal et dont l'effet est de modifier les conditions ou les modalités des engagements qui figurent sur la convention initiale.

En l'absence de convention principale, il ne saurait donc y avoir d'avenant.

Et au-delà de cette question technique, le contenu de l'avenant n°2 était clairement inacceptable pour la profession.

En effet, outre l'instauration d'un devis type totalement inapplicable, l'avenant prétendait instituer des revalorisations, des actes de prévention, de permanence des soins. Or, la plupart de ces mesures étaient déjà contenues dans la convention de 2006.

L'avenant proposé ne contenait donc aucune avancée pour la profession.

Malgré les alertes émises par l'UJCD, après un mois de négociations au pas de charge, l'avenant n°2 était signé le 16 avril 2012 par l'UNCAM, l'UNOCAM et la CNSD. Le Ministre des affaires sociales et de la santé, alerté sur la situation, gardait un silence prudent et approuvait tacitement l'entrée en vigueur de cet avenant. Le texte était publié au Journal officiel du 21 juillet 2012 et devenait applicable à cette date. Face à ce passage en force de la part des organismes d'assurance maladie et de la CNSD, l'UJCD décidait de saisir le juge administratif, en l'occurrence le Conseil d'Etat, pour faire prévaloir le droit et les intérêts de la profession.

LES RECOURS EN JUSTICE

Deux recours ont été exercés. Le premier consistait en un référé suspension, procédure permettant d'obtenir rapidement une audience au cours de laquelle le juge examinerait d'abord l'existence d'une urgence à statuer, et ensuite celle d'un moyen faisant douter de la légalité de la décision attaquée.

En cas de succès, l'application de l'avenant n°2 aurait été suspendue jusqu'au jugement au fond.

A l'issue d'une audience particulièrement nourrie, le Conseil d'Etat décidait le 26 septembre 2012 qu'aucun des moyens soulevés par l'UJCD n'était, en l'état de l'instruction, de nature à créer un doute sérieux quant à la légalité de l'avenant. ●●●

Des couronnes au Palais Royal [suite]

- Cette décision défavorable du juge des référés s'explique d'abord par le rôle joué par celui-ci, « juge de l'évidence ». Ainsi, lorsqu'un moyen soulevé nécessite un examen approfondi, le juge des référés estime qu'il outrepasserait son rôle en statuant, et renvoie le débat devant le juge du fond.

Cette décision s'explique également par le fait que le Conseil d'Etat a voulu éviter l'introduction d'une nouvelle requête en référé contre l'avenant n°3 dont la négociation était entamée à l'automne 2012.

Un tel recours aurait été fondé sur les mêmes moyens et le juge administratif évitait ainsi de devoir statuer une nouvelle fois.

La procédure en annulation de l'avenant n° 2 est toujours pendante devant le Conseil d'Etat. Le temps judiciaire nous laisse espérer une audience d'ici la fin de cette année ou au début de l'année prochaine. En droit, cette procédure se fonde sur des moyens de procédure et des moyens de fond. Sur la procédure, questions que le juge administratif affectionne particulièrement, les arguments de l'UJCD sont doubles. D'une part, il est reproché à l'avenant de venir modifier une convention échue. L'avenant ne peut par nature avoir une existence autonome, et la fin de la convention signifie son illégalité.

D'autre part, l'UNCAM et la CNSD soutenaient que la convention a été reconduite tacitement, il est reproché l'absence de toute publication d'une telle prolongation tacite, l'UJCD conteste ainsi les conditions techniques dans lesquelles une telle reconduction aurait été possible. En effet, dans certaines professions, une reconduction tacite est prévue par le texte conventionnel (par exemple pour les pharmaciens), et doit donner lieu à publication au journal officiel (article L. 162-15 et CE, 23 mars 2009, Caisse primaire d'assurance maladie de Montpellier-Lodève, Req. n° 299534). Ceci afin d'informer l'ensemble des praticiens, et de donner force obligatoire à la convention (nul n'étant censé ignorer la loi). Il convient de préciser que le juge administratif ne semble pas avoir eu à trancher cette question jusqu'à présent, les différentes décisions ayant statué sur la légalité des conventions (et les ayant parfois annulé), ne portant pas sur ces points. En droit, une convention nationale n'est donc reconductible tacitement que si elle prévoit cette possibilité. La négociation d'une nouvelle convention aboutit nécessairement à la publication d'un arrêté ministériel d'approbation qui donne force exécutoire à la convention nouvelle. Et en toute hypothèse, une convention éventuellement tacitement reconduite donne lieu également à une telle publication.

La publication de la convention, même tacitement reconduite, permet de faire courir le délai de 5 ans au terme duquel la convention pourrait être résiliée et au terme duquel, la convention arrivant à échéance, pourra être dénoncée ou reconduite.

En l'absence de publication de l'arrêté portant reconduction tacite de la convention, la publication d'un avenant à l'ancienne convention conduirait à ne jamais faire courir ce délai de 5 ans et interdirait la renégociation de la convention, en contradiction avec l'esprit du mécanisme mis en place par le Code de Sécurité Sociale. **Sur le fond, l'UJCD critique notamment l'absence de novation de l'avenant au regard du contenu de la convention de 2006, et la rupture d'égalité entre les praticiens dans l'application du devis type.** En effet, ce dernier implique de se reporter à différentes rubriques comptables afin d'établir le devis, rubriques qui ne sont pas équivalentes entre les différents modes d'exercice ou qui ne concernent pas exactement les mêmes cotisations, frais et autres.

Il y a donc une **rupture d'égalité** évidente entre les praticiens (par exemple entre ceux qui exercent en centre de santé et les libéraux, ou les praticiens exerçant en BNC ou SEL).

Les organismes sociaux et la seule organisation syndicale signataire ne s'y sont pas trompés, et le devis-type a été suspendu en Commission paritaire nationale dès le mois d'octobre 2012!

PERSPECTIVES ET CONSÉQUENCES D'UNE ANNULATION

Le référé suspension ayant été rejeté, la convention de 2006 et l'avenant n°2 continuent à produire des effets. La décision qui sera rendue par le Conseil d'Etat pourrait tout à la fois invalider l'avenant, mais également indiquer que la convention de 2006 n'a pas été reconduite. En théorie, les effets d'une telle annulation seraient inextricables. Mais le juge administratif est un grand pragmatique puisque lorsqu'il annule une décision administrative, il peut dorénavant en moduler les effets, et fixer par exemple une date à laquelle sa décision prendra effet (en laissant par exemple aux parties conventionnelles quelques mois pour négocier une nouvelle convention). Comme nous le soulignons plus haut, le temps judiciaire peut nous laisser espérer une décision dans quelques mois. Entre temps, l'avenant n°3 aura sans doute été approuvé et publié, ce qui pourrait contraindre le juge administratif à juger également de sa légalité ◀



© Shutterstock

POURQUOI L'UJCD COMBAT LA CCAM ALORS

Pour la première fois dans l'histoire des négociations conventionnelles dentaires, les régimes obligatoires et complémentaires étaient partenaires de plein droit. C'était l'occasion d'engager la réforme de notre exercice attendue par notre profession.

Pour l'UJCD, il ne suffit pas de répéter que la nomenclature concoctée par la CNSD n'est pas la CCAM! Cet article met en évidence ce qu'elle aurait dû être par rapport à la nomenclature que l'on va nous imposer.

UN PEU D'HISTOIRE...

En octobre 1994, le ministère de la santé a saisi le pôle nomenclature de la CNAMTS pour modifier la nomenclature de chirurgie. Suite à un test réalisé en 1995 auprès de trois spécialités (anesthésie-réanimation, chirurgie vasculaire et urologie), le 15 février 1996, la commission permanente de la NGAP a décidé de créer la CCAM. Le but était d'établir une liste de libellés codés et refondre de manière neutre l'ensemble des honoraires des professionnels de santé. Ce travail a été réalisé en trois étapes: listage, hiérarchisation puis valorisation.

Pour créer le catalogue exhaustif des actes des professionnels de santé, des experts des sociétés savantes de toutes les disciplines médicales ont été mobilisés. Pour la chirurgie dentaire ce travail a débuté en 1998. Ensuite, selon une sémantique précise, les libellés décrivant ces actes ont été définis ainsi que leur codage. Le premier catalogue a vu le jour en décembre 2000.

Pour établir une hiérarchisation neutre de tous les actes des experts ont à nouveau été réunis. Ils se sont inspirés de travaux réalisés en 1988 par le départe-

ment de santé publique d'Harvard à Boston. Il s'agit d'évaluer quatre composantes caractérisant le travail médical: durée, stress, compétence technique et effort mental. Ces données ont permis la hiérarchisation des actes de chaque spécialité, puis la définition de passerelles entre toutes les spécialités pour aboutir à une hiérarchie globale; chaque libellé a ainsi été doté d'un score de travail.

L'honoraire de chaque acte est la somme des scores de travail valorisés et du coût de la pratique. La première version de la CCAM date de 2002, elle a été mise en œuvre chez les médecins en 2004, et la dernière date de juillet 2013.

C'est l'ensemble de cette démarche que l'UJCD défend pour réformer notre exercice professionnel:

LA VRAIE CCAM: la Classification commune des actes médicaux.

C'est l'ensemble de cette démarche que l'avenant n°3 signé par l'UNCAM, l'UNOCAM et la CNSD a délibérément ignoré:

LA FAUSSE CCAM: la Classification confédérale des actes médicaux.

PROPRIÉTÉS

AU NOMBRE DE 5, ELLES CONSTITUENT LES PRINCIPES FONDATEURS DE LA CCAM.

LA VRAIE CCAM CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Exhaustive // Elle doit répertorier l'ensemble des actes techniques médicaux et dentaires, qu'ils soient ou non pris en charge par l'assurance maladie.

