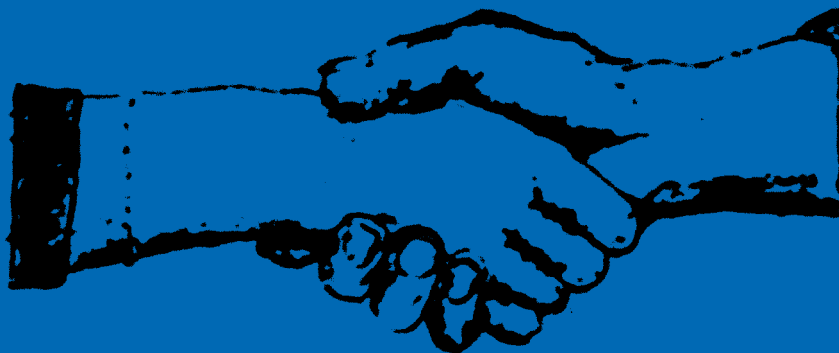


## BULLETIN D'INFORMATION

de l'Association Syndicale Nationale des Chirugiens-Dentistes  
concernés par la retraite



# Le Lien des Générations



René Bandon

**D**ans 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 Collinière 830 Avenue des Fils Marescot 83200 Toulon

Directeur de la Publication : Christiane COLZI-VITEL

Comité de Rédaction : Pierre BONNAUD, Philippe DEJOUHANET  
Courriel : ph.dejouhanet@wanadoo.fr  
Jacques LE POULEUF, Jean-Pierre TROTEBAS

Imprimerie BONO - 93, rue de la Loubière - 13005 Marseille

# SOMMAIRE

■	Editoriaux et Hommages aux disparus .....	p 06
■	Textes officiels et échanges de courriers avec nos organismes de tutelle.....	p 09
■	Vies des sections régionales : .....	p 33
■	Rubriques diverses sur activité médicale .....	p 35

## Chirurgien-dentiste, soyez le maillon fort de notre réseau

Participez à l'amélioration  
de la santé bucco-dentaire  
des personnes en situation de handicap



**Contactez nous**  
04 91 43 07 94

Une association dédiée à  
la santé bucco-dentaire  
des personnes  
en situation de handicap



**Le réseau Handident Paca  
vous propose :**

- une formation spécifique  
(sédation consciente au MEOPA par ex)
- l'organisation et la coordination des rendez-vous

**Votre engagement : selon votre disponibilité**

**HANDIDENT PACA**  
Hôpital de Ste Marguerite. Pavillon 9  
270 bd Sainte Marguerite 13009 Marseille

Téléphone: 33 1 (0)4 91 43 07 94  
E-mail: [contact@handidentpaca.fr](mailto:contact@handidentpaca.fr)  
Site internet : [handidentpaca.fr](http://handidentpaca.fr)

**C**hers adhérentes, Chers adhérents,

difficile d'avoir un propos qui ne devienne rapidement obsolète, les nouvelles dispositions gouvernementales se succèdent à un rythme soutenu.

En ce qui concerne le Projet de Financement de la Sécurité Sociale nous sommes fixés. Nous vous avons envoyé une pétition pour soutenir des amendements à la hausse de la CSG ; La discussion a été expédiée en une nuit à la Chambre des députés ; 100 amendements ont été adoptés qui ne changent rien pour les retraités. Ce budget est supérieur à celui de l'état, 496,1 Md d'euros pour 498,3 Md d'euros de dépenses prévues pour 2018, mais son déficit est bien inférieur, environ 4,4%.

Le gouvernement a pour objectif d'atteindre l'équilibre des comptes à l'horizon 2020. Nous ne pouvons qu'adhérer à ce projet car nous ne voulons pas laisser à nos enfants une dette abyssale. Il est vrai que le déficit se réduit d'année en année mais la Cour des Comptes fait remarquer qu'en l'absence de véritables réformes, en particulier dans la branche hospitalière, la réduction se fait de plus en plus par des artifices comptables et par un matraquage fiscal.

Rappelons que le taux de CSG sur les pensions va subir une hausse de 22% auquel 0,5% de CRDS et 0,3% de CASA (Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie) s'ajoutent. Quid des retraités qui ne pourront pas compenser cette hausse par une réduction de charges. 60% des retraités soit 8 millions d'entre eux ne bénéficieront d'aucune compensation. Un retraité qui perçoit 1200 euros net par mois devra déboursier 250 euros de plus chaque année.

