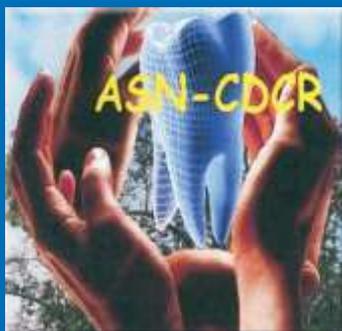


BULLETIN D'INFORMATION
de l'Association Syndicale Nationale des Chirurgiens-Dentistes
concernés par la retraite



LE LIEN DES GÉNÉRATIONS



René Bandon

Dans un but d'information ouverte et objective notre bulletin a décidé de publier, outre les articles des responsables de notre association

syndicale, ceux de personnalités extérieures compétentes en leur domaine. Ces opinions peuvent alimenter et murir notre réflexion et susciter des réactions positives ou négatives mais ne correspondent pas forcément aux positions officielles de l'ASN-CDCR.



Le lien des Générations

Publication officielle de l'ASN-CDCR chez le Dr Christiane COLZI-VITEL
La Colinière 830 Avenue des Fils Marescot 83200 Toulon

Directeur de la Publication : Philippe DEJOUHANET
Courriel : ph.dejouhanet@wanadoo.fr

Comité de Rédaction : Christiane COLZI-VITEL, Jean-Pierre TROTEBAS,
P erre BONNAUD - Jacques LE POULEUF

SOMMAIRE

■ Editorial :	p 4
Dr Ch. COLZI-VITTEL	
■ Notre Caisse de retraite Présente ou à Venir :	p 5
Dr. J.P. TROTEBAS - Dr. M MARTY	
■ Rappels de notre confrère le Pr F. HARTMANN.....	p 6
■ Un sourire... (Sans auteur mais tellement d'actualité)	p 7
■ Magnifique Ephèbe d'AGDE :	p 8
Groupe de recherches archéologiques subaquatiques et de plongées d'AGDE (G.R.A.S.P.A.) article confié par le Dr. J. LE POULEUF	
■ Réflexions d'un octogénaire :	p 11
Propos recueillis par Dr. J.P. TROTEBAS	
■ Comment être Président d'une Association :	p 12
Dr P. BONNAUD.	
■ La retraite universelle PANACEE ou UTOPIE :	p 13
Dr. M. TEULON	
■ Evolution de la prise en charge chirurgicale des Prothèses totale du genou :	p 14
Dr Th. CLEMENT	
■ Histoire très abrégée de la philosophie des systèmes de retraite (1° Partie) :	p 16
Dr J.P. BORDAS	
■ Présentation d'INCISIV	p 18
■ Quelques photos souvenirs !	p 19

Chères adhérentes, Chers adhérents,
l'année qui vient de s'écouler avec son
cortège d'évènements tragiques nous
a plongés dans une atmosphère particulière.
Toutes nos valeurs ont été bouleversées et
l'absurde règne en maître.
A côté de cela nos préoccupations
matérielles semblent bien dérisoires, mais
reviennent vite au triple galop. Nous sommes
dans une période d'incertitude :

Election présidentielles : nous avons questionné par écrit, il y a maintenant 3 mois, plus de 20 candidats de toute obédience politique qui se présentent aux primaires ou directement à l'élection présidentielle, sur leurs opinions actuelles et leurs projets respectifs concernant les retraites (les nôtres et celles de nos compatriotes en général) et les nombreux problèmes concernant la vie quotidienne des retraités. Le montant de nos retraites, sujet aussi important soit-il, ne doit pas occulter l'importance de ces derniers.

A ce jour, nous avons eu **seulement deux réponses** : celles de François FILLON et Bruno LE MAIRE. Vous pouvez donc évaluer par vous-même l'importance que vous représentez, vous et les 15 millions de vos compatriotes retraités, aux yeux de nos chers élus quel que soit leur appartenance politique!

Comme il y a beaucoup d'appelés mais peu d'élus, croyez bien que nous renouvellerons après les primaires, avec une fermeté accrue, nos doléances auprès de ceux qui auront franchi le premier cap ... et les autres.

Dans le projet de réforme des retraites qui a pour idéal de regrouper les multiples caisses de retraite et ainsi parvenir à une plus grande justice, quelle sera notre place? Nous sommes un cas particulier qui n'entre pas dans le cadre ordinaire de l'entreprise vue par l'ENA. Nous devons être vigilants pour conserver notre spécificité. Comment serons-nous traités ? Seuls les syndicats d'actifs peuvent se faire entendre, nous devons nous rapprocher d'eux, dialoguer, faire connaître nos idées et reconnaître leurs valeurs au présent, car l'avenir de nos retraites nous concerne tous. Nous le « rabâchons » depuis des années. C'est dans ce sens que nous agissons à l'heure actuelle.

Du point de vue fiscal, le prélèvement à la source, n'apparaît pas pour le moment comme une simplification mais comme un mode de collecte complexe, car il s'applique à un calcul déjà extrêmement compliqué et si vous espériez échapper au pensum annuel qu'est la déclaration d'impôts, ce système nébuleux ne nous en dispensera pas !

Nous sommes un syndicat indépendant, c'est une qualité, mais vos cotisations sont notre seule source de revenus. L'idéal serait que chacun d'entre nous recrute au moins un adhérent. Soyez persuasifs auprès de vos consœurs et confrères amis. C'est le seul moyen de nous donner les moyens de continuer notre action. Nous n'avons aucun soutien politique, cela va de soi, ni la moindre subvention.

Notre septième n° du "Lien des Générations", en votre possession, a peu changé de forme mais ses articles, nous l'espérons, vous sembleront attractifs. Nous essayons d'inclure entre les articles syndicaux ou professionnels, d'autres plus 'décontractés', instructifs parfois, médicaux aussi, qui peuvent vous être utiles. Ceci pour varier l'intérêt de la lecture. **La curiosité est un moyen de faire reculer la vieillesse.**

Mais nous souhaiterions vous faire participer aux prochaines éditions, et donc connaître vos suggestions, les sujets que vous aimeriez voir traiter, y compris et surtout vos critiques justifiées et constructives susceptibles d'améliorer la tenue de notre fascicule qui doit être un moyen de liaison entre nous.

Nous aimerions également avoir des nouvelles des sections locales, de vos activités régionales, pour donner un aperçu de la vie de notre Association qui est avant tout la vôtre !

Nous envisageons aussi de créer une page de souvenirs avec des photos anciennes en votre possession (photos de promo par exemple); à l'image de celles que vous trouverez en fin de revue et qui intéresseront surtout les diplômés (es) de Marseille. A vous de prendre le relais dans les prochains numéros !!

Donc au travail et bon courage dans l'intérêt de nous tous.

Bonne lecture et toutes nos amitiés.

Dr Christiane COZI-VITEL,
C-D, Présidente Nationale de l'ASN-CDCR.