Bijective // À un libellé correspond un code et un seul et réciproquement.

Non ambiguë // Chaque libellé doit décrire précisément l'acte auquel il correspond.

Maniable // La CCAM doit être compréhensible par tous et facile d'utilisation.

Évolutive // La CCAM doit s'adapter pour prendre en compte l'évolution des pratiques et des techniques.

LA FAUSSE CCAM CLASSIFICATION CONFÉDÉRALE DES ACTES MÉDICAUX

Non exhaustive // C'est la CNSD qui le dit! Les 18 et 19 octobre, le conseil des départements (CDD) confédéral exige l'établissement de la liste des actes actuellement réalisés par les chirurgiens-dentistes ne figurant pas à la CCAM.

Non bijective // Il y a un seul libellé pour la biopulpectomie et l'obturation radiculaire qui suit une reprise de traitement endodontique. Pour la première fois dans la CCAM, il y a une note d'exclusion pour la désobturation radiculaire.

Ambiguë // Les prothèses adjointes résine jusqu'à 8 dents sont dites « de transition ». Est-ce à dire que ces appareils ne peuvent être définitifs?

Peu maniable // Pour transposer la NGAP, il a fallu multiplier les compromis. Quelle est la base de remboursement des inters de bridges remplaçant 2 ou 3 dents?

Évolutive? // Même la CNSD semble s'en inquiéter! Les 18 et 19 octobre, le CDD confédéral constate que « notre profession est en constante évolution. Les matériaux progressent, les techniques évoluent. La CCAM se doit de suivre ces avancées. »

Témoignage

Isabelle Angot-Massip, dentiste pédiatrique



Comme la majorité des pédodontistes, les enfants que je reçois ne sont pas ceux qui ouvrent la bouche le plus grand, ni ceux qui bougent le moins sur le fauteuil, ni même ceux qui s'y installent le plus facilement. Ce n'est pourtant pas le plus difficile. Non, ce petit challenge, la mise en place d'une stratégie pour capter le petit qui préfère être ailleurs me plait bien. La moindre reconnaissance financière est par contre plus compliquée à accepter. Mais ça encore, je savais que ce serait difficile. Non, le pire, ce sont les regards et parfois les réflexions des parents qui me considèrent comme une dentiste qui ne pense qu'à l'argent, alors que j'ai des revenus bien en dessous de notre moyenne professionnelle.

Vivre de la dentisterie pédiatrique avec notre nomenclature désuète est économiquement difficile. Il faut pourtant avoir une grande disponibilité et une grande énergie pour soigner les enfants pas très contents d'être arrivés au cabinet dentaire !

Les négociations pour la mise en place de la CCAM auraient du nous permettre d'actualiser les tarifs opposables si injustement bloqués. Des soins de prévention et de restauration dès le plus jeune âge apportent des bénéfices en santé publique, en qualité de vie et des économies à terme. Ces types de soins devraient vraiment être encouragés. Chaque année je vais au congrès de la SFOP, le nombre de jeunes praticiens et d'étudiants à venir augmente régulièrement. Beaucoup sont intéressés par une pratique telle que la mienne. Beaucoup ne peuvent s'y engager faute d'une valorisation correcte de notre nomenclature. Si je me suis syndiquée, c'est notamment pour que la prévention et les soins autres que prothétiques et orthodontiques soient rémunérés à leur juste valeur mais aussi pour que les enfants soient soignés avec tout le respect qu'ils méritent.

Enfant de 5 ans atteint d'une dentinogénèse imparfaite et ayant déjà reçu de nombreux soins: extractions et coiffes pédodontiques sous sédation consciente au meopa. Un budget important à la charge des parents, une prise en charge infime des organismes sociaux.



EXPOSITION 2013 DÉCOUVREZ VOTRE CABINET DE DEMAIN

VENEZ VOIR ET ESSAYER LES DERNIÈRES INNOVATIONS.

AFFIRMONS NOS COMPÉTENCES

CONGRÈS ADF 2013

DU 26 AU 30 NOVEMBRE 2013 / Palais des Congrès / Porte Maillot — DU 27 AU 30 NOVEMBRE 2013 / Exposition internationale



400 EXPOSANTS
UNE VISITE
SUR 4 NIVEAUX

www.adf.asso.fr

ADF comixdent
ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE

La feuille de soins en CCAM,

À vos imprimantes : hors de l'informatique, point de salut!!! En effet, à écouter certains rêveurs, il suffirait de trouver, puis d'inscrire un code CCAM adéquat sur nos feuilles de soins et le tour serait joué? Pas si simple! Nos éditeurs s'arrachent les cheveux pour intégrer avec une ergonomie acceptable cette CCAM dans nos logiciels. Explorons la future feuille de soins papier!

1 : CODE DES ACTES

Une partie principale de 4 lettres et une partie terminale de 3 chiffres : la première lettre décrit l'appareil, la seconde l'organe, la troisième l'action, la quatrième la voie d'abord, les trois chiffres qui suivent précisent l'acte.

2 : DENT

Il s'agit du numéro de la dent.

3 : ACTIVITÉ

Ce code permet de repérer la part incombant à chaque praticien. Dans la plupart des cas ce sera le code 1. Si vous conduisez une anesthésie générale ou loco-régionale ce sera 4. Attention l'anesthésie locale ou loco-régionale du nerf dentaire inférieur fait partie de l'acte global!

4 : CODE EXTENSION DOCUMENTAIRE

Permet de préciser, par exemple, le type d'anesthésie si le code activité était 4.

5 : PHASE DE TRAITEMENT

Ne sera utilisé qu'en cas d'actes séquencés.

A : DATE

Il s'agit de celle du jour!

ACTES EFFECTUES													
(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M E A A A A)													
Dates des actes	Codes des actes	Dent	C, CS CNPAY V.S. V.P.S.Y.	Autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM						Montant des honoraires facturés ①	Dépass.	Frais de déplacement	
J J M M A A A A	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10								LD ②	LK.	Montant ③	
										MD	Nbre		
J J M M A A A A	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10											
J J M M A A A A													
J J M M A A A A													
J J M M A A A A													

6 ET 7 : MODIFICATEURS

E : Acte de radiologie sur un enfant de moins de 5 ans.
 F : Acte réalisé un dimanche ou un jour férié.
 N : Restauration coronaire et/ou endodontie chez les enfants de moins de 13 ans.
 U : Urgence (entre 20h et 8h).
 B : Radiographie réalisée au bloc opératoire.

8 : ASSOCIATIONS NON PRÉVUES

Nous ferons figurer dans cette rubrique le code 4 qui précise que par dérogation tous les actes bucco-dentaires sont tarifés à 100%, quel que soit leur nombre. Il en sera de même pour un acte bucco-dentaire associé à un autre acte qui répond à la règle générale s'il est unique. Par contre, si un acte bucco-dentaire était associé à plus d'un autre acte relevant de la règle générale, la situation sera différente :
 - l'acte bucco-dentaire aura le code 1 ainsi que le premier des autres actes,
 - le second aura le code 2,
 - les autres actes relevant de la règle générale ne pourront être facturés.
 Attention, le cas des extractions multiples ayant été intégré à la CCAM, la réduction forfaitaire à 50% ne s'appliquera pas!

9 : REMBOURSEMENT EXCEPTIONNEL

Mettre le code AP si l'acte est soumis à entente préalable, dans ce cas la rubrique «E» de la date d'entente préalable devra être renseignée.

Le devis « CNSD » de l'avenant n°2 dévoilait le prix de nos prothèses. Le devis « CNSD » de l'avenant n°3 met à nu notre activité.

À lui seul, le devis conventionnel imposé par la CNSD dans l'avenant n°2 aurait justifié que l'UJCD attaque ce texte devant le Conseil d'État pour en obtenir l'annulation.



LE DEVIS « CNSD » DE L'AVENANT N°2 : UNE USINE À GAZ INUTILE ET DANGEREUSE

Contre l'amnésie, un bref rappel s'impose.

Rappelons-nous que, bien avant la discussion de l'avenant n° 2, la profession avait déjà défini un modèle de devis, après d'âpres négociations avec les complémentaires au sein du CLAC*. En s'opposant à ce que ce devis devienne conventionnel, la CNSD avait provoqué une réaction de lobbying auprès des parlementaires soutenant les complémentaires et les associations de consommateurs. C'est ainsi que la loi HPST avait imposé dans nos devis le prix d'achat des prothèses et la fourniture de la facture du laboratoire.

À la suite de nombreuses interventions de l'UJCD auprès du ministère et des parlementaires, une solution de compromis avait été trouvée, avec l'accord de tous les syndicats professionnels. La loi Fourcade avait remplacé la notion de prix d'achat par celle de prix de vente, solution qui supprimait la fourniture de la facture du laboratoire.

Désireux sans doute de donner aux complémentaires des gages de « bonne conduite », les rédacteurs — CNSD et FSDL — sont allés bien au-delà de ce que réclamait la loi. En introduisant dans ce devis des items pour définir un mode de calcul alambiqué mais surtout en signant cet avenant, la Confédération a offert aux complémentaires, aux pouvoirs publics et aux médias les bâtons pour battre la profession !

LE DEVIS « CNSD » PERMET DE CALCULER LE PRIX D'ACHAT DE NOS PROTHÈSES !

On nous dit que si le devis est si compliqué à remplir, c'est pour mieux dissimuler le prix d'achat de nos prothèses. C'est faux ! Il permet de le calculer en quelques secondes en utilisant les items ajoutés à ce nouveau devis :

Prix d'achat de la prothèse = A [1 - (B2 / (C - A))]

Colonne A du devis : prix de vente de la prothèse

Colonne B2 du devis : charges de structures.

Colonne C du devis : montant des honoraires.