Des économies existent sur différentes branches.

- En ce qui nous concerne, sur la branche vieillesse : Le décalage de la revalorisation des pensions de 3 mois d'octobre 2018 à janvier 2019 réalisera sur le dos des retraités déjà impactés par la hausse de la CSG une économie de 500 M d'euros.

L'augmentation de 2 euros du forfait hospitalier sera à ne pas en douter répercutée par les assurances complémentaires santé et affectera davantage les retraités libéraux déjà pénalisés par des cotisations majorées, qu'ils ne pourront plus déduire de leurs revenus dès lors qu'ils sont retraités. Inégalité avec les salariés actifs qui bénéficient d'une prise en charge partielle par leur employeur du montant de leur mutuelle et qui peuvent déduire l'autre moitié de leurs revenus.

Plus inquiétant la généralisation de la médecine ambulatoire, les médecins doivent rester libres de leurs décisions, en particulier pour des patients âgés ayant plusieurs pathologies. Il faudra pouvoir contacter rapidement en cas de complications un personnel aguerris, formé et disponible 7 jours sur 7 pour prendre le suivi.

Le Prélèvement à la source n'est pas tout à fait au point, son application a été reportée J'ai assisté à une réunion des agents du Trésor Public. L'adaptation de l'impôt sera plus rapide en cas de variation de revenus. Pour les chirurgiens-dentistes retraités cela se traduira par la mensualisation du paiement de la retraite, ce qui était demandé par certains..

Du nouveau dans le feuilleton de la faculté privée Clesi ex Pessoa de la Garde dans le Var. Condamnée il y a un an par la cour d'appel à fermer la filière dentaire en France, les cours sont maintenant donnés en Irlande à Dublin. Trois diplômés de la fac privée se sont fait inscrire au tableau de l'Ordre du Var. Le Président de l'Ordre Jean-Marc Richard s'est opposé à la création de la fac privée mais il ne peut que vérifier la conformité du diplôme, en aucun cas la manière dont il a été acquis ni le cursus. Au vu de tout ceci notre numerus clausus paraît bien inadapté, aberrant et injuste. En 2016 il était de 1100. Sur 1700 praticiens inscrits 300 français avaient fait leurs études à l'étranger et 350 sont étrangers. Le Président de l'Ordre National, le Dr Gilbert

Bouteille dans sa lettre de novembre 2017 milite pour la création d'un système d'évaluation des cursus en Europe afin que la loi du marché ne soit pas l'unique critère et ne se fasse au détriment des patients et de la profession.

Enfin que nous réserve 2018 ? On va ouvrir la boîte de Pandore ! La retraite Universelle !

Certes il faut simplifier le système pour plus d'égalité, mais ne pas oublier que les professions libérales sont les seuls artisans de leur retraite. Le regard de plus en plus pesant de l'Etat sur nos réserves est la suite de l'autoritarisme que nous subissons depuis plusieurs années. Un sujet à surveiller : Les retraites de réversion. Initiées à une époque où les épouses ne travaillaient pas ou à temps partiel, elles ne seraient plus envisageables avec une carrière complète. C'est déjà le cas en Suède initiatrice de la Retraite universelle. Une retraite vieillesse minime existe cependant.

Certes ce système ne s'installe pas en un jour mais veillons à ce que les générations qui viennent ne soient pas lésées.

Les sujets sensibles, vous le constatez, sont nombreux. Avec les syndicats dentaires, la CNRPL il nous faut être très vigilants, unis, ne pas se laisser dépasser.

Notre ministre actuelle Madame Buzyn met les formes mais sa politique est en fait dans la droite ligne du gouvernement précédent.

Je vous souhaite de bonnes fêtes de fin d'année et à notre syndicat de s'investir dans des actions constructives pour ne pas s'en laisser imposer ! Ne cédon pas au pessimisme.

**«Ceux qui ne croient pas en l'impossible sont priés de ne pas déranger ceux qui sont en train de le faire.»**

(Candide- Voltaire)

---

**Dr Christiane COLZI-VITEL,**

*C-D, Présidente Nationale de l'ASN-CDCR.*

Comme vous pouvez le voir avec ce nouveau numéro nous avons apporté quelques modifications de présentation.