NOTRE CAISSE DE RETRAITE - CARCDSF

Présente ou à... Venir

Que nous soyons actifs ou retraités, nous aimons être informés de la bonne marche de notre caisse de retraite, ainsi que du montant des sommes à encaisser et de son évolution par rapport à l'inflation.

Le conseil d'administration est composé, encore aujourd'hui, de 28 membres (et autant de suppléants), dont 7 allocataires pour 19 cotisants et 2 représentants du conseil national de l'ordre. Ces membres, que vous avez élus pour 6 ans, sont renouvelables par moitié tous les 3 ans, et sont répartis au sein de commissions : Statuts, Contrôle financier, Placement de fonds, Marchés, Inaptitudes, Action sociale, Recours amiables, Cas particuliers.

Ils y siègent 2 à 3 fois par an, ainsi qu'aux 2 ou 3 Conseils d'Administrations annuels.

Un bureau, éligible tous les 3 ans, est composé d'un président, représentant les cotisants, de 3 vice-présidents, de 2 secrétaires généraux et de 2 trésoriers. La gestion administrative est confiée à un Directeur assisté d'un agent comptable. Ils sont aidés dans cette lourde tâche par 70 personnes en CDI. Si les frais de personnel correspondent à 70% des frais de la gestion administrative, ils ne représentent « que » 1,30 % de la totalité des cotisations annuelles encaissées.

Il faut féliciter l'ensemble des responsables, administrateurs et gestionnaires, pour l'efficacité et la réactivité dont ils font preuve pour assurer aux retraités présents ou futurs un taux de retraite décent.

En 2016 le nombre de cotisants est de 37935 et le nombre d'allocataires de 22644 soit un rapport de 1,67. Cependant il faut prendre en compte le nombre de points « cotisés » par rapport aux nombres de points « versés »

En 2016, 330 Millions d'Euros ont été cotisés et 301 M ont été versés soit une réserve de + 29 M. Notre caisse est donc toujours loin d'être déficitaire.

Comment se répartit notre retraite : Suivant 3 régimes

• **Le régime de base (RBL)** géré par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales (CNAVPL) dont les prestations sont identiques à celles des autres caisses, et sur lequel nous n'avons aucun pouvoir. Notre président et notre directeur y siègent et défendent nos intérêts. Son taux est souvent proche de l'inflation. Il représente 24% de notre retraite.

• **Le régime complémentaire (RC)** dont nous assurons la pérennité et déterminons chaque année la valeur du point cotisé ou perçu, représente 48% de notre retraite. Lors des conseils d'administrations des derniers trimestres les administrateurs votent pour la valeur de ce point qui leur semble le plus adapté, en suivant les données de l'inflation, sans perdre de vue l'équilibre financier de notre institution. Ils déterminent ainsi l'augmentation du point « cotisé » et celle du point « versé ». Depuis quelques années la valeur du point RC, grâce à l'activité de vos administrateurs allocataires, suit l'inflation. Pour exemple entre 2005 et 2015 l'inflation a été égale à 13,1% et le point RC a augmenté de 12,7%. Pourtant lorsque vous vous penchez sur les sommes effectivement perçues on est loin du compte. L'augmentation tourne autour de 5,7%... pourquoi ? A cause du 3ème régime de notre retraite.

• **Les Prestations Complémentaires Vieillesse (PCV)** qui représentent 28% de notre retraite et qui restent bloquées depuis de nombreuses années à un taux identique !

En effet, la participation de l'Assurance Maladie n'a cessé de diminuer alors que celle des cotisants augmentait.

C'est pourquoi, notre nouveau président Frank LEFEVRE, a soutenu les représentants syndicaux élus à la caisse, dans leur discussion avec la direction de la Sécurité Sociale, afin d'obtenir de leur part les mêmes avantages que ceux des médecins. Les discussions ont commencé et semblent en bonne voie.

Par une volonté « Étatique » le nombre d'administrateurs élus devrait passer de 28 à 20, pour toutes les caisses de retraite. En conséquence une modification des statuts va être nécessaire pour déterminer de nouvelles modalités d'élections et dans quelles régions le nombre d'administrateurs doit être modifié.

Afin de garantir notre représentativité à la CARCDSF, nous avons adressé en septembre une proposition de réforme qui sera étudiée lors du prochain conseil d'administration de Janvier 2017.

Sachez enfin que la bonne gestion financière des biens acquis pendant de nombreuses années, par les administrateurs et la caisse, permet de vous assurer une stabilité, non négligeable, de vos retraites présentes ou à venir.

J P TROTEBAS Administrateur Titulaire - Vice-président national ASN-CDCR

M MARTY Administrateur Titulaire - Secrétaire Générale Adjointe UNION-DENTAIRE

RAPPEL DE NOTRE CONFRÈRE

le Pr F.Hartmann

Chères consœurs et chers confrères Je pense qu'il est de notre devoir d'informer encore et toujours nos

confrères et surtout consœurs et conjointes (Femmes 80-90% des cas) de l'incidence catastrophique d'un bruxisme centré diurne et/ou nocturne important.

Pourquoi les femmes ?

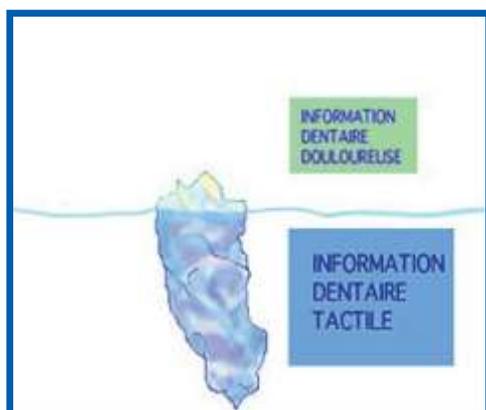
Parce que la bibliographie internationale (étrangère +++) s'accorde à reconnaître deux faits :

- **la frustration**, sous toutes ses formes, est à la genèse du bruxisme centré (crispation des mâchoires dents serrées) : veuvage, divorce, perte d'emploi, frigidité, etc.

- **les messages tactiles véhiculés par les dents en présence d'œstrogènes** de manière trop intense et/ou trop durable agissent sur les nerfs trijumeaux droit et gauche et transforment ces messages tactiles en des douleurs référées très éloignées de la cavité buccale.