LE DEVIS « CNSD » DE L'AVENANT N° 3 EST UN MARCHÉ DE DUPES

D'une part, la profession aura les mains liées pour toujours en gravant ses engagements dans le marbre conventionnel. Nous devons fournir les codes et libellés de la CCAM dans nos devis. La précision chirurgicale de ces informations permettra aux complémentaires d'avoir une connaissance parfaite de notre activité. D'autre part, l'Unocam nous assure de ses bonnes intentions dans un contrat de bonnes pratiques signé pour un an. Mais nous savons d'expérience que l'Unocam n'a pas le pouvoir de contraindre certains de ses mandants (comme Santéclair). Engagements pour la profession, simples intentions pour les complémentaires : cherchez l'erreur !

EN CONCLUSION, CES DEVIS SONT INJUSTES, DISCRIMINATOIRES ET INAPPLICABLES

INJUSTES : le titulaire et le collaborateur d'un même cabinet auront des devis différents.

DISCRIMINATOIRES : un jeune confrère en début d'exercice ou un praticien disposant d'un laboratoire de prothèse dans son cabinet sont dans l'incapacité de remplir ce devis. De plus, il n'est toujours pas appliqué dans les centres mutualistes ou les centres de santé.

INAPPLICABLES : il est impossible d'établir un devis sans une assistance informatique. S'il est possible de l'éditer, ce devis est incompréhensible par nos patients, alors qu'il devait leur assurer une meilleure information. En engageant toute la profession, la CNSD savait que la DDPP** effectuerait des contrôles pour imposer l'application de son devis. Avec son recours contre le devis de l'avenant n°2, l'UJCD est le seul syndicat à se battre pour la profession. Nous attendons du Conseil d'État qu'il juge rapidement au fond et clarifie la situation de ce devis porteur de tous les dangers pour la profession.

*CLAC : Comité de Liaison des Assurances Complémentaires

**DDPP : Direction Départementale de Protection des Populations

À l'Ouest... du nouveau

MURIEL WAGNER

Secrétaire générale adjointe de l'UJCD

L'expérience de l'Université des Montagnes se poursuit et démontre que lorsque travail, volonté et confiance se conjuguent, le succès peut être au rendez-vous. Il faut certes faire preuve de persévérance, voire d'opiniâtreté, pour faire aboutir de tels projets. Mais lorsque les premiers résultats deviennent tangibles, chacun s'estime largement payé de ses efforts.



P

UJCD-Union dentaire se réjouit de la bonne évolution de la filière dentaire de l'Université des Montagnes (UdM). Les modalités de coopération avec la faculté d'odontologie Paul Sabatier de Toulouse ont été précisées par une rencontre de tous les responsables concernés. Des campagnes de santé bucco-dentaire sont régulièrement menées par le service d'Odontostomatologie des cliniques universitaires des montagnes (CUM) permettant aux étudiants d'approfondir la clinique et de préparer leur sujet de thèse.

Enfin, des praticiens venus de France continuent à effectuer des missions pour encadrer les étudiants en pré-clinique (salle de fantômes) et clinique (box et service des CUM). Notre consœur, le D^r Myriam Lacan, a remplacé en urgence un praticien auprès des étudiants en dentaire de l'UdM par le biais de l'association BIAGNE; engagée et enthousiaste, elle nous livre photos et extraits de son journal de bord du 20 juin au 26 juillet 2012.

FINALISATION DU TUTORAT AVEC LA FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE TOULOUSE

Suite à l'avenant signé le 25 octobre 2012, une délégation de quatre membres responsables de l'UdM s'est rendue en avril 2013 à Toulouse pour préciser l'appui attendu de la faculté dentaire. Cette délégation était composée du Pr André Ntonfo, directeur des Affaires académiques et de la coopération, du Pr Joseph Dilu, coor-

dinateur à distance de la coopération, ainsi que du D^r Michel Foaeng, coordinateur de l'enseignement et de M. Alphonse Djapiapsi, administrateur académique, en charge du suivi de la coopération. Le Dr Raoul Mboutchouang, chirurgien-dentiste camerounais, ayant effectué sa spécialisation à Paris, et au sein du campus de l'UdM depuis juillet 2012, les y a rejoints.

La faculté de Toulouse s'est engagée à :

- mener sur le terrain l'examen de validation de formation des étudiants du second cycle avant leur entrée en année de thèse, étape exigée par le ministère de l'Enseignement supérieur du Cameroun. Cet examen comportera une épreuve théorique portant sur les enseignements de synthèse, niveaux 4 et 5, ainsi qu'une épreuve pratique validée par un jury de trois à quatre membres.

- assurer par un jury la soutenance de thèse de doctorat d'exercice des étudiants.



Nous souhaitons d'ores et déjà une belle réussite à nos étudiants camerounais dont la première promotion en 2015 fera la fierté de l'UdM et de ses compatriotes.

LES SÉANCES DE DÉPISTAGE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES ORGANISÉS AUX CUM

La région du Ndé voit depuis quelques années une





recrudescence des maladies bucco-dentaires car l'alimentation de la population locale est de plus en plus sucrée. Ainsi les patients viennent en nombre des différentes villes et bourgades aux alentours du campus: essentiellement de Bangangté, mais aussi de Tonga, Bazou, Bafoussam et même de Yaoundé. Ces campagnes régulières permettent aux habitants concernés d'accéder à des soins de qualité avec un accueil chaleureux, à des tarifs qui restent à leur portée.

Nous conseillons au lecteur de se rendre sur le site web de l'UdM <www.udsmontagnes.org>, pour consulter l'article concernant la première campagne d'hygiène dentaire du 14 au 18 janvier 2013: les CUM décidées à tordre le cou aux maladies bucco-dentaires dans le Ndé.

Les étudiants très motivés, bien entourés par des médecins et chirurgiens-dentistes, notamment le Dr Bruno Kaptue, responsable du service d'odontostomatologie des CUM, appréhendent ainsi les réalités cliniques et mettent à profit ces séances cliniques pour trouver leur sujet de thèse.

AU JOUR LE JOUR

Le journal de bord du D^r Myriam Lacan [page suivante], praticienne qui s'est dévouée pendant trois semaines auprès des étudiants à la direction du service d'Odontologie des CUM, est tombée sous le charme de l'Afrique et de l'accueil chaleureux de ses hôtes. Myriam Lacan est arrivée cet été à l'UdM par le biais de l'association Biagne (amie du D^r Nicolas Goellner) après le rapatriement en urgence de notre confrère et

Témoignage du D^r Daniel Dichamp (association AGIR)

A l'UdM, j'ai trouvé les élèves très motivés et toujours aussi agréables et participatifs; ils se donnent à fond. Les conditions matérielles sont bonnes; la salle de fantômes est « au top »; les 4 fauteuils sont fonctionnels, l'instrumentation est OK. Le seul bémol reste encore le manque de patients. Pour le travail en bouche, Bruno (le D^r Bruno Kaptué) est parfois un peu seul. Par ailleurs, il manque d'anesthésiques locaux (pas de carpules avec noradrénaline ou adrénaline (ce qui complique les choses pour les bio pulpectomies). Mais à part des petites choses d'usage courant, tout va bien. L'accueil est toujours aussi sympa!



ami, le D^r Daniel Dichamp de l'association Agir (triple fracture tibia-péroné) auquel nous souhaitons un bon rétablissement. Notre consœur s'est investie auprès des étudiants chaque jour à Banékané. Elle a aussi participé avec eux à une campagne de santé bucco-dentaire organisée à Bangou, à 20 km du campus, dans un bus dentaire mobile.

La devise *Semper altissimo ascendere* illustre parfaitement le parcours remarquable de sa filière dentaire. L'UJCD-Union Dentaire tient à saluer l'engagement des praticiens venus participer à la bonne marche de l'établissement. Elle est fière de donner sa participation à l'Association de soutien à l'Université des Montagnes (As-UdM) créée en France ◀





D^r Myriam Lacan Extraits de mon journal de bord

MERCREDI 26 JUIN

10h30 > je me rends à l'étage pour installer les 3 fauteuils, la stérilisation, du local qui sera la clinique dentaire des étudiants où ils recevront les patients et où ils réaliseront les soins pour valider leur année. Les fauteuils sont à peu près en état de marche, mais tout est sale et il faut faire un bon ménage. Nous obtenons de l'aide, un jeune homme vient faire les paillasses et une jeune fille s'occupe des sols. Youssoufa et moi nous restons à la stérilisation afin de classer et ranger les instruments. L'organisation du local est bien faite mais les équipements sont vétustes. Il n'y a pas de détartreur ultrasonore et seul un des fauteuils possède l'aspiration qui quand elle se met en marche fait le bruit d'un moteur d'avion. La pré-clinique est au bout de quelques heures enfin prête à fonctionner et à accueillir les étudiants et les patients.

JEUDI 27 JUIN

Rencontre avec les étudiants, dans une salle attenante à la pré-clinique. Au bout d'une heure trente, je suis invitée à ma rendre à la pré-clinique et à commencer ce pour quoi je suis venue enfin!!! Je suis là pour encadrer les étudiants et faire en sorte qu'ils fassent un maximum d'actes pour valider leur année.

Les trois fauteuils sont pris d'assaut et l'enthousiasme des étudiants fait plaisir à voir. Les fauteuils fonctionnent à peu près normalement. Il y en a un qui n'a pas de moteur mais il a l'aspiration supersonique!!!