Nous avons groupé les articles traitant d'un même sujet, ce qui nous semble plus facile à intégrer.

Nous avons inclus un chapitre : **Vie des sections régionales qui parlera de vos sorties- de vos activités- de vos voyages etc... qui sera donc ouvert à tous.** Il vous suffira de nous faire parvenir les textes que vous voulez y inclure.

..Nous pourrions y adjoindre les photos de vos promotions, vos annonces officielles de mariage de proches, de décès ou autres informations permettant de mieux se connaître d'une région à l'autre. Bref, beaucoup de notre vie commune, d'hier et d'aujourd'hui.

Notre association syndicale se doit d'entretenir des liens étroits et confraternels entre tous ses membres dans toute la France.

### **L'ASN, c'est vous! Sans vous, l'ASN n'est rien !**

Vous devez prendre votre bâton de pèlerin et convaincre au moins un confrère ou une consœur de nous rejoindre. C'est à la portée de chacun ou chacune d'entre vous.

### **Ceci fait, notre effectif doublerait déjà!**

Pour vous permettre de contacter ces confrères et consœurs ami(e)s qui ne nous connaissent pas, nous avons mis dans la rubrique de ce numéro un bulletin d'inscription et les documents qui peuvent vous être utiles pour faire une diffusion de notre activité tant auprès des retraités que des actifs !

Pour pouvoir obtenir une écoute de nos représentants politiques, il faut que nous prouvions notre unité et un nombre plus important pour avoir une représentativité valable.

Nous comptons sur vous tous et dans l'attente de vos réponses, nous vous prions de croire à nos sentiments cordiaux et les plus amicaux.

**A Bientôt.**

**Le Comité de lecture**

---

**Philippe DEJOUHANET**

Secrétaire National de l'ASN-CDJR

E-mail : [ph.dejouhanet@wanadoo.fr](mailto:ph.dejouhanet@wanadoo.fr)

Portable 06.13.41.02.65



## Association Syndicale Nationale des Chirugiens-Dentistes

Concernés par la Retraite

(Loi du 21 mars 1884 et Titre 1 du Livre 4 du Code du Travail)

**Présidente Dr Christiane COLZI-VITEL**

**La COLLINIÈRE 830 Av° des Fils MARESCOT**

**83150 TOULON**

**Site internet par Google : [asn-cdcr.com](http://asn-cdcr.com)**

Contacts téléphoniques : 04.94.24.33.08 et 04.et 06.13.41.02.65

Adresse Postale: Boite postale 41 - 13376 Marseille Cédex 12

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Que vous soyez actifs ou retraités, vous cotisez ou avez cotisé 35 ans, voir même plus, à la CARCD/SF pour bénéficier d'un montant de retraite correct quand vous aurez ou avez cessé d'exercer.

Ne pensez-vous pas qu'il faut, en ces temps difficiles rendus dangereux par la voracité financière de certains et surtout des gouvernements qui cherchent l'argent jusqu' au fond de vos poches, de se grouper avec toutes nos organisations de défense, libérales en particulier, pour défendre nos droits chèrement acquis au cours d'une longue vie de travail ?

Les actifs doivent aussi participer à cette défense et les retraités doivent soutenir les premiers face à leurs difficultés spécifiques.

L'année 2018 va être une année charnière pour la défense des retraites présentes ou à venir. Après les modifications des statuts de la caisse de Retraite pour laquelle notre représentant, Jean-Pierre TROTEBAS, poursuit le travail de ses prédécesseurs Marc TEULON et Pierre BONNAUD,

Le vaste chantier de la Retraite Universelle se profile, PANACEE ou UTOPIE avec les autres professions libérales nous devons pouvoir peser dans la discussion peser

Cotisez à l'ASN-CDCR, seul syndicat dentaire qui agit exclusivement pour la défense des retraites présentes et futures.

**C'est l'intérêt de tous. Nous comptons sur vous.**

**Amicalement.**

---

**Philippe DEJOUHANET**

*Secrétaire National*

*Courriel: [ph.dejouhanet@wanadoo.fr](mailto:ph.dejouhanet@wanadoo.fr)*

*Téléphone : 06.13.41.02.65*

# HOMMAGE À JACQUES BRUNET,

**T**résorier régional de l'ASN-CDCR Région Auvergne

Jacques fait ses études à l'Ecole Dentaire de Clermont-Ferrand, obtient son diplôme en 1964 puis s'installe dans cette même ville où il exercera toute sa carrière.