Exemple: crampes nocturnes dans les mollets
Cf. : Schéma

Il faut quand même savoir et cesser d'ignorer que :
(Cf. 5 schémas)

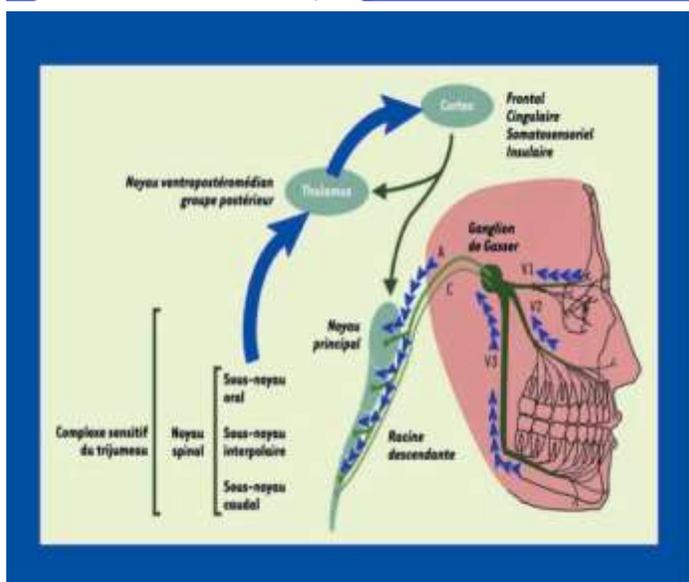




Par ses connexions riches et variées, le territoire du nerf trijumeau (V) est susceptible de répercuter des influx inappropriés sur des zones du corps parfois très éloignées de la bouche et des dents

Ces répercussions peuvent se manifester par des douleurs et/ou des troubles fonctionnels invalidants pour le malade et déroutants pour le praticien.

Ceci est le cas chez le ou la malade qui crêpe les muscles masticateurs, dents serrées, le jour et/ou la nuit.



Pas de fibromyalgie (dite de cause inconnue) ni de syndrome de fatigue chronique (dit de cause inconnu)

Mais dysfonctionnement temporomandibulaire (En France D.A.M.) Quand l'anamnèse met en évidence

un bruxisme centré = crispation des mâchoires dents serrées du malade.

Bien cordialement,

Pr Francis HARTMANN

Ex Professeur Faculté d'Odontologie de Marseille
Habilité à Diriger des Recherches Neurophysiologiste
Ex-responsable du Certificat d'Études Supérieures:
Biologie de la Bouche : Option Anato-Physiologie.

Un Sourire

Un sourire ne coûte rien et produit beaucoup.

Il enrichit ceux qui le reçoivent

Sans appauvrir ceux qui le donnent.

Il ne dure qu'un instant

Mais son souvenir est parfois éternel.

Personne n'est assez riche pour s'en passer

Personne n'est assez pauvre pour ne pas le mériter.

Il crée le Bonheur au foyer, soutient les affaires.

Il est le signe sensible de l'amitié.

Un sourire donne du repos à l'être fatigué.

Rend du courage aux plus découragés.

Il ne peut ni s'acheter, ni se prêter, ni se voler.

Car c'est une chose qui n'a de valeur

Qu'à partir du moment où il se donne.

Et si parfois vous rencontrez une personne

Qui ne sait plus avoir le sourire

Soyez généreux, donnez-lui le vôtre

Car nul n'a autant besoin d'un sourire

Que celui qui ne peut en donner aux autres.

Les Tribulations Marines et Terrestres du magnifique éphèbe d'Agde...

Le groupe de recherches archéologiques subaquatiques et de plongées d'Agde (G.R.A.S.P.A) est une association d'archéologues amateurs. Par un travail subaquatique constant, celui-ci est parvenu à retrouver et mettre à l'abri des atteintes de la mer un patrimoine ancestral considérable. Ainsi la découverte d'un emplacement situé dans l'ancien delta de l'Hérault a permis de connaître au travers d'une partie de l'histoire du trafic maritime, les épisodes de la vie économique ou culturelle d'Agde, ville fondée aux environs de 525 ans avant J-C par les grecs-phocéens de Massalia.

L'une des plus remarquables découvertes eut lieu le 13.9.1964. Ce jour-là un plongeur (J.Fanjaud) dégagna de la vase une superbe statue en bronze aux orbites vides, amputée partiellement des pieds, de la jambe gauche et de l'avant-bras droit. En surface, la main gauche qui tenait par un bout de métal se détachât, retomba au fond, mais fut récupérée aussitôt. Six mois plus tard, à 600 mètres à l'aval de la première découverte, un plongeur remonta un objet qui, débarrassé de sa gangue et lavé, s'avéra être sa jambe gauche.

Les raisons de la présence dans le lit du fleuve d'une œuvre de cette qualité restent méconnues. Il s'agit de l'unique bronze de facture grecque trouvé dans les eaux françaises.



Cette découverte portée à la connaissance du représentant du Ministère des Affaires Culturelles, l'éphēbe fut d'abord dirigé sur l'Institut du Parc Borély à Marseille, puis celui de Nancy pour y être nettoyé et restauré. Son ultime étape : le Louvre où il resta exposé 20 ans. A l'époque, l'éphēbe restauré, n'a plus sa main gauche, présente le jour de sa découverte. Bien que répertoriée au musée elle a disparu. Où donc était-elle passée ?

En 2010, retrouvée, les interventions du Centre de Recherche et de Restauration des Musées de France ont permis de la remettre en place.

Description

Le terme grec « *éphēbos* » signifiait : un « jeune homme astreint au service militaire ».

Le terme « *koûros* », jeune garçon, lui conviendrait mieux. L'œuvre représente un tout jeune homme à l'allure vivante et dégagée, aux gestes harmonieux, aux traits un peu mélancoliques. La hauteur de la statue sur pieds mesure 1 mètre 40. Le torse puissant mesure 39 cm de largeur.

La hauteur totale de la tête est 17,5 cm ; celle-ci est comprise huit fois dans la hauteur totale de la statue selon le canon de LYSIPPE de Sicione (ville de la Grèce antique), portraitiste officiel de la famille royale de Macédoine.

Caractéristiques

Les nombreux signes distinctifs, portés par l'éphēbe d'Agde, caractérisent le dynaste (Nom donné à des membres de certaines oligarchies ou à des souverains). Les cheveux longs adoptent un coiffé d'allure 'léonine'.





Trois signes sont essentiels :

- le bouquet de mèches en étoile.
- Le diadème à enroulement de bandelettes.
- Le port de la chlamyde.

Les mèches frontales qui émergent de la chevelure se retrouvent sur la reproduction de « l'Ébouleus » d'Eleusis (musée national d'Athènes) et dans le marbre d'Alexandre jeune (Musée de l'Acropole d'Athènes). Elles sont des attributs divins, symboles de puissance et de virilité. Le diadème tressé de bandelettes est caractéristique du dynaste.

L'épaule gauche porte « la chlamyde », court vêtement macédonien, repliée dans les deux sens, laissant tomber un drapé lourd vers l'arrière qui vient s'enrouler sur l'avant-bras.

Comme autres signes de noblesse de l'éphêbe nous pouvons citer le maintien, l'élégance racée, le nez fin et distingué, le menton carré et volontaire, caractère anatomique reconnu symbolisant « le chef ».

Nudité et beauté naturelle du corps

L'éphêbe, comme beaucoup de héros, a été volontairement présenté nu. L'artiste n'a eu d'autre but que de mettre en valeur la beauté pure du corps offert au regard sous une forme harmonieuse. Pour les sculpteurs c'était l'expression de « l'homme grec »



Manchon et main gauche replacée

Aucun exhibitionnisme gratuit et malsain. Les parties viriles, ostensiblement exposées, détruiraient l'harmonie des volumes et rompraient l'harmonie des lignes. Le grec devenu « microgénitomorpe » est mis en contraste avec le « barbare », souvent de type négroïde, montré sans pudeur, de manière inesthétique et grotesque.