Fauteuil 1, Lola et Véronique, le travail s'effectue en binôme. C'est le fils de Lola qui est sur le fauteuil elle doit lui soigner la 85 et extraire la 75. Fauteuil 2, deux jeunes hommes. Je leur rappelle que j'exige des badges car je ne me rappelle pas de tous les prénoms. Le patient est un jeune étudiant à qui on doit faire un détartrage et l'avulsion de la 36. Fauteuil 3, deux jeunes filles: l'une fait un amalgame et l'autre va faire un composite. Il est 11h et l'ouverture de la pré-clinique est effective. Je passe d'un fauteuil à l'autre vérifiant la bonne marche des soins et dispensant mes petits trucs et des conseils. Nous convenons que la promotion sera divisée en trois groupes constitués de 8 étudiants de 5^e année, soit une séance clinique tous les trois jours. Les 4^e année viendront les rejoindre par groupe de 8 étudiants aussi, afin d'assister leurs aînés. Il est 14h et les étudiants en redemandent. Je suis exténuée et je leur donne rendez-vous pour le lendemain...

Le contrôle sécu

THIERRY FRANCO

Pourquoi moi ? Ce que je dois savoir, faire, comment l'éviter.

INTRODUCTION

Dans ses rapports avec les organismes d'assurance maladie, le chirurgien-dentiste peut avoir non pas un mais plusieurs types de contentieux dont les règles procédurales, l'objet et l'enjeu sont différents.

Comme prévu par la convention de 2005*, une circulaire de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) d'octobre 2006 précise les modalités d'articulation entre les différents dispositifs de sanction, notamment ceux prévus par la loi et la convention.

Savoir identifier l'objet et l'enjeu d'un contentieux, connaître ses droits et les utiliser pleinement pour se défendre de façon adaptée, sont des règles clefs.

Le contrôle médical quant à lui constitue une phase essentielle pour la bonne gestion ultérieure du contentieux dont le chirurgien-dentiste doit connaître les étapes et délais.

Le Service 3A de l'UJCD - Union dentaire (Service d'aide et d'assistance aux adhérents) vous conseille et vous donne les «règles de base» à appliquer ou à éviter.

Pourquoi moi ?

En règle générale, nous remarquons au Service 3A que les contrôles diligentés font souvent suite à :

- un nombre important de consultations (lettre C),
- un nombre important de codifications en Z (par rapport à la moyenne départementale),
- un nombre important d'actes effectués pris en charge par la Couverture maladie universelle (CMU),
- des plaintes de patients à la sécurité sociale,
- des erreurs de codification répétitives,
- plus de 3 actes sur une même dent, dans un délai de moins d'un an (en excluant les radios)...

Cette liste n'est pas exhaustive.

UN PRÉ-CONTENTIEUX : LE CONTRÔLE MÉDICAL

Les contentieux importants, voire graves et lourds de conséquences, qui peuvent opposer les chirurgiens-dentistes aux caisses d'assurance maladie sont le plus souvent précédés d'un contrôle médical. Celui-ci constitue une véritable phase pré-contentieuse dont le praticien doit connaître le déroulement ainsi que ses moyens de défense.

Dès lors, le chirurgien-dentiste concerné pourra aborder, dans les meilleures conditions, le contentieux qui en découlera éventuellement, en contestant s'il y a lieu, la validité des modalités du contrôle médical dont les résultats lui sont opposés.

Parce qu'un contentieux peut en cacher ou en appeler un autre, aucun contentieux, même s'il apparaît minime au départ, ne doit être négligé par les chirurgiens-dentistes.

* Convention conclue le 12 janvier 2005 entre d'une part l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'autre part, le syndicat des médecins libéraux, la Confédération des syndicats médicaux français et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France. Circulaire CIR-50/2006 du 25/10/2006 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.



Étapes et délais

1- DÈS RÉCEPTION DE L'INFORMATION D'ANALYSE:

Vous recevez un courrier simple vous informant que le chirurgien-dentiste conseil (CDC) entame une procédure d'analyse de votre activité, avec éventuellement convocation de patients.

Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie. Il vise à :

- constater les abus en matière de soins, de prescriptions d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations,
- procéder à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie.

Enfin, le service du contrôle médical peut vérifier également le respect des références professionnelles et des recommandations de bonne pratique (Haute autorité de la santé [HAS]), référentiels, sociétés scientifiques, Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale [ANDEM], etc.)

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, le CDC peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse (en général 3 ans et l'année en cours). Il peut entendre et examiner ces patients après en avoir informé le professionnel. (Article R 315-1-1 CSS).

L'information du praticien de la consultation des dossiers médicaux, de l'audition et de l'examen des patients doit être préalable.

Conduite à tenir:

- attendre le prochain courrier,
- transmettre ce premier courrier au Service 3A,
- l'assistance est réservée aux praticiens à jour de cotisation !

A noter que les CDC ont des instruments de contrôle importants à leur disposition (appareil photo, caméra intra-buccale, radiographies) et peuvent solliciter d'autres praticiens qui ont eu les patients concernés en consultation (pour récupérer par exemple des radios panoramiques pour estimer l'état dentaire d'un patient à un instant t).

2- LA DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DU CHIRURGIEN-DENTISTE CONSEIL (CDC):

Vous allez recevoir une demande de complément d'informations émanant du CDC souvent sous cette forme:

Voudriez-vous avoir l'amabilité de nous indiquer :

	Dates	Dents	Cotations	Réponses du Praticien traitant *
* L'objet de la cotation C ci-contre en précisant le motif et le contenu de la séance ainsi que le siège éventuel de l'affection traitée.	11.03.03		C	
* L'objet des cotations ci-contre en précisant : - les lésions initialement constatées, - leur siège, - et les moyens thérapeutiques utilisés, et en nous faisant parvenir les radiographies obligatoires pour les actes qui le nécessitent.	17.03.03		SC 12	
	20.03.03		SC 12	
	24.03.03		SC 12	
	17.03.03	44	SC 18	
	20.03.03	45	SC 18	
	24.03.03	45	SC 18	

* Nous communiquer les clichés ou images radiographiques effectués du 11.03.03 au 24.03.03, datés, identifiés et accompagnés de leurs compte rendus obligatoires (y compris les clichés radiographiques obligatoires depuis l'arrêté du 11 mars 2003).

* : Si nécessaire, vous pouvez poursuivre votre réponse au dos de ce formulaire. Je vous prie d'agréer, Madame et Chère Conseur, l'expression de mes salutations confraternelles les meilleures.

Conduite à tenir:

- transmettre ce courrier au Service 3A,
- il n'y a pas de délai dans les textes entre le premier courrier et cette demande d'information complémentaire,
- ne rien répondre ou remplir sans l'aide du Service 3A: ce qui est important, ce ne sont pas les questions qui vous sont posées mais les réponses que vous ferez et qui pourront vous être opposées !
- commencer à changer vos habitudes et lire la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la convention !
- le délégué du Service 3A (DS3A) vous conseillera pour remplir les demandes de compléments d'informations (un accompagnement d'un dossier peut être évalué entre 4 à 15 heures de travail d'où l'intérêt d'être syndiqué!),
- après contrôle du DS3A, le dossier est envoyé au CDC.

3 - NOTIFICATION DES GRIEFS PAR LA CAISSE EN RECOMMANDÉ AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION (RAR):

Vous allez recevoir une lettre constatant le non-respect des règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de sécurité sociale, de ce type :

- À l'issue de cette analyse et pour les dossiers qui ont été étudiés, un certain nombre d'anomalies ont été mises en évidence portant essentiellement sur un non respect des règles législatives - et/ou - conventionnelles :
- des actes sur dents saines ou présentant des types de lésions ne nécessitant pas les thérapeutiques mises en œuvre (31 actes);
 - des cotations d'actes non conformes aux données acquises de la science (7 actes);
 - des cotations d'actes non réalisés (11 actes);
 - des facturations d'actes non remboursables par l'assurance maladie (19 actes);
 - des non respects de la NGAP en matière de détartrage (32 actes);
 - des cotations d'actes faisant double emploi (8 actes);
 - des surcotations (2 actes);
 - des actes hors nomenclature (3 actes);
 - des absences de radiographie pré-opératoires (39 actes).

D^r CHRISTOPHE TEILLAUD

Les antibiotiques sont des agents antibactériens produits la plupart du temps par des microorganismes comme les champignons. Leurs effets sélectifs, bactériostatiques^(a) ou bactéricides^(a) se manifestent à faibles doses^(b) et s'expliquent par différents modes d'action sur des cibles moléculaires.

Généralités

Découverts au début du XX^e siècle, les antibiotiques ont contribué au traitement efficace, en combinaison avec les vaccins (voir Convergences n°8), de la plupart des grandes maladies infectieuses bactériennes comme la tuberculose. Les premiers antibiotiques obtenus industriellement furent les pénicillines qui ont des propriétés bactéri-

cides. La synthèse chimique des antibiotiques a permis ensuite de les produire en grande quantité, mais sur les dix mille molécules antibiotiques connues, seule une centaine est utilisée en médecine (20).

Le développement des antibiorésistances résulterait de l'utilisation mal contrôlée des antibiotiques, par automédication, ou par l'inadéquation des prescriptions (14). L'excès de prescription d'antibiotiques induirait aussi le développement d'allergies, par exemple aux pénicillines, qui sont à prendre en considération dans notre activité afin d'éviter toute complication potentiellement grave pour nos patients.

La surconsommation d'antibiotiques pourrait être à l'origine d'épidémies non contrôlables^(c) (20). Les pouvoirs publics et les autorités sanitaires ont alors développé des campagnes d'information afin de diminuer ces habitudes consuméristes (3). Malheureusement, ces tentatives de régulation des prescriptions se heurtent aux habitudes prises par les professionnels de santé depuis plusieurs décennies.

Au cours de notre activité de soins, la prescription d'antibiotiques repose d'une part sur le diagnostic de la



La surconsommation en antibiotiques accentue, sur le long terme, les résistances bactériennes.

pathologie bucco-dentaire pour laquelle nos patients consultent et d'autre part sur la prise en considération de l'état de santé général des patients. Cette démarche de prise en charge des patients est la garantie d'une antibiothérapie prophylactique et/ou curative adéquate.