Une fois à la retraite, il participe à la création du Centre Santé 63 à Clermont-Ferrand et devient, avec quelques confrères et consœurs retraités, dentiste bénévole auprès des plus démunis.

En 2009, il est à l'origine de la création du bureau ASN-CDCR Région Auvergne en qualité de Trésorier.

Altruiste et généreux, Jacques portait une grande attention à sa famille et à ses amis à qui il n'hésitait pas à rendre un grand nombre de services.

Sa nature réservée cachait une grande sensibilité et tout le monde pourra se rappeler de son subtil sens de l'humour.

Son goût du travail bien fait, son adresse et son ingéniosité suscitaient l'admiration de tous.

Courageux et passionné dans un grand nombre de domaines (en particulier : travail du bois, électronique, informatique et photographie) Jacques aimait aussi la vie et ses plaisirs.

Il nous a quittés le 3 mars 2017.

L'ASN-CDCR présente ses plus sincères condoléances à sa famille et notamment à sa compagne, ses enfants et petites filles.





# **TEXTES OFFICIELS ET ÉCHANGES COURRIERS AVEC MINISTÈRES DE TUTELLE**



## Confédération Française des Retraités

Paris, le 8 septembre 2017

Monsieur DARMANIN Gérald  
Ministre de l'Action et des Comptes Publics  
139, rue de Bercy  
75572 PARIS

Monsieur le Ministre,

Au nom de la Confédération Française des Retraités que je préside, j'ai alerté Monsieur le Président de la République sur l'inquiétude que suscite chez les retraités la hausse annoncée de la CSG. Par lettre du 4 août le Chef de cabinet de Monsieur le Président de la République nous a informés qu'il vous avait transmis notre courrier en vue d'un examen attentif de notre intervention.

Sans revenir sur l'ensemble des points développés dans cette lettre, je souhaite attirer votre attention sur le caractère indispensable de mesures compensatoires au bénéfice des retraités.

J'insiste tout particulièrement sur la nécessité de supprimer la cotisation maladie de 1% perçue sur les retraites complémentaires AGIRC-ARRCO des anciens salariés du secteur privé.

Cette cotisation n'a plus aucune justification car elle ne serait maintenue que pour cette seule catégorie.

De plus la population concernée subit le gel de ses retraites du fait de l'accord AGIRC-ARRCO jusqu'en 2019.

L'augmentation des retraites de base annoncée pour le 1er octobre concernera la totalité de la retraite pour le secteur public mais une partie seulement des revenus des retraités du secteur privé.

J'ajoute que l'argument selon lequel un nombre important de retraités bénéficiera de la suppression de la taxe d'habitation apparaît comme spécieux dans la mesure où elle concernera l'ensemble de la population. Elle ne peut donc pas être considérée comme une compensation au bénéfice des retraités.

Concernant les cotisations aux assurances complémentaires santé, je tiens à souligner que la situation dans laquelle se trouvent les retraités est particulièrement pénalisante. Le niveau des cotisations applicables en fonction de l'âge constitue une charge très importante pour les ménages de retraités qui en assument totalement la charge au contraire des salariés actifs qui bénéficient d'une prise en charge partielle par leur employeur. De plus les salariés qui pouvaient déduire leurs cotisations lorsqu'ils étaient en activité ne peuvent plus le faire dès lors qu'ils sont en retraite. Une telle injustice ne saurait perdurer et la déductibilité fiscale constituerait un moyen de compenser la hausse de la CSG.

Enfin, je tiens à attirer votre attention sur le niveau du seuil d'application du nouveau taux de CSG. Le chiffre de 1200 euros qui a été avancé apparaît comme particulièrement faible et les retraités dont le niveau de revenus est légèrement supérieur à ce seuil sont inquiets et ressentiront comme une injustice profonde de devoir subir un prélèvement supplémentaire sur leurs revenus.