Tentatives d'identification

De nombreuses hypothèses ont été évoquées :

- L'éphèbe d'Agde ne peut être un dieu, à l'instar d'Apollon. Il ne possède aucun des traits individuels le désignant comme tel.
- Ni un athlète léger, bâti pour la course, car les trois signes de grandeur : mèches, diadème, chlamyde, tous signes particuliers de grandeur, vont à l'encontre de cette attribution.
- Pour certains, il s'agirait, hypothèse séduisante, d'une représentation d'Alexandre le Grand. (hypothèse étayée par comparaison avec d'autres portraits de celui-ci). Mais l'homme évoqué par la statue ne pourrait-il pas aussi avoir été :
- Soit le premier explorateur grec du VIIe siècle avant notre ère, découvreur d'un pays nouveau ?
- Soit l'intrépide phocéén « preneur de ville » du IVe siècle avant J.C ?

Schymnus de Chio écrit : les Phocéens qui avaient fondé Massalia « occupèrent Agathé ». S'il n'y avait pas 'd'artisan bronzier' de renom sur place, les ateliers attiques (Athènes) exécutaient des commandes transportées et livrées ensuite par voie maritime.

L'éphèbe d'Agde et les difficultés administratives

On sait que 4 jours après sa découverte cette statue suivit un périple bien long pour diverses interventions de restauration avant d'être conservée au Louvre. Des personnalités influentes tentèrent de fléchir les autorités pour ramener l'éphèbe à Agde : peine perdue.



Enfin en juin 1986, le Ministre des Affaires Culturelles prit un arrêté dont la teneur autorisait le transfert... Mais sur le chemin l'éphèbe fut enlevé par des inconnus. Puis un beau jour il réapparut au musée du Louvre ! Dès lors, malgré des tractations et manifestations fréquentes, le Ministère opposa des refus catégoriques à son retour, attribuant même la propriété de la statue à l'Etat !

Alors que tout semblait perdu, François Léotard, Ministre de la Culture et de la Communication donna son accord au retour de l'éphèbe dans le musée créé tout spécialement à Agde. Retour réalisé en mai 1987 soit plus de 20 ans après sa découverte, à la grande satisfaction et la grande joie des plongeurs-découvreurs et des Agathois.

Comme quoi, c'est bien vrai, patience et longueur de temps...

■ *Dr Jacques Le Pouleuf,*
C-D.

Cet article a été réalisé à partir de divers documents mais surtout de « l'éphèbe d'Agde » dont l'auteur est Denis Fonquerle, Directeur du centre méditerranéen d'Etudes et de Recherches archéologiques et subaquatiques et conservateur du musée d'Agde.



Re-naissance

d'un octogénaire

Nous étions là :

Avant la télévision, la pénicilline, les produits surgelés, les photocopiers, le plastique, les verres de contact, la vidéo et le magnétophone, et avant la pilule...

Nous étions là :

Avant les radars, les cartes de crédit, la bombe atomique, le rayon laser, avant le stylo à billes, le lave-vaisselle, les congélateurs, les couvertures chauffantes, avant la climatisation, avant les chemises sans repassage et avant que l'homme marche sur la lune.

Nous nous sommes mariés avant de vivre ensemble. La vie en communauté se passait souvent au couvent...

Le fast-food pour les Anglais était un repas de caractère et un Big-Mac était un grand manteau de pluie. Il n'y avait pas de mari au foyer, pas de congé parental, pas de courrier électronique. Nous datons d'avant les H.L.M. et d'avant les Pampers...

Nous n'avions jamais entendu parler de modulation de fréquence, de cœur artificiel, de transplant, de machine à écrire électrique, ni de jeunes portant une boucle d'oreilles.

Les tatouages étaient réservés aux marins...

Pour tous, un ordinateur était quelqu'un qui conférait un ordre ecclésiastique.

Une puce était un parasite et une souris était la nourriture du chat.

Les paraboles se trouvaient dans la bible et pas sur les toits

Un site était un point de vue panoramique, un CD-ROM nous aurait fait penser à une boisson jamais, un joint empêchait un robinet de couler, l'herbe était pour les vaches et une cassette servait à ranger les bijoux.

Un téléphone cellulaire aurait été installé dans un pénitencier.

Le rock était une matière géologique. Un gai (prononcer gay en anglais) était une personne qui faisait rire et « made in Taïwan » était de l'exotisme.

Mais nous avons sans doute une bonne structure, robuste et vivante quand on songe à tous les changements qui ont bouleversé le monde et à tous les ajustements que nous avons su négocier et auxquels il a fallu nous adapter.

Pas étonnant que parfois nous nous sentions sûrs de nous et fiers d'avoir su sauter le fossé entre nous et la génération d'aujourd'hui.

D'ailleurs nous sommes prêts à recevoir de leur part quelques euros par courrier électronique.....

Propos recueillis par **J.P. TROTEBAS**

auprès de **Gilbert BERARD** l'octogénaire en pleine forme...



Merci à Geluck

COMMENT ÊTRE PRÉSIDENT NATIONAL d'une Organisation

Cet article est dédié à mon ami Jacques Le Pouleuf pour avoir accompli avec acharnement et un dévouement sans limites jusqu'à la fin de son mandat, tous les travaux ci-dessous énumérés et nécessaires à la Présidence d'une organisation nationale en l'occurrence l'ASN-CDCR et ce, pendant 6 ans. Président d'honneur, chargé de missions, il continuera jusqu'à la fin de cette année à se dévouer pour nous tous.



Être Président, c'est être celui qui signe 'in fine' tous les textes concernant une organisation.

Cela veut dire qu'on est le premier responsable de toutes les décisions et donc celui qui sera interrogé le premier en cas de simples demandes d'informations ou de contestations pour 'les malcomprenants' à tort ou à raison.

Si on est un Président démocrate, respectueux de l'ensemble des lois de l'État et des statuts de son organisation, il faut en référer aux membres du Bureau National pour la vie courante de l'organisation, pour les décisions plus importantes, à conséquences plus graves, il faut en référer aux membres du Conseil d'Administration National. Enfin les grandes décisions doivent être prises par l'Assemblée Générale Nationale Ordinaire ou Extraordinaire. Tout cela n'est pas par choix mais par obligation.

Bien entendu, il faut avoir une bonne connaissance des informations nationales et internationales, des données financières et fiscales en perpétuelle évolution en France, des dossiers de politiques professionnelles et de ceux concernant l'ensemble de l'activité de son organisation (par exemple la diffusion des innombrables informations et communications, fiches techniques, des circulaires, etc., rien n'est simple : porter à la poste quelques milliers de circulaires urgentes représente un poids très lourd, sans parler dans les grandes villes des problèmes de parking).