La première partie de l'article est consacrée à une présentation générale des antibiotiques, de leurs modes d'action et de leurs rôles ainsi que des effets secondaires et des mécanismes de résistance bactérienne. Les indications et les modalités de l'antibiothérapie prophylactique et/ou curative destinée à nos patients sur lesquels des soins invasifs ou non invasifs^(d) sont prévus fait l'objet de la deuxième partie.

Notes

- (a) L'effet bactériostatique correspond à l'inhibition de la multiplication des bactéries, l'effet bactéricide aboutit à la lyse bactérienne.
- (b) Les antiseptiques, à usage externe, et les désinfectants, utilisés pour la désinfection du matériel dentaire souillé, sont aussi des agents antibactériens, mais ils agissent non spécifiquement à des concentrations élevées.
- (c) Par exemple la résistance des *Staphylococcus aureus* à la méticilline (les SARM) va de pair avec leur virulence accrue. Il en est de même avec l'émergence des *Escherichia coli* résistantes aux céphalosporines de troisième génération (12).
- (d) Un acte est qualifié d'invasif quand il est susceptible d'induire une infection locale, à distance ou générale (1a).

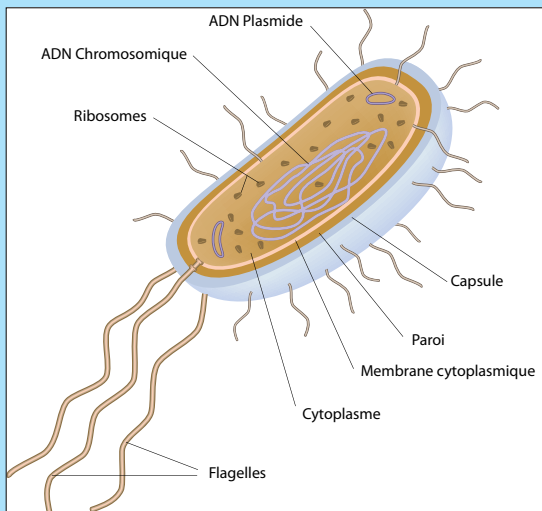


Figure 1. Structure d'une bactérie.

L'enveloppe comporte une capsule polysaccharidique et le glycocalyx (voir photo p. 51) qui entoure les bactéries dans leur milieu naturel. La paroi est composée du peptidoglycane qui assure la protection et la rigidité des bactéries. La membrane cytoplasmique est composée d'une double couche de phospholipides et de protéines. Elle assure les échanges avec le milieu extérieur, les enzymes membranaires interviennent dans le métabolisme énergétique. Le cytoplasme contient des ribosomes impliqués dans la synthèse des protéines. L'ADN chromosomique contient des gènes codant pour des protéines nécessaires au métabolisme bactérien. L'ADN extra-chromosomique ou plasmide contient, entre autres gènes, les gènes de résistance aux antibiotiques. Le transfert d'un plasmide d'une bactérie à une autre bactérie, appelé conjugaison, se fait par simple contact. Ce mécanisme permet la diffusion du caractère de résistance d'une bactérie à un antibiotique, ce qui explique l'adaptabilité des bactéries aux antibiotiques.

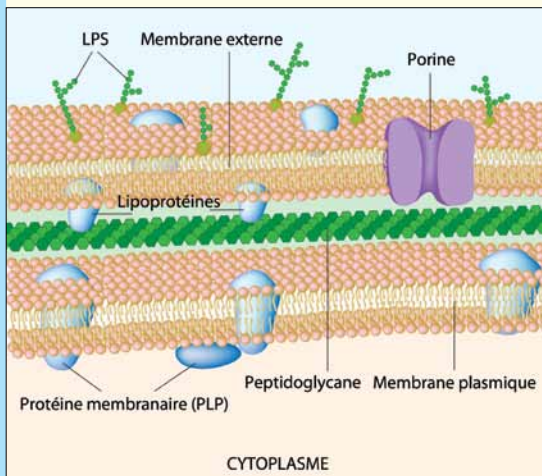


Figure 2. Représentation schématique de la paroi bactérienne.

La paroi des bactéries à Gram positif (voir encadré 1) est composée seulement du peptidoglycane formé de chaînes polysaccharidiques reliées entre elles par des chaînes peptidiques. Les bactéries à Gram négatif comportent en plus une couche externe de phospholipides et de lipopolysaccharides (LPS), renfermant des porines, protéines qui forment de véritables canaux de passage des pénicillines. Les protéines membranaires sont des enzymes impliquées dans la synthèse du peptidoglycane, ce sont des protéines liant les pénicillines ou PLP.



ainsi qu'à l'ampicilline (Totapen®).

- L'acide clavulanique est parfois utilisé en association avec l'amoxicilline (Augmentin®) car son affinité pour les bêta-lactamases est forte. Les bêta-lactamases sont des enzymes qui inactivent les bêta-lactamines en hydrolysant le cycle bêta-lactame, créant ainsi une situation de résistance bactérienne aux bêta-lactamines, qui est levée grâce à l'acide clavulanique.

2) Les macrolides vrais comme la spiramycine (Rovamycine®) sont actifs contre les bactéries à Gram positif et les cocci à Gram négatif; les streptogramines comme la pristinaamycine (Pyostacine®) inhibent la synthèse des protéines en agissant sur les ribosomes (structure cytoplasmique où la traduction des ARNm des protéines s'effectue). Ces antibiotiques sont bactériostatiques (figure 3, Tableaux I et II).

3) Les nitro-imidazolés comme le métronidazole (Flagyl®) qui ont un spectre limité aux bactéries anaérobies (*Bacteroides*, *Fusobacterium*) sont bactéricides car ils provoquent la fragmentation de l'ADN (figure 3, Tableaux I et II).

ALLERGIE AUX ANTIBIOTIQUES

Les effets bénéfiques des antibiotiques obtenus dans la lutte contre les maladies infectieuses sont contrebalancés par l'existence d'allergies. Le cas des pénicillines est emblématique de l'accroissement de ces réactions allergiques lié, au moins en partie, à leur surconsommation.

Les manifestations cliniques allergiques dues aux pénicillines sont souvent bénignes comme l'urticaire, des éruptions cutanées ou sont plus graves comme un œdème ou une gêne respiratoire. Enfin, le choc anaphylactique, heureusement rare, dont une des formes potentiellement mortelle est l'œdème de Quincke peut survenir. Il est donc important de noter l'existence d'allergie aux pénicillines ou à tout autre antibiotique lors de la première consultation.

RÉSISTANCE BACTÉRIENNE AUX ANTIBIOTIQUES

L'antibiorésistance innée est la capacité spontanée des bactéries à résister à l'action des antibiotiques. Elle est due soit à la présence d'enzymes d'inactivation, soit à l'absence de cible moléculaire bactérienne.

L'antibiorésistance acquise revêt plusieurs formes. La multirésistance correspond à la résistance aux antibiotiques de première intention; c'est le cas de la résistance observée pour le traitement de la tuberculose avec la rifampicine et l'isoniazide (21). La résistance aux antibiotiques de première et de deuxième intention définit l'ultrarésistance, par exemple la résistance à une fluoroquinolone et un aminoside comme l'amikacine (21).

L'antibiorésistance acquise trouve son origine en partie dans la surconsommation en antibiotiques, à l'automédication, à la non observance des traitements prescrits ainsi qu'à des prescriptions abusives et non raisonnées. La résistance acquise a été rapidement observée peu après la mise au point des antibiotiques (5).

La surconsommation d'antibiotiques est une problématique de santé publique pertinente tant en terme de dépenses de santé qu'en terme de sécurité sanitaire. En effet, l'un des risques majeurs de l'amplification des résistances bactériennes, qui est redouté par les autorités sanitaires, est l'apparition de grandes épidémies incontrôlables par l'antibiothérapie. La mondialisation de l'antibiorésistance est une



Allergie cutanée à la pénicilline.

situation que les autorités sanitaires prennent en considération pour lutter contre ce risque (12). L'OMS estime à 25000 le nombre de décès de patients chaque année en Europe du fait d'infections non contrôlables directement dues à des multirésistances bactériennes (8, 14, 21). Face à ce risque sanitaire, les solutions mises en avant pour contrer l'antibiorésistance acquise sont diverses :

- La première consiste à réaliser un

Tableau II. Antibiotiques utilisés en odontologie

Bêta-lactamines	Macrolides et apparentés	Glycopeptides
amoxicilline (Clamoxyl®), oxacilline (Bristopen®), pénicilline G	clarithromicine (Zeclar®), spiramycine + métronidazole (Rodogyl®), clindamycine (Dalacine®), pristinamycine (Pystacine®)	vancomycine (Vancocine®), téicoplanine (Targocid®)

Tableau III. (D'après 1a)

Liste des actes bucco-dentaires non-invasifs	Liste des actes bucco-dentaires invasifs
actes de prévention non sanglants soins conservateurs soins prothétiques non sanglants dépose postopératoire de sutures pose de prothèses amovibles pose ou ajustement d'appareils orthodontiques prise de radiographies dentaires	soins parodontaux et chirurgie parodontale soins endodontiques chirurgie buccale: chirurgie osseuse et des tissus mous chirurgie pré-implantaire et implantaire (greffe osseuse, pose d'implants dentaires...) anesthésie locale ou locorégionale, intraligamentaire soins prothétiques et orthodontiques à risque de saignement