En espérant que vous accorderez à ce courrier l'attention qu'il mérite, je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Le Président  
Pierre Erbs

**M**adame, Monsieur

à l'occasion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 (PLFSS) que nous examinerons la semaine prochaine à l'Assemblée nationale, le Gouvernement prévoit d'augmenter la CSG de 1,7 point, mesure qui touchera de plein fouet la majorité des retraités de notre pays.

Les premiers perdants seront les 8 millions de retraités, (soit 60 % d'entre eux) qui paient la CSG à taux plein et qui touchent au moins 1 200 euros de retraite par mois. Ces millions de retraités verront leur taux de CSG passer de 6,6 % à 8,3% sans que cette hausse ne soit compensée, contrairement aux salariés, par des suppressions de cotisations sociales. Le Président de la République les considère sans doute comme assez privilégiés pour pouvoir encaisser cette perte de pouvoir d'achat.

Le Gouvernement veut toutefois relativiser ce nouveau coup de massue fiscal pour les retraités en précisant qu'ils bénéficieront de la suppression de la taxe d'habitation. Or, une grande partie d'entre eux sera bien touchée par la hausse de la CSG sans bénéficier pour autant du geste sur la taxe d'habitation, qui ne s'appliquera qu'aux personnes touchant moins de 1 666 euros par mois.

Cette décision intervient alors qu'on ne peut que déplorer les baisses continues de pouvoir d'achat subies par les retraités depuis plusieurs années. Les mesures prises sous le précédent quinquennat ont durement touché l'ensemble des retraités de notre pays : la fiscalisation des majorations de pensions pour 3 enfants et le report de l'indexation des pensions au 1er octobre se sont ajoutés au gel des pensions, qui s'applique depuis près de 3 ans, compte tenu d'une faible inflation.

Pour essayer d'apaiser les retraités, le Gouvernement tente de leur envoyer des signaux. En témoigne l'annonce d'une revalorisation des retraites pour octobre 2018 et que le Gouvernement a déjà reporté à janvier 2019 prouvant ainsi son impréparation.

Non seulement la mesure d'augmentation de la CSG prévue par le Gouvernement est inéquitable, mais sa tentative de colmater les brèches l'est aussi. Le Président de la République semble réaliser un peu tard que sa réforme fiscale va peser sur des catégories entières de Français.

**C'est pourquoi j'ai déposé un amendement visant à supprimer cette hausse de la CSG car je considère que c'est une mesure fiscale inéquitable pour nombre de nos concitoyens.**

Emmanuel Macron n'aime pas les retraités. Il les aime si peu qu'il va encore les taxer un peu plus en décidant d'augmenter la CSG, sauf pour ceux dont la retraite n'excède pas 1200 euros par mois, pour ceux qui ont moins de 65 ans, et 1400 euros pour ceux qui ont plus de 65 ans.

Dans la tête du président de la République, cela voudrait donc dire qu'un retraité serait « riche » ou « nanti » à partir de ce seuil ? 8 millions de personnes sont pourtant dans ce cas. C'est injuste. Personne ne peut raisonnablement penser qu'ils sont des privilégiés.

**Nous pensons que cette défiance envers les retraités est choquante !**

Avec sa hausse de 1,7 point de CSG - qui passera de 6,6% à 8,3% soit une augmentation d'impôt de 25% -, **Emmanuel Macron s'attaque encore un peu plus aux classes moyennes et à tous ces retraités** qui, ne payant plus de cotisations sociales, seront asphyxiés par cette politique. Tout comme il s'attaque aux propriétaires qui pour certains ont travaillé toute leur vie pour se constituer un patrimoine.

« Je vous fiche mon billet, comme on dit trivialement, que dès l'année prochaine, dans une grande partie des cas, la taxe d'habitation diminuée d'un tiers [...] compensera cette hausse de 1,7point de CSG ». Lors de son interview sur TF1, dimanche 15 octobre, le président de la République a encore démontré son arrogance et

son assurance face à la colère d'une partie de la population. **Mais contrairement à ce qu'il affirme, la baisse de la taxe d'habitation ne compensera que très partiellement la hausse de la CSG.**

Comme le souligne le rapporteur général de la commission des Finances, en 2018, seuls 600 000 retraités seraient intégralement compensés et 3,9 millions compensés partiellement. **Alors qu'aucune revalorisation des pensions de retraite n'a eu lieu depuis trois ans, cette injustice fiscale est donc un nouveau coup de massue pour nos retraités !** Avec cette réforme, la solidarité est en marche ... arrière , vers l'aggravation des inégalités sociales.