Il y a aussi les courriels qui ont pris une importance capitale dans une organisation en bonne marche (à lire au minimum 2 fois par jour) et le téléphone qui occupe également un temps très important et implique aussi la vie familiale, les repas et le sommeil (attention

de ne pas réveiller les petits-enfants pendant les périodes de vacances scolaires, la grand-mère n'appréciera pas).

L'énoncé de tous ces devoirs auxquels le premier dirigeant doit faire face, gâche les nuits cauchemardesques des dormeurs concernés et les tiennent souvent bien réveillés.

Cet énoncé éclaircit singulièrement les candidatures à une Présidence syndicale **BÉNÉVOLE**, à l'inverse des fonctions politiciennes !

D'ailleurs, seul, l'entourage le plus proche d'un Président national connaît le cumul des tâches à accomplir et il n'est jamais assez aidé, même par les plus dévoués des titulaires qui participent partiellement à la gouvernance de l'organisation.

BREF, sans difficultés, vous comprenez pourquoi dans les institutions dirigées intégralement par des bénévoles, l'encadrement est très difficile à trouver et elles ont une fin ces institutions, non pas à cause d'une mauvaise gestion ou par manque d'argent, mais faute de Président.

Il est vrai que les voyages, le golf, le bon vieux tennis et même le bridge et le jardinage ou des occupations encore rentables, sont des activités plus attrayantes que de s'occuper de l'intérêt général et collectif.

D'autres éléments interviennent également dans l'élection d'un président national :

- L'usure du temps (syndicalement, on correspond à une période et pas plus)
- La vraie vieillesse actuelle, pourtant souvent prolongée jusqu'à 80 ans et + (?), n'arrange rien, le Général De Gaulle l'avait dit « la vieillesse est un naufrage » sans commentaires.
- La santé, sauf exceptions, freine également les activités physiques et intellectuelles.

Pour toutes ces raisons, nous avons sollicité et élu pour succéder à Jacques Le Pouleuf une 'connaissuse' d'organisations, le **Dr Christiane Colzi-Vittel** CD qui correspond à un grand nombre des bons critères pour être Présidente.

Bien amicalement à vous tous.

Dr P. Bonnaud CD - Président d'honneur de l'ASN-CDCR
Chargé de missions
Villeneuve lez Avignon, 28 juillet 2016

LA RETRAITE UNIVERSELLE

Panacée ou Utopie ?

La « *Retraite Universelle* » est préconisée et revendiquée avec vigueur depuis une décennie par la CFR qui vient de publier un projet de loi pour en fixer les modalités.

La Retraite Universelle est une retraite par répartition, c'est-à-dire qu'elle est tributaire de la démographie (générale mais aussi professionnelle, donc peut être différente selon les cas !). Elle concerne tous ceux qui ont un revenu professionnel jusqu'à 4 fois le Plafond de la Sécurité Sociale (pour 2016 le Plafond = 38.616 € 4 fois le plafond = **154.464 €**). À titre indicatif notre retraite complémentaire s'étend à 5 Plafonds.

Cette mesure aurait un avantage certain, elle rendrait égaux les régimes de retraite des salariés du secteur privé, des fonctionnaires et des régimes spéciaux.

Il existe une différence fondamentale entre salariés et indépendants : le salarié paye le 1/3 des cotisations de retraite complémentaire et l'employeur les 2/3. Mais l'indépendant, lui, paye la totalité des cotisations retraite !

Une autre différence qui, elle doit disparaître, c'est la disparité de l'âge de la prise légale de retraite.

Si les dirigeants de la C.F.R. connaissent bien les retraites des salariés ils méconnaissent celles des Libéraux et travailleurs indépendants.

Pour nous, cette Retraite Universelle remplacerait donc notre retraite de base, notre retraite complémentaire et, s'il y a suppression des régimes spéciaux (?) sans doute aussi, le P.C.V. (ex avantage social vieillesse)

Pour pallier les distorsions provoquées par la prise de retraite des « Baby-boomers » (de 2012 à 2030 environ) beaucoup de Caisses de Retraite Complémentaires libérales ont constitué des réserves pendant les années fastes, ce qui a été appelé « Répartition provisionnée ». Si notre Caisse est absorbée par cette Retraite Universelle, que deviendraient ces provisions (Plus de 8 ans de prestations pour les chirurgiens-dentistes) ? alors que les Caisses Complémentaires des salariés (AGIRC ET ARCO) sont proches de la cessation de paiement car elles ont toujours refusé de provisionner.

Il serait fort probable que ces sommes importantes, fruits de nos économies de prévoyance, seraient versées en totalité ou presque dans les caisses de la nouvelle entité !

Est-ce que les retraites liquidées seraient maintenant intégralement ? Non, seules celles constituées dans la limite de 4 plafonds seraient normalement préservées. La CARCDSF fonctionne sur 5 plafonds, pour le 5e plafond, les complications seraient telles que cela deviendrait une véritable « usine à gaz » !

Nous avons établi une simulation en fonction des données actuelles :

- Le revenu médian d'un Chirurgien-Dentiste est de 90.000 € ce qui lui donne une pension de 30.000 €, le taux de réversion est donc de 33%. Il cotise 13.350 €, et la SS verse 3.600 (que deviendrait ce versement s'il n'y a plus de régimes spéciaux, donc plus de P.C.V. ?)

- Pour un même revenu un salarié reçoit une pension de 47.700 € soit 53% de réversion. Il cotise à titre personnel 8.300 € mais au total (avec la part de l'employeur) la cotisation s'élève alors à 25.000 €. Le projet de loi stipule « les conditions de son équilibre (en français : les montants des cotisations et des pensions) seront définis par l'Etat, les partenaires sociaux et une représentation des associations de retraités. »

Le taux des cotisations adopté serait vraisemblablement très proche de celui des salariés car ils sont très largement majoritaires, dans cette éventualité quel Chirurgien-Dentiste gagnant 90.000 € accepterait de payer 25.000 € de cotisation retraite ?

Dans l'ensemble, le cas des Chirurgiens-Dentistes est proche de la plupart de celui des professionnels libéraux. Mais qu'en serait-il de la situation des commerçants et des artisans qui n'ont pas voulu ou pas pu choisir le salariat et apprécient bien peu les systèmes de retraite obligatoire ? Comment les agriculteurs surendettés et, pour beaucoup d'entre eux, dans une situation difficile, pourront-ils faire face aux obligations de ce nouveau système ?

Nous ne connaissons pas encore toutes les modalités de ce projet mais, conçu par des personnes ignorantes de la réalité des professions indépendantes, il apparaît, d'ores et déjà, mal adapté et inapplicable à celles-ci.

Conclusion : Peut-être Panacée pour certains mais Utopie pour d'autres.

Dr Marc Teulon chirurgien-dentiste honoraire
Administrateur de la CARCDSF de 2003 à 2015
Vice-Président honoraire de l'ASN-CDCR

CHIRURGIE OSSEUSE ET ARTICULAIRE

Chirurgie de la hanche et du genou, Chirurgie de l'épaule

Évolutions de la prise en charge chirurgicale des Prothèses Totale du Genou (PTG)

La prise en charge d'une PTG est actuellement une intervention considérée par les patients, pénible et de récupération longue avant d'obtenir un résultat satisfaisant.