Tableau IV. Classification des cardiopathies

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse	Cardiopathies à risque modéré d'endocardite infectieuse	Cardiopathies sans risque d'endocardite infectieuse
<p>I Prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou matériel étranger pour une chirurgie valvulaire conservatrice (anneau prothétique...).</p> <p>II Antécédent d'endocardite infectieuse</p> <p>III Cardiopathie congénitale cyanogène: - non opérée ou dérivation chirurgicale pulmonaire-systémique - opérée, mais présentant un shunt résiduel - opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée, sans fuite résiduelle, seulement dans les 6 mois suivant la mise en place - opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée avec shunt résiduel</p>	<p>I valvulopathies: insuffisance, rétrécissement, et bicuspidie aortiques, insuffisance mitrale</p> <p>II cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf communication interauriculaire</p> <p>III cardiomyopathie hypertrophique obstructive</p> <p>IV prolapsus de la valve mitrale avec insuffisance mitrale et/ou épaississement valvulaire</p>	<p>communications interauriculaires souffles valvulaires fonctionnels prolapsus valvulaire mitral à valves fines sans souffle</p>

(Liste non exhaustive)

Tableau V. Actes bucco-dentaires contre-indiqués chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse (D'après 1a)

anesthésie locale intraligamentaire	soins endodontiques	actes chirurgicaux
		amputation radiculaire, transplantation/réimplantation, chirurgie périapicale, chirurgie parodontale, chirurgie implantaire et des péri-implantites, mise en place de matériaux de comblement, chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées

●●● très haut risque d'endocardite infectieuse; certains actes bucco-dentaires invasifs leur sont totalement contre-indiqués (voir Tableau V). Le groupe B est formé par des patients à risque moins élevé d'endocardite infectieuse. Enfin, il existe aussi des patients dont le risque d'endocardite infectieuse est très faible (Tableau IV).

RECOMMANDATIONS EN PRATIQUE COURANTE

Lors de la première consultation, l'état de santé général du patient est précisé, et si nécessaire, des contacts avec le médecin généraliste et/ou spécialiste comme le cardiologue, l'hématologue ou l'infectiologue permettront d'assurer les soins bucco-dentaires dans des conditions de sécurité maximale. Après le diagnostic précis de la pathologie pour laquelle le patient a consulté, la décision d'une antibiothérapie à visée prophylactique accompagnée ou non d'une antibiothérapie curative est prise. L'antibiothérapie préventive n'est pas destinée à prévenir les conséquences d'une éventuelle défaillance des mesures d'hygiène et d'asepsie qui sont la règle lors de nos soins (6). Au contraire, ce type d'antibiothérapie risque d'augmenter les surinfections par des bactéries multirésistantes. Néanmoins l'antibiothérapie préventive est indiquée par exemple lors d'une avulsion dentaire ou lors de la pose d'implant dentaire chez des patients recevant des bisphosphonates per os pour traiter une ostéoporose (1b et 16).

L'antibioprophylaxie

Elle a pour but d'empêcher le développement d'une infection post-opératoire locale, générale ou à distance, due à différents germes comme les staphylocoques, ou les streptocoques (1a).

L'opportunité d'une antibioprophyllaxie chez les patients à risque d'EI a récemment fait l'objet de recommandations plus pragmatiques par la Société Européenne de Cardiologie et par l'Association Américaine de Cardiologie (2, 18, 19). En effet, si les soins dentaires invasifs peuvent être à l'origine d'EI, comme l'avulsion dentaire qui provoque une bactériémie dans 10 à 100% des cas (2), des gestes plus anodins comme le brossage dentaire ou la mastication entraînent une bactériémie qui peut déclencher une EI (2, 13, 19). C'est ainsi que la durée et les indications de prescription prennent en considération le rapport bénéfice/risque de la prescription préventive d'antibiotiques (19).

- L'antibioprophyllaxie n'est pas indiquée pour les actes non invasifs (Tableau III) chez toutes catégories de patients y compris dans une situation de cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse. Cette situation est de loin la plus fréquente car elle s'adresse à la majorité des patients.

- A l'inverse, pour des soins invasifs, l'antibioprophyllaxie est recommandée voire impérative pour des patients dont le risque infectieux est élevé. Il s'agit des patients présentant une cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse (2, 18) ou encore les patients séro-positifs pour le VIH dont le nombre de lymphocytes T CD4 est inférieur à 500/mm³ [le statut clinique de ces patients est à évaluer avec le médecin traitant ou le service d'infectiologie (voir Convergences n°7, 4)]. Il en est de même pour les patients diabétiques non équilibrés.

- Pour les patients présentant une cardiopathie à risque modérée l'antibiothérapie prophylactique n'est plus indiquée mais est optionnelle en fonction de l'état de santé général du patient lorsqu'un geste bucco-dentaire invasif est réalisé.

L'antibiothérapie curative

Ce type d'antibiothérapie résulte d'un choix raisonné et raisonnable qui repose sur l'examen clinique du patient et sur un diagnostic précis. Cette démarche thérapeutique contribue à la décroissance de la résistance bactérienne et diminue les risques toxiques potentiels liés à la prise d'antibiotique (1a).

La présence d'un foyer infectieux bucco-dentaire doit faire l'objet d'un traitement étiologique chirurgical et d'une éventuelle prise d'antibiotiques. Si des signes généraux accompagnent cette infection dentaire (fièvre, altération de l'état général du patient, présence d'un trismus, adénopathie, etc.) l'antibiothérapie curative prend tout son sens mais elle ne peut se substituer au traitement étiologique.

Globalement, cette antibiothérapie est indiquée chez les sujets sains et a fortiori

Bibliographie

- 1a) Afssaps. « Prescription des antibiotiques en pratique dentaire ». Recommandations. p : 2-19. 2011.
- 1b) Afssaps. « Recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients traités par bisphosphonates ». 2007.
- 2) AHA guideline. « Prevention of infective endocarditis: guidelines from the AHA... ». Circulation. 116 : 1736-1754. 2007.
- 3) ANSM. « Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012 ». Rapport. 2013.
- 4) Caquet R. « 250 examens de laboratoire. Prescription et interprétation ». Ed. Masson 10^e édition. pp: 1-437. 2008.
- 5) Chabbert Y. « Evolution des populations bactériennes résistantes sous l'influence des antibiotiques ». Ann Inst Pasteur. 97 : 41-52. 1959.
- 6) DGS : « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et stomatologie ». 2006.
- 7) Duschesne E. « Contribution à l'étude de la concurrence vitale chez les micro-organismes: antagonisme entre les moisissures et les microbes ». Thèse de Doctorat. 1897.
- 8) European center for disease prevention and control, European medicines agency. « The bacterial challenge: time to react ». Site Internet EMA: www.ecdc.europa.eu. Joint Technical Report Londres. 2009.
- 9) Fleming A. « On the antibacterial action of cultures of a penicillium, with special reference to their use in the isolation of B. influenzae ». Br J Exp Pathol. 10 : 226-36. 1929.
- 10) Harrison J. et coll., « Antibiotic prophylaxis for infective endocarditis ». Lancet. 371 : 1317-1319. 2008.
- 11) Hugonnet JE. « Une thérapie prometteuse contre les souches ultrarésistantes de M. tuberculosis ». Med Sci. 25 : 661-663. 2009.
- 12) Leclercq R. « Mondialisation de la résistance bactérienne aux antibiotiques ». Med Sci. 24 : 32-37. 2008.
- 13) Lockhart P. « Bacteremia associated with toothbrushing and dental extraction ». Circulation. 117 : 3118-3125. 2008.
- 14) OMS : « Journée mondiale de la santé 2011-Résistance aux antibiotiques: pas d'action aujourd'hui, pas de guérison demain ». Bulletin OMS, 89. 2011.
- 15) Pagès JM. « Porines bactériennes et sensibilité aux antibiotiques ». Med Sci. 20 : 346-351. 2004.
- 16) Ruhin B. « Recommandations de bonne pratique, implants dentaires et bisphosphonates ». 26^e Journée Scientifique du GRIO. 2013.
- 17) Sheehan JC, Henery-Logan KR. « The total synthesis of penicillin V ». JACS. 3089, 81, 1959.
- 18) Spilf et SFC. « Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révision de la conférence de consensus de mars 1992 Recommandations 2002 ». Médecine et maladies infectieuses. Ed. Elsevier. 32 : 542-552. 2002.
- 19) The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). « Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009) ». European Heart Journal. 30: 2369-2413. 2009.
- 20) Trémolières F. « Quand le miracle antibiotique vire au cauchemar ». Med Sci. 26 : 925-929. 2010.
- 21) Veziris N, Robert J. « Résistance aux antituberculeux et impasse thérapeutique ». Med Sci. 976-980. 2010.

SITES INTERNET À CONSULTER

Site de l'ANSM : « Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France ». 2012.

Site de l'Assurance Maladie sur l'usage raisonné des antibiotiques: « Les antibiotiques c'est pas automatique » et « Les antibiotiques utilisés à tort ils deviendront moins forts ».

Site de l'ASA : American Society of Anesthesiologists <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

REMERCIEMENTS

Merci au Docteur Jean-Luc Teillaud (Inserm) pour la relecture du document.

Incontournable transparence

Sommes-nous prêts à être transparents, en avons-nous les moyens ?

Comident et UJCD poursuivent pour nos lecteurs le dialogue public engagé dans le précédent numéro de *Convergences*. C'est sur le thème de la transparence que portent cette fois les échanges entre Daniel Viard, délégué général du Comident et Philippe Denoyelle, président de l'UJCD-Union dentaire.

Le terme de transparence est bien général; que peut-il signifier dans notre domaine d'activité ?