Nous refusons cette fausse solidarité et ce mauvais projet. C'est pourquoi nous avons déposé, avec les députés du groupe LR à l'Assemblée nationale, un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2018 afin de supprimer la hausse de la CSG sur les pensions de retraite. Si les retraités disposent aujourd'hui d'un niveau de vie équivalent à celui du reste de la population, c'est au prix d'une vie entière de travail.

### **La hausse de la CSG va appauvrir nos retraités !**

Nous le refusons et demandons au président de la République de renoncer à ce projet qui n'amènera pas plus de justice sociale mais s'attaquera à ceux qui ont travaillé toute leur vie pour profiter d'une retraite méritée.

**Eric Ciotti**, député des Alpes-Maritimes

**Valérie Bazin-Malgras**, députée de l'Aube

**Claude Goasguen**, député de Paris

**Valérie Boyer**, députée des Bouches-du-Rhône

**Ian Boucard**, député de Belfort

**Isabelle Valentin**, députée de Haute-Loire

**Geneviève Lévy**, députée du Var

**Philippe Gosselin**, député de la Manche

**Olivier Marleix**, député d'Eure-et-Loir

**Eric Straumann**, député du Haut-Rhin

**Thibault Bazin**, député de Meurthe-et-Moselle

**Raphaël Schellenberger**, Député du Haut-Rhin

**Gerard Manuel**, député de l'Aube

**Fabrice Brun**, député de l'Ardèche

**Sebastien Leclerc**, député du Calvados

**Jean-Pierre Vigier**, Député de la Haute-Loire

**Jacques Cattin**, député du Haut-Rhin

**Pierre Cordier**, député des Ardennes

**Eric Diard**, député des Bouches-du-Rhône

**Martial Saddier**, député de la Haute Savoie

**Patrick Hetzel**, député du Bas-Rhin

**Valérie Beauvais**, Députée de la Marne

**Laurence Trastour-Isnart**, députée des Alpes-Maritimes

**Frédérique Meunier**, députée de Corrèze

**Michel Herbillon**, député du Val-de-Marne

**Jean-Pierre Door**, député du Loiret

Cette pétition sera remise à :

- **Emmanuel Macron**
- **Député de l'Eure, Bruno Le Maire**

**Lire la lettre de pétition**

**Votre dévouée.**

---

**Valérie BOYER**

*Députée des Bouches-du-Rhône*

*Conseillère municipale de Marseille*

*Conseillère métropolitaine*

*Vice Présidente du Conseil de Territoire Marseille Provence*

# À L'ATTENTION DE NOS CONSŒURS ET CONFRÈRES EN ACTIVITÉ

Il semble souvent difficile de comprendre les modalités de prise en charge des indemnités journalières, de la cessation d'activité totale définitive par Inaptitude ou par Invalidité.

Certes, le personnel de la Caisse de Retraite met tout en œuvre pour renseigner au mieux les consœurs et confrères, ou leurs conjoints, ainsi que les interdictions ou possibilités d'exercer une activité rémunérée.

Nous sommes souvent, en Commission d'Inaptitude, appelés à trancher des situations quelques fois difficiles, notamment lors de maladies graves, quand les conjoint(e)s se trouvent démunis devant les justificatifs à fournir, quand le(a) malade hospitalisé(e) se trouve seul(e) ou que la déclaration est trop tardive pour l'obtention d'indemnités journalières.

C'est pourquoi, il nous a semblé important de vous communiquer ces tableaux non exhaustifs, qui apporteront un éclairage sur ces différentes situations.

En espérant de tout cœur que vous n'en ayez pas besoin.

**Jean-Pierre TROTEBAS**

*Administrateur Titulaire à la CARCDSF. Membre de la Commission d'Inaptitude.*

## I) INDEMNITES JOURNALIERES CHIRURGIENS-DENTISTES

I) Pensez à déclarer cet arrêt de travail à la CARCDSF avant la fin du 3ème mois. Ne vous contentez pas d'une déclaration à une assurance privée.