L'évolution de la prise en charge de cette intervention chirurgicale se fait actuellement vers une nette amélioration de la prise en charge de la douleur et de la technique qui aboutissent à une récupération plus rapide après la chirurgie (RRAC).

Planification avant la chirurgie : Lors de la consultation préopératoire et en fonction du patient concerné (conditions de vie, état général), le chirurgien et l'anesthésiste peuvent organiser avec le patient un retour à domicile précoce à J3 ou J4 avec prise en charge infirmière, kinésithérapie, et transport quotidien au centre de rééducation pendant les premiers temps en accord avec les caisses d'assurance maladie.

Ce type de prise en charge permet de limiter la durée d'hospitalisation donc de réduire les risques de complications (infectieuses, thromboemboliques) à condition bien sûr d'une bonne coopération du patient et également d'une compétence élevée des différents acteurs médicaux et paramédicaux.

Cette évolution est notamment possible par une amélioration de la prise en charge de la douleur et une diminution du saignement opératoire, associés à une technique rigoureuse.

Ceci permet de retirer rapidement tout drainage à J2 d'où une reprise rapide de l'autonomie et donc un retour à domicile à J3 ou J4.

Prise en charge de la douleur per opératoire : Lors de l'acte chirurgical, on évite de poser un garrot (évitant une ischémie per opératoire source de douleur).

L'abord chirurgical para patellaire interne bénéficie d'une infiltration faite d'anesthésiques locaux et d'anti-inflammatoires injectables le long de l'arthrotomie interne, cette infiltration per opératoire diminue la quantité nécessaire de morphinique per opératoires. Après la mise en place de la prothèse, on réalise à nouveau une infiltration le long de la ferme-

ture de l'arthrotomie et dans la zone de décollement interne.

Là aussi, ceci a pour effet de diminuer nettement la quantité de morphiniques nécessaires en salle de réveil et en post opératoire immédiate.

La diminution de la douleur per et post opératoire diminue le risque d'augmentation de la tension artérielle, source de saignements.

Par ailleurs, l'intervention bénéficie d'un protocole médicamenteux, mis en place par le médecin anesthésiste, diminuant le saignement per opératoire.

La récupération du sang perdu pendant l'intervention par le système »type cell saver » persiste et permet de diminuer la perte sanguine et de rendre au patient son propre sang.

Le drainage est mis en siphonage dès la fin de l'intervention, ce qui contribue encore à diminuer la perte sanguine et de raccourcir la durée du drainage (ablation à J2).

La diminution de quantité de morphiniques et de produits anesthésiques nécessaires pendant l'intervention permet un réveil plus rapide et une récupération des fonctions cognitives plus précoces.

Ceci autorise un lever du patient plus rapide le jour même ou le lendemain en appui totale sous couvert d'une attelle.

Cette prise en charge de la douleur permet dans notre expérience de se passer de blocs plexiques (technique permettant de placer un cathéter d'anesthésique au contact d'un nerf pour diminuer la douleur) cette technique, au demeurant très efficace, provoquait parfois des paralysies transitoires et demeurait malgré tout une technique invasive.

La possibilité rapide de début de la rééducation (flexion du genou) évite la formation d'adhérences source de raideurs post opératoires.

Le pansement n'est refait que le jour de la sortie du patient pour éviter les manipulations de l'incision, source de contamination manu portées en milieu hospitalier.

A domicile : Le pansement ne sera changé que tous les 2 jours avec un protocole antiseptique bien défini et avec des pansements hermétiques pouvant permettre la poursuite de la rééducation en externe et en centre, les premiers transports étant pris en charge en ambulance puis en VSL par l'assurance maladie pour 20 séances

Au total : L'évolution de cette prise en charge associée à une technique opératoire rigoureuse et bien codifiée (planification pré opératoire éventuellement assistée par les outils informatiques comme la numérisations des radiographies pré opératoires) rend possible pour des patients en bon état général par ailleurs (ASA1 ou 2) une récupération rapide après chirurgie (RRAC) associant une durée d'hospitalisation plus courte, toujours positive tant au niveau des risques infectieux et thromboemboliques que du confort du patient qui réintègre son domicile plus tôt et donc peut reprendre plus précocément ses activités quotidiennes.

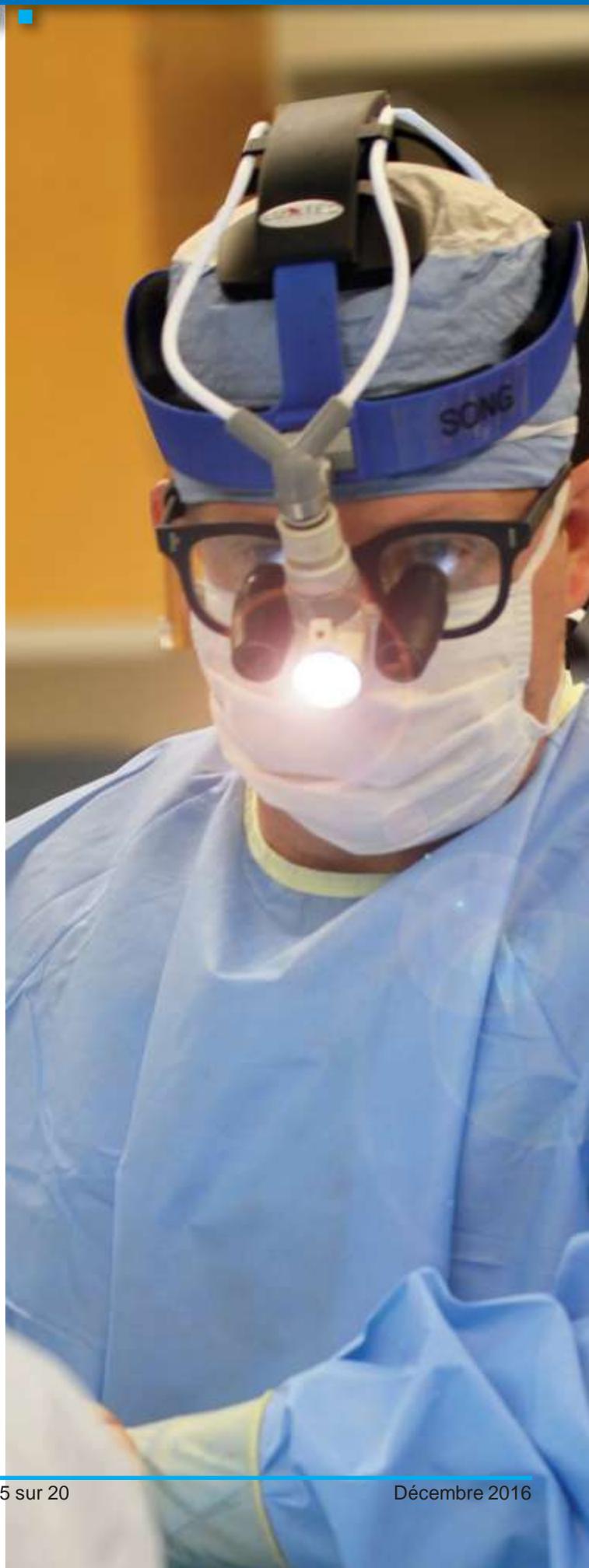
La gestion de la douleur après retour à domicile sera adaptée par le patient lui-même (prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires après explications par le médecin anesthésiste).