Daniel Viard → En premier lieu, il me semble que la notion de transparence doit être replacée dans le contexte sanitaire, devenu particulièrement sensible à la suite de quelques scandales récents, Mediator et PIP s'il faut les citer. Les dispositifs médicaux figurent aujourd'hui parmi les premières préoccupations des autorités sanitaires et des Pouvoirs publics. C'est dire l'importance du sujet, et le poids de l'environnement institutionnel et politique. Il est possible de pratiquer la transparence de deux manières opposées. Soit on ne considère que l'aspect réglementaire — les contraintes — et on vit la transparence uniquement comme une obligation; soit on cherche à positiver et on pratique alors la transparence comme un des éléments d'une démarche volontariste. Dans ce cas, on cherche à faire d'une obligation un progrès de la qualité.

Philippe Denoyelle → Cette interrogation rejoint, comme une déclinaison pratique, le thème dont nous avons discuté en 2012 (*). Éthique dans les relations avec les patients, dans les rapports avec l'échelon industriel et au sein de celui-ci, on voit que la transparence appartient à l'éthique et qu'elle concerne tous les maillons de cette chaîne de compétences et de responsabilités en quoi s'analysent les actes des professionnels de santé que nous sommes. En cela, la transparence rejoint aussi la traçabilité.

Mais il est nécessaire que la transparence, lorsqu'elle s'applique dans le concret, puisse être accessible: elle doit être facile à comprendre — mais sans simplisme — et se suffire à elle-même, c'est-à-dire ne pas ajouter de questions supplémentaires. Dans cette acception, la mission du chirurgien-dentiste consiste à fournir la meilleure prestation médicale possible avec des produits dont la qualité est ainsi objectivée.

Daniel Viard → En effet, le lien avec l'éthique est évident car, pour les industriels aussi, la transparence est une des composantes de leur comportement éthique. Pour suivre



© Shutterstock

la définition que vous venez de donner, la qualité ne semble pouvoir être «objectivée» qu'en considérant l'ensemble des praticiens et des industriels et sur la base de règles d'une grande clarté. N'oublions pas que si les entreprises de santé sont soumises à des règles et à des obligations particulières, leur objectif est d'être «au service de».

Industriels et praticiens partagent donc une même finalité: apporter aux patients les meilleures réponses thérapeutiques.

Philippe Denoyelle → Il en est ainsi pour tous les professionnels de santé. Mais dans certains environnements, cette notion soulève des interrogations. Il est clair pour chacun que les affaires Mediator et PIP se situent aux antipodes du comportement éthique et l'on voit, pour l'une comme pour l'autre, où aurait dû se situer la transparence. Dans le premier cas, ce qui est très grave, c'est que la recherche de nouveaux débouchés pour un produit existant a conduit à préconiser ce produit pour un usage ●●●

- qui n'était pas le sien. Alors que la finalité aurait dû demeurer l'acte de soin, cette préoccupation a laissé place à la recherche d'une rentabilité dont nous savons maintenant qu'elle était «à tout prix». De moyen normal et légitime pour toute entreprise, cette notion de rentabilité est devenue uniquement un objectif à atteindre coûte que coûte. C'est atterrant.

Daniel Viard → Si nous devons trouver une raison, et une seule, à la nécessité d'intégrer les praticiens au sein de la démarche d'élaboration des dispositifs médicaux, ce serait celle-ci: il n'est pas envisageable de mettre sur le marché des produits inadaptés ou qui n'ont pas été testés convenablement. Pour cela les industriels ont particulièrement besoin de la participation des professionnels de santé.

Soyons clairs: la véritable utilité du produit ne peut être déterminée sans le concours des praticiens.

Mais cela soulève la question des conflits d'intérêts, et renvoie à la réglementation, qui a pour objectif d'éliminer certains abus, d'ailleurs pas spécifiquement dans le dentaire. Rappelons-nous que l'interdiction des cadeaux aux professionnels de santé date de vingt ans. Une autre question concerne les relations entre les structures investies d'une responsabilité de représentation, comme les syndicats pour les praticiens ou le Comident pour les industriels.

Philippe Denoyelle → Je crois important d'insister sur la nature de cette chaîne de transparence, qui pourrait aussi être dénommée chaîne de confiance. En effet, le patient accorde sa confiance au chirurgien-dentiste et celui-ci fournit en retour une sorte de garantie à son patient. C'est la première partie de la chaîne. À l'autre extrémité, les relations entre le praticien et les industriels doivent reposer, elles aussi, sur une confiance mutuelle. Il s'établit ainsi une sorte de délégation à deux niveaux: entre l'industriel et le professionnel de santé d'une part, entre ce dernier et son patient, d'autre part.

Il est clair que, dans cette chaîne, le praticien est le maillon le plus sollicité, puisqu'il doit en quelque sorte apporter une garantie de bonne fin à cette relation de confiance.

La mise en œuvre de la transparence peut-elle être neutre, quelles conséquences doit-on en attendre?

Daniel Viard → En ce qui concerne la réglementation, il semble certain que les nouvelles dispositions iront beaucoup plus loin que la loi Bertrand, moins normative qu'on ne le dit souvent. Avec un énorme problème, en toile de fond pour le moment mais qui va bientôt occuper le de-

vant de la scène: la révision de la directive 93-42. Car il s'agira cette fois, non d'une transposition en droit interne, mais de l'application directe d'une loi européenne.

Bien sûr, ces mesures auront nécessairement un impact sur le prix des produits. Nous rejoignons ici les chirurgiens-dentistes pour affirmer avec eux qu'il va devenir vital de résoudre le problème né du déséquilibre des valorisations entre soins et prothèses.

C'est toute une chaîne qui va se mettre en place avec la traçabilité de chaque dispositif médical et il faut s'en réjouir car l'objectif est l'amélioration de la qualité. Toutefois, les plus petites structures risquent de connaître de réelles difficultés en raison de leur taille et de ne pas être en mesure de respecter ce nouveau cadre. Pour autant, il faut bien comprendre que cette étape est un moment important dans la construction plus vaste qui doit se traduire par une professionnalisation accrue de tous les acteurs de la santé: industriels comme praticiens. C'est un objectif qui nous paraît essentiel.

Philippe Denoyelle → Sur la nécessité de rechercher en permanence une amélioration de la qualité, nous partageons pleinement votre point de vue et nous sommes convaincus que cette voie passe notamment par une coopération exemplaire entre industriels et professionnels de santé. Cependant, la transparence telle qu'elle est conçue à l'heure actuelle — et devrait se traduire en décisions réglementaires sous peu —, soulève bien des problèmes car elle suppose une sorte de monde idéal, bien éloigné des réalités de notre exercice. On demande déjà beaucoup aujourd'hui aux chirurgiens-dentistes et on veut manifester leur demander davantage encore demain. Or les contingences des cabinets ne sont pas prises en considération, pas plus que les responsabilités qu'il nous est demandé d'assumer mais qui ne sont pas honorées.

Sans revalorisation et sans réforme de nos conditions d'exercice, la situation actuelle ira en se dégradant chaque jour davantage, notamment sous l'effet de ces obligations nouvelles. En tant que praticiens en exercice, nous nous interrogeons sur la capacité future de nos confrères et confrères à continuer de dispenser des soins de qualité à l'ensemble de nos patients, sans sélection ni exclusive. En tant que syndicalistes, il est de notre devoir de tirer la sonnette d'alarme et d'interpeller les Pouvoirs publics, gouvernement et assurance maladie, lorsqu'ils se défont de leurs responsabilités. Naturellement, nous sommes favorables à l'amélioration continue de la qualité, mais nous devons demeurer vigilants ◀

(*) « À propos d'éthique, un dialogue entre profession et industrie », Convergences n° 10, novembre 2012, pp 37-38.



© Shutterstock

Actualités du Comident

Réunissant différents acteurs de l'industrie dentaire – fabricants, importateurs et distributeurs – le Comident, par les actions qu'il entreprend et doit entreprendre, se place dans le droit fil d'une activité dédiée à la santé publique. Une présentation du Comident avait été réalisée dans le numéro de l'an passé de *Convergences* diffusé au moment de l'ADF.

Nous vous présentons cette année les actions qui ont été entreprises, notamment celles qui impliquent aussi les praticiens directement ou indirectement.

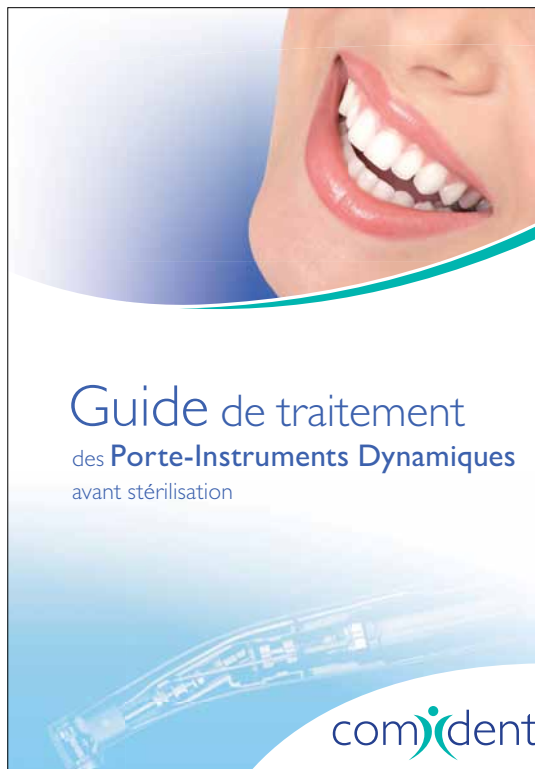
LES GUIDES PRATIQUES

Nous annonçons à la même période l'an dernier, la parution du *Guide de traitement des PID*. Celui-ci a remporté un très large succès. Il est toujours d'actualité et disponible. Une réunion d'évaluation a été organisée l'été dernier pour valider le contenu après plusieurs mois d'existence. Rappelons que ce type de guide exprime un consensus des fabricants dans un souci de totale objectivité, pour être au plus près des règles existantes. La participation des industriels et praticiens composant le groupe a permis de rendre service à la profession.