<b>CESSATION D'ACTIVITE</b>	<b>POUR INDEMNITES JOURNALIERES</b>
Règlementation :	Cessation totale temporaire de toute activité professionnelle rémunérée, pour cause de maladie ou d'accident (art.15 et 20 des statuts IPTT)
L'adhérent doit :	- Cesser temporairement toute activité professionnelle rémunérée - Rester inscrit au Conseil de l'Ordre
L'adhérent ne doit pas :	- Exercer une activité professionnelle rémunérée - se radier du Conseil de l'Ordre
L'adhérent peut :	- Fermer son cabinet - Mettre un remplaçant dans son cabinet
Justificatifs	- Arrêts de travail - attestation sur l'honneur mensuelle de non exercice

## **Règlement au 91ème jour qui suit le début de l'incapacité d'exercice.**

Pensez à le déclarer auprès de la CARCDSF.

### **ARTICLE 15**

Une indemnité journalière est accordée au Chirurgien Dentiste cotisant en cas de cessation d'activité pour cause de maladie ou d'accident ( à l'exclusion des accidents survenus du fait de guerre) le rendant temporairement incapable d'exercer l'activité de chirurgien dentiste, que ce soit à titre thérapeutique, d'expertise, de conseil ou d'enseignement, sous réserve :

- d'être à jour de ses cotisations conformément à l'article 17
- de rester inscrit au tableau du Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes

### **ARTICLE 16**

Le bénéfice de l'Indemnité Journalière est accordé au 91ème jour qui suit le début de l'incapacité d'exercer pour le chirurgien dentiste à jour de ses cotisations sinon le bénéfice de l'Indemnité Journalière prend effet à partir du 31ème jour suivant la date du règlement des cotisations impayées.

### **ARTICLE 18**

La déclaration de la date de la cessation d'activité doit parvenir à la CARCDSF avant l'expiration du troisième mois qui suit l'arrêt de travail.

Toute déclaration postérieure à ce terme n'ouvrira de droit à l'indemnité journalière qu'à compter du premier jour du mois civil suivant la réception de cette déclaration, sauf cas de force majeurs soumis à l'appréciation de la Commission de Recours Amiable.

La déclaration doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception, accompagnée d'un certificat médical précisant la date de l'arrêt de travail et sa durée.

### **ARTICLE 19**

Le Chirurgien Dentiste en arrêt de travail doit fournir toutes justifications demandées par la CARCDSF.

La CARCDSF est autorisée à déléguer, à tout moment, son médecin conseil ou tout autre médecin mandaté auprès de l'intéressé.

L'adhérent peut, lors de cette visite dont il aura préalablement été informé, se faire assister à ses frais d'un médecin de son choix.

En cas de désaccord, la procédure d'expertise est diligentée selon les dispositions réglementaires prévues par le Code de la Sécurité Sociale.

La Commission d'Inaptitude est chargée d'assurer l'ensemble du contrôle médical et de prendre toutes décisions utiles.

Les litiges d'ordre administratif peuvent être déférés à la Commission de Recours Amiable, sous réserve de toutes voies de recours prévues par le Code de la Sécurité Sociale.

Les frais d'expertise seront supportés par moitié par la CARCDSF et par moitié par l'intéressé.

### **ARTICLE 20**

L'indemnité journalière est payable mensuellement, à terme échu, sous réserve de la présentation d'un certificat médical constatant la continuité de l'incapacité totale d'exercice, et chaque mois d'une attestation sur l'honneur de n'avoir effectué aucun acte relevant de l'exercice de la profession dentaire, ni aucun travail rémunéré sous quelque forme que ce soit pendant la période d'incapacité.

## **ARTICLE 21**

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- soit après une période continue de 36 mois ou une période cumulée de trois fois 365 jours à partir de la date d'effet de la prestation, nonobstant les dispositions de l'article 59,
- soit en cas de décès du bénéficiaire
- soit en cas de reprise d' l'activité même partielle,
- soit en cas de radiation du régime d'assurance Invalidité – Décès, à partir du premier du trimestre civil suivant celle-ci,
- soit sur décision de la Commission d'Inaptitude qui statue à tout moment, sur l'existence de l'incapacité professionnelle totale permanente et/ou sur les conditions de reprise de l'activité professionnelle,
- soit en cas de liquidation de la retraite.

## **ARTICLE 22**

Lorsqu'un arrêt de travail pour la même pathologie survient dans un délai inférieur à un an, le délai de carence de droit commun défini à l'article 16 est réduit de 90 jours à 14 jours.