Conclusion : Il va de soi que cette technique ne peut que s'adresser à des patients coopérants et capables d'intégrer eux-mêmes cette « éducation » de leur intervention qui doit être bien entendu initiée par le chirurgien et le médecin anesthésiste en préopératoire et pendant la courte hospitalisation pour que le patient participe activement à son intervention. Tous les patients n'y sont certainement pas éligibles. Cette technique nécessite un réseau de prise en charge post-opératoire bien organisé , fiable et bien sûr la possibilité pour le patient et le personnel paramédical de joindre la clinique ainsi que les acteurs chirurgicaux et médicaux dès le retour à domicile avec un suivi protocolisé chirurgical bien établi (radiographies et consultations de contrôle à 1 mois et 3 mois post opératoire par exemple).

Docteur Thierry CLEMENT Ancien interne des Hôpitaux
Ancien Assistant des hôpitaux
D.U. de Chirurgie Arthroscopie
D.U. de Traumatologie du Sport

Clinique Résidence du Parc
16 Rue Gaston BERGER
13010 MARSEILLE

Clinique BOUCHARD
77 Rue du Dr ESCAT B.P. 169
13253 MARSEILLE CEDEX 6



HISTOIRE TRÈS ABRÉGÉE

de la philosophie des systèmes de retraite

Dès le départ 2 axes différents se distinguent :
Salaire ou traitement continué
Épargne retraite ou revenu différé

Deux axes, complémentaires et en apparence contradictoires, témoignent d'une reconnaissance sociétale différente :

L'Etat reconnaît les droits de ses agents sur la base de leur grade, donc de leur qualification réelle et individuelle et verse des pensions qui sont bien la continuation du salaire.

Le monde du secteur privé fonctionne depuis son départ historique sur le principe de l'épargne mutualisée ; les droits sont reliés au travail four- ni durant la carrière et à l'épargne individuelle et mutualisée, jusque dans les années 45 ou la classe politique prend connaissance du rapport Beveridge et de ses principes légitimant ainsi ce- lui d'Universalité dans la citoyenneté.

Cependant , depuis la loi de 1930 qui distingue deux parts inégales dans la pension, la structuration des retraites, en France, continue son évolution dans l'ambivalence des deux logiques possibles ; **répartition ou capitalisation**, savamment mixées au gré des réformes institutionnelles : le système de la pension publique comme traitement continué, transposé depuis aux entreprises à statut (EDF, SNCF, etc..) servant de modèle aux partenaires sociaux du secteur privé et aux responsables politiques.

C'est au cours des années 80 que se dessine l'inflexion de ce courant dans l'inconscient collectif des partenaires et des responsables, et précisément en 1987 lorsque **Philippe SEGUIN** alors ministre des Affaires Sociales du second gouvernement Chirac de cohabitation décide d'indexer la revalorisation des pensions du secteur privé sur les prix et non plus sur les salaires comme cela avait été le cas jusqu'à ce jour

La politique social-démocrate dans sa perspective historique va s'organiser pour tenter de garantir l'équilibre dans l'évolution de ces deux mécanismes et y parviendra plutôt bien, surtout après 1945 et la loi de 1948, la construction du régime général, qui assure des pensions référées aux sa-

laire et consacre ainsi le principe de l'universalité beveridgienne en assurant un minimum pour tous tout en n'empêchant pas l'émergence de régimes professionnels complémentaires fonctionnant selon le mode de comptes notionnels en points (épargne retraite) souhaités par les partenaires sociaux (agirc arcco).

Historiquement la pension versée par l'Etat représente la continuation du salaire et non pas le fruit de la prévoyance sous forme d'épargne mutualisée ;

L'Etat entretient ses agents jusqu'au jour de leur mort : le traitement versé n'est pas la reconnaissance de leur emploi ou du travail fourni dans un poste mais celui de leur qualification reconnue par les critères que sont les concours, externes ou internes, les grades, les échelons ; si l'agent fonctionnaire de l'Etat n'a pas ou plus de poste, il n'en conserve pas moins la rémunération (traitement) que lui confère sa qualification reconnue.

Ainsi est définie dès les années 1830 la pension comme **salaire continué** qui perdure jusqu'à nos jours dans la fonction publique.

Plus tardivement le dialogue partenarial au sein du monde du travail va faire émerger l'idée d'une mutualisation de la prévoyance entre employeur et employé. Cette prévoyance initialement fondée sur la mutualisation de l'effort d'épargne va tendre à évoluer d'abord vers une épargne par capitalisation individuelle et en même temps, mais pour une part plus réduite de la pension, vers une épargne donnant droit à des allocations forfaitaires

Ainsi s'annonce un courant qui verra sa consécration dans la loi de 1945 sur l'avènement du régime général regroupant les travailleurs salariés du secteur privé, de l'industrie et du commerce.

Fin 19ème siècle l'idée principale est de lutter contre le pauvreté des personnes trop âgées pour travailler puis plus tard de garantir un revenu de remplacement à tous les retraités et si possible le plus proche de celui obtenu en fin d'activité.

Force est de constater que, dès l'origine, la notion de retraite est étroitement liée à celle d'un droit généré par le travail précédemment fourni.

En Europe la réforme bismarckienne d'assurances sociales relie le monde des travailleurs à une garantie assurantielle par l'obligation de cotisations (1881/1889)

Le lien travail / droit social s'établit et se consolidera dans son développement historique jusqu'au rapport Beveridge qui étend ce droit à l'ensemble des citoyens et pas seulement aux travailleurs en cessation d'activité.

Ces deux philosophies, bismarckienne et beveridgienne connaîtront un développement historique parallèle et complémentaire jusqu'à nos jours en aboutissant aux retraites professionnelles et au régime général par répartition que nous connaissons aujourd'hui .

Leur évolution se fera de telle manière que la répartition au cours des années 1960/1970 puisse fournir à tous un revenu de plus en plus élevé afin de réduire l'écart de niveau de vie entre actifs et retraités ; l'idée de taux de remplacement le plus fort prend naissance, puis celle de revalorisation des pensions et de leur indexation sur des indices représentant l'évolution du revenu des actifs (indexation sur les salaires bruts).

En France la loi Boulin de 1971 en améliorant les pensions du régime général ajoutées à celle des régimes complémentaires existant (AGIRC ARRCO..) aboutit à garantir un taux de remplacement convenable mais sur la moitié seulement de la pension

Le reste étant fourni par les nombreux régimes complémentaires professionnels ou catégoriels.