RECYDENT

D'importants changements viennent d'être décidés. Dans le souci d'aider les praticiens et de proposer à nos industriels les meilleures conditions économiques, il a été décidé de transférer les activités de Recydent à Recylum, autre éco-organisme agréé qui dispose de structures plus importantes. Cela permet à la fois de maintenir le service rendu et d'améliorer, à moindre coût, les conditions économiques qui se répercutent sur les prix de vente des matériels. Tous les services rendus par Recydent seront assurés par Recylum. Rappelons que pour les praticiens détenteurs d'EEE (équipement électrique et électronique), il est impératif qu'ils s'assurent dès l'acquisition que leur fournisseur est et sera en mesure de garantir :

- que l'EEE est conforme aux normes en vigueur (marquage CE...),



- qu'il dispose d'un système de collecte, stockage,
- qu'un bordereau de suivi du déchet (BSD) sera remis lors de l'enlèvement du DEEE. C'est ce document qui atteste du traitement du déchet dans les conditions légales et dégage le vendeur, comme le détenteur, de responsabilité future liée au déchet.
- La loi dite « Bertrand », de décembre 2011, est aujourd'hui en application. Cette loi, qui comporte deux volets, s'adresse évidemment aux praticiens en matière ●●●





© Shutterstock

●●● de «transparence». Mais le volet «publicité» n'est pas à écarter totalement. Afin de faciliter la tâche de ses membres, le Comident a entrepris, dès sa mise en application, une information systématique de ceux-ci sur le sujet. Par la suite, des journées de formation ont été organisées afin de bien expliquer les obligations de déclaration de «liens d'intérêts», notamment. Enfin, des conventions-types sont élaborées avec l'aide de l'ONCD, afin de s'assurer de la conformité des déclarations que les entreprises vont établir de manière à «sécuriser» les relations des praticiens avec les entreprises qui leur fournissent matériaux et équipements. Ces derniers répondent pour la grande majorité à la dénomination Dispositifs médicaux (DM), objet de réglementation et d'encadrement des relations «fournisseurs-utilisateurs», mais devant être prochainement régis par de nouvelles dispositions remplaçant la directive [93-42]. La plus grande sécurité à l'utilisation de DM, notamment ceux de la classe IIb et III, va amener quelques contraintes pour certains d'entre eux, parmi lesquelles une traçabilité unitaire dite «UDI» (Unique Device Identification). Là encore, si la sécurité des patients bénéficiera de toutes ces mesures, il sera nécessaire de bien informer aussi bien les praticiens que les fournisseurs. Le Comident se prépare déjà en vue de l'appli-

cation de cette nouvelle loi européenne attendue pour 2014-2015. Nous voyons bien, à travers ces quelques exemples, que les liens entre praticiens et industriels ne peuvent que se développer, et ce, bien au-delà d'une simple relation commerciale. La confiance et le professionnalisme, qui doivent être désormais les maîtres mots qui les caractérisent, contribuent à la délivrance de soins de qualité en toute sécurité et transparence pour les patients ◀

Le Comident est à votre disposition à l'ADF, Stand 1L09.



© Shutterstock

Retraitement des porte-instruments dynamiques (PID);

La médecine bucco-dentaire et les techniques associées ont beaucoup évolué ces dernières années. Il en est de même pour les procédures d'hygiène et de stérilisation qui ont progressé conjointement pour atteindre des performances de niveau hospitalier.

C

ertains produits sont particulièrement difficiles à traiter. C'est le cas des PID (turbines, contre-angles et pièces à main) qui sont des vecteurs de contaminations croisées. Ils sont compliqués à nettoyer, en particulier les parties internes, et à stériliser sans équipements et procédés spécifiques. Des procédés ou cycles validés de préférence.

Le nettoyage est l'étape fondamentale du protocole de retraitement des instruments, afin d'aboutir à une stérilisation sûre et efficace. En effet, lors de la stérilisation à la vapeur, les débris, résidus, protéines, biofilms, etc. constituent un écran à l'agent stérilisant la chaleur humide. Cette fine couche de souillure restreint le transfert de l'énergie latente de la vapeur sur les surfaces internes et externes des instruments. Par conséquent, une partie des micro-organismes ainsi masqués survivra au cycle de stérilisation. Comme le précisent tous les guides de bonnes pratiques: « On ne stérilise bien que ce qui est propre ».

CHAQUE PID EST CONSTRUIT DIFFÉREMENT EN TERMES DE DESIGN ET DE TECHNOLOGIE.

Les composants internes sont complexes, continuellement miniaturisés et constitués de matériaux divers (composites, alliages de métaux, élastomères). On y intègre même des composants électroniques.

Par conséquent, le prétraitement devient plus contraignant et requiert un haut niveau de performance des automates de nettoyage. A l'exception des

instruments entièrement démontables (et encore...), il est impossible de nettoyer efficacement les parties internes telles que les engrenages, roulements à billes, griffes de serrage, boutons poussoirs, les conduits et buses d'irrigation, etc.

Le fait que les PID ne peuvent être ni immergés dans une solution nettoyante ni traités dans un bac à ultrasons, rend l'opération encore plus fastidieuse!

En ce qui concerne les surfaces externes, il est généralement recommandé de les nettoyer sous eau courante avec une brosse douce en évitant de faire pénétrer trop d'eau (calcaire) à l'intérieur.

Après nettoyage et séchage, les PID doivent être lubrifiés avant conditionnement et stérilisation.

Lorsque l'on utilise la bombe de lubrifiant, on applique l'embout adéquat et presse le poussoir pendant une seconde. Il est très difficile de doser la quantité d'huile insufflée ce qui, à long terme, peut entraîner une sur-lubrification qui d'une part n'est pas idéale pour la composante mécanique mais surtout pourrait compromettre l'efficacité de la stérilisation.

Prenant tous ces critères en considération, on est forcé de constater que l'entretien et le retraitement des PID pose un réel problème. Si ces opérations ne sont pas effectuées dans les règles de l'art, cela peut drastiquement réduire leur durée de vie jusqu'à 50%. Plus grave encore, résulter en instruments non stériles avec une incidence directe sur la sécurité du personnel soignant et des patients. Les PID, passant de la bouche d'un patient à celle du suivant, sont les



L'impression 3D

Rêve ou réalité ?

PAUL CATTANÉO



« La 3D fait forte impression », titrait récemment le journal *Libération*. Pour *M*, le magazine du Monde, « l'impression 3D fait couler beaucoup d'encre »... Nombreux sont les articles qui se focalisent sur ce nouveau procédé de fabrication en relief. On parle déjà de révolution industrielle. Explications...

COMMENT ÇA MARCHE ?

Le principe de l'impression 3D n'est pas très éloigné de celui de l'impression classique que nous utilisons quotidiennement. Sur nos imprimantes à jet d'encre actuelles, les buses déposent des couches d'encre sur un support papier. L'imprimante 3D fonctionne de manière identique, à la différence que les buses déposent d'infimes couches successives de matériau fondu jusqu'à obtention du produit dessiné par l'opérateur sur un ordinateur. Les imprimantes 3D touchent à de nombreux secteurs d'activité et les champs d'applications sont maintenant multiples.

rapide, permet de travailler différents alliages et métaux, comme le titane. L'impression pour une pièce unique ou pour des tirages limités est beaucoup plus performante que la fabrication d'un moule. EADS les a adoptés pour des petites pièces qui équipent certains satellites en orbite. La Nasa envisage d'avoir recours à des imprimantes 3D dans l'espace, permettant ainsi à ses astronautes de produire des pièces dont ils pourraient avoir besoin et financerait des projets de recherche sur la production de pizzas en 3D pour alimenter les voyageurs de l'espace... Un signe ne trompe pas : le président américain Barack Obama et son gouvernement ont ainsi investi en 2012 plusieurs dizaines de millions de dollars dans un centre de recherche dédié au sujet dans l'Ohio.

L'IMPRESSION 3D POUR LE GRAND PUBLIC

Avec l'arrivée sur le marché d'imprimantes moins onéreuses (800 euros), plus rapides, et un plus grand choix de matériaux imprimables (200), ce nouveau mode de fabrication risque de transformer notre quotidien et d'avoir un formidable impact sur notre société. Ces machines vont permettre la création de petits objets utiles au quotidien ou de pièces de rechange. La « Fashion Week » qui s'est déroulée en octobre dernier à Paris a vu des créateurs produire des séries dédiées à la mode (bijoux et robes). Enfin, très tendance : imprimer sa propre nourriture. On utilise alors des ingrédients sous forme de liquides pour confectionner des recettes, voire imprimer des steaks artificiels. Comment ne pas réveiller le « geek » qui sommeille en vous ?



LE MONDE DE L'INDUSTRIE

L'aéronautique et l'industrie spatiale tirent parti pour le moment du potentiel des imprimantes 3D. Cette technique de fabrication additive, plus souple et plus

L'IMPRESSION 3D EN MÉDECINE ?

Aujourd'hui, la diffusion de l'impression 3D gagne les domaines de la médecine. Ces imprimantes permettraient en effet de construire des prothèses sur mesure. Une publication récente en mai dernier, dans la très célèbre revue *New England Journal of Medicine* fait état de la pose d'une prothèse trachéale obtenue par impression 3D par l'équipe du Professeur G. Green (université du Michigan) pour sauver la vie d'un nourrisson souffrant d'une trachéobronchomalacie. Des chercheurs américains (Université Cornell à New York) sont parvenus à fabriquer des oreilles humaines artificielles (en collagène et cellules vivantes) d'aspect tout à fait naturelles.



On parle déjà de généraliser l'impression de tissu humain (bio-impression) pour pallier aux problèmes de compatibilité donneur-receveur et à la problématique