Cette brève récapitulation historique montre plusieurs choses :

1 que l'idée de droit social vieillesse est dans tous les cas reliée à la reconnaissance du travail fourni avant, ce que le débat public consacre dans la montée en puissance de la stricte contributivité (concept de la neutralité actuarielle individuelle) : ce point est précisément le contraire de la répartition car consacrant la légitimité de la pension à la complétude du cumul des cotisations versées

2 que tous les systèmes différents mis en place ont tendu :

- à lutter contre la pauvreté
- à garantir le revenu
- à améliorer le taux de remplacement

3 que les différences entre les systèmes mis en place dans les pays développés relèvent davantage de l'historicité des institutions établies mais aussi des choix politiques de chaque époque (gouvernants et partenaires)

4 que les systèmes d'assistance (non liés au droit émergeant du travail) sont toujours et partout exercés soit par la personne publique soit mutualisés au niveau des institutions du travail.

- Et que dans tous les cas (sauf fonction publique) la notion travail de référence prise ici est celle du travail subordonné dans l'acception capitaliste

Le marché de l'emploi, L'économie financiarisée et mondialisée,

En un mot, le capitalisme, reconnaissent « l'employabilité » des travailleurs c'est à dire la qualification des postes de travail et non celle des individus : Tout le débat partenarial autour du travail, le marché de l'emploi, toutes les institutions nationales ou internationales sont sous-tendues par la Odéfinition capitaliste du travail :

« Temps moyen nécessaire pour la production d'un bien ou d'un service »

Le capitalisme, c'est ce mode d'organisation de la production qui la mesure par le temps de travail moyen nécessaire à la production d'un bien ou d'un service , la marchandise :

- **le travail n'a pas de valeur, il devient l'unité de mesure de la valeur**
- **les marchandises valent le temps de travail nécessaire à leur production , exprimé par le prix pondéré par le marché.**

Le travailleur est défini comme le fournisseur d'une force de travail abstraite et interchangeable, **marchandisable**, associée davantage au bien ou au service produit qu'à la qualification de celui qui le produit.

Cette seule différence paradigmatique autour du concept travail, suffit à rendre compte de la divergence et de l'antinomie irréductible à laquelle nous assistons aujourd'hui, entre le système des pensions publiques et le système des retraites privées .

A suivre....

Dr Jean Pierre BORDAS Président FSDL- PACA
Président URPS CHIR DENT- PACA

L'ACCES AUX SOINS pour tous

INCISIV' s'adresse à toutes les personnes que leur âge ou leur pathologie empêche de se rendre normalement chez le dentiste et propose des SOINS DENTAIRES A DOMICILE ET EN EHPAD.

INCISIV' met à la disposition des chirurgiens Dentistes un matériel miniaturisé et transportable permettant de reconstituer à domicile et en institution un cabinet dentaire complet (fauteuil, unit ,détartreur, radio,etc). Des journées DENT'EHPAD sont organisées dans les établissements où les soins sont réalisés par des Chirurgiens Dentistes libéraux qui sont assistés par une assistante dentaire diplômée et un coordinateur en charge des tâches administratives.

Site web INCISIV :
www.soins-dentaires-a-domicile.fr
INCISIV Paris Ouest : 01 46 05 15 15
INCISIV Aix Marseille : 04 48 14 02 19

Dr Annick ROMAND
Chargée de mission



11, rue Béranger - 92100 Boulogne-Billancourt
www.incisiv.fr - 06 95 57 29 31



Floriance Le Lys - Rougemont (75)

« La santé vient d'abord
par la bouche ».

Grâce à son personnel et à ses unités dentaires mobiles, INCISIV installe le cabinet dentaire au sein même de l'EHPAD.

Plus d'informations? Contactez nous :

• Email : contact@incisiv.fr

☎ Tel : 09 72 10 11 11

• www.incisiv.fr

11 rue Béranger, 92100 Boulogne Billancourt.



« DENT'EHPAD » - Une Journée de soins dentaires courants en Institution.

Nous venons dans votre établissement effectuer une journée de soins dentaires courants auprès d'une vingtaine de résidents.

Notre équipe sur place est composée :

- d'un chirurgien-dentiste libéral partenaire exerçant à proximité de l'EHPAD.
- d'un assistant dentaire.
- d'un coordinateur des soins qui gère l'organisation de l'ensemble de cette journée.



Les Justine Blot - Pignard (95)



Le cabinet dentaire - Les commensales à usage unique.

INCISIV, les soins dentaires à domicile & en EHPAD.

Avec ses unités dentaires mobiles, son matériel dentaire adapté à la mobilité et son équipe qualifiée, INCISIV accompagne les chirurgiens-dentistes auprès des personnes dépendantes, quel que soit leur lieu de vie.

Soucieuse de lutter contre le renoncement aux soins dentaires des personnes dépendantes, le Dr Gepner a fondé INCISIV en 2013.

Aujourd'hui nous avons développé plus de **200** partenariats avec des EHPAD et soigné plus de **4000** patients.

TROMBINOSCOPE

photos souvenirs

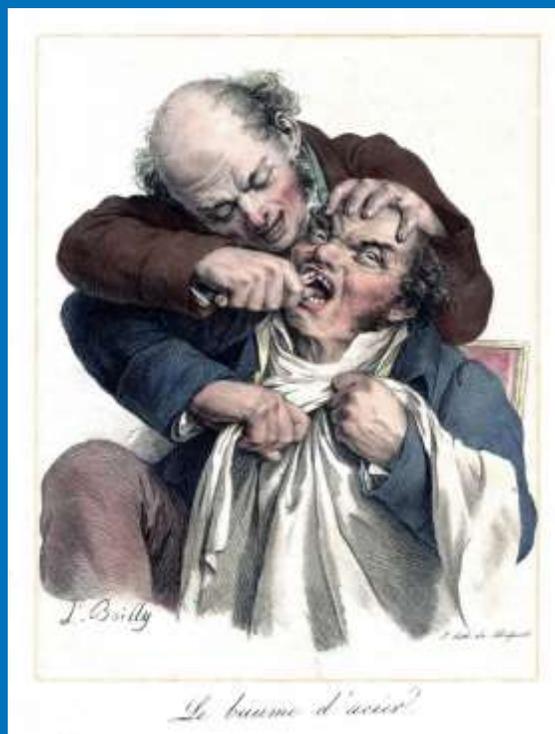


Un souvenir de 1963 !



Reconnaissez-vous ces anciens Maîtres ?

Pr. MARONNEAU - Pr. LACHARD - Pr. GARBARINO - PR G ACHARD
Certainement les "ANCIENS DU PHARO" !



LE LIEN DES GÉNÉRATIONS

Le lien des Générations

Publication officielle de l'ASN-CDCR chez le Dr Christiane Colzi-Vitel
La Colinière 830 Avenue des Fils Marescot 83200 Toulon

Directeur de la Publication : Dr Philippe DEJOUHANET - Tél. : 06 13 41 02 65