Le certificat d'arrêt de travail doit parvenir à la CARCDSF au plus tard dans les 14 jours qui suivent le début de ce nouvel arrêt.

Toute déclaration postérieure à ce terme n'ouvrira de droit à l'indemnité journalière qu'à compter du premier jour du mois civil suivant la réception de cette déclaration, sauf cas de force majeure soumis à l'appréciation de la Commission de Recours Amiable.

## **ARTICLE 23**

Si à l'expiration d'une période de prestations continue de 36 mois ou cumulée de trois fois 365 jours ou à tout moment sur décision motivée de la Commission d'Inaptitude, l'intéressé demeure en état d'incapacité professionnelle totale d'exercice, la procédure de reconnaissance de l'incapacité professionnelle totale permanente ou de l'inaptitude est engagée.

Si l'incapacité professionnelle totale permanente ou l'inaptitude est reconnue par la Commission d'Inaptitude, le service de l'indemnité journalière cesse de plein droit à l'issue d'un délai de 6 mois après cette reconnaissance ou au dernier jour du mois précédent la prise d'effet du versement de l'allocation d'incapacité professionnelle totale permanente ou de la retraite allouée au titre de l'inaptitude.

Dans le cas contraire, le service de l'indemnité journalière peut-être prolongé pour une nouvelle période maximum de 12 mois à titre exceptionnel, sur décision de la Commission d'Inaptitude.

## **ARTICLE 59**

Par dérogation à l'article 21 du titre précipité, pour les adhérents volontaires de 65 ans ou plus visés à l'article 49, le montant de l'indemnité journalière est servi pour une durée limitée à 12 mois ou 365 jours cumulés et à hauteur de 60% de celui attribué avant 65 ans.

A l'issue des six premiers mois d'arrêt de travail, le dossier du Chirurgien Dentiste âgé de 65 ans ou plus, en état d'incapacité professionnelle totale temporaire est obligatoirement examiné par la Commission d'Inaptitude qui décidera de la poursuite ou de la cessation de versement des indemnités.

## **NOTEZ BIEN**

**L'article 15 des statuts de la Caisse Nationale des Professions Libérales stipule :**

**« Sont exonérés du paiement des cotisations les personnes atteintes d'une incapacité d'exercer leur profession soit pour une durée continue supérieure à 6 mois, soit pour une durée totale de 6 mois au cours de la même année civile. »**

**Votre arrêt de travail doit être communiqué à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre département au fichier des relations avec les professions de santé.**

## II) INAPTITUDE CHIRURGIENS-DENTISTES

**Interdiction de toute activité rémunérée, qu'elle soit liée au diplôme dentaire ou non.**

CESSATION D'ACTIVITE	POUR INAPTITUDE
Réglementation	Cessation totale définitive de toute activité professionnelle rémunérée
L'adhérent doit :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cesser définitivement toute activité professionnelle rémunérée ou non</li> <li>- Fermer ou vendre son cabinet / céder ses parts ou démissionner des fonctions de gérant(e)</li> </ul>
L'adhérent peut :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir des indemnités d'élu(e)</li> <li>- Faire du bénévolat</li> </ul>
Justificatifs	<p>ATTESTATION DU CONSEIL DE L'ORDRE</p> <p>Mentionnant les dates :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cessation définitive d'exercice</li> <li>- Fermeture du cabinet</li> <li>- ou vente du cabinet</li> <li>- ou cession de parts</li> <li>- ou démission des fonctions de gérant(e) ou co-gérant</li> <li>- ou préciser que la gérance est sans rétrocession d'honoraires</li> <li>- attestation d fin d'exercice salarié ou</li> <li>- attestation de date de licenciement ou</li> <li>- attestation de date de fin d'indemnités journalières ou</li> <li>- Attestation de date de fin d'indemnités Pôle Emploi ou</li> <li>- Attestation de date d'effet de retraite d'un autre régime</li> </ul>



## EXTRAIT DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

### Article L 643-5

L'inaptitude au travail s'apprécie en déterminant si à la date de la demande ou à une date postérieure, le requérant, compte tenu de son âge, de son état de santé, de ses capacités physiques et mentales, de ses aptitudes ou de sa formation professionnelle, n'est plus en mesure d'exercer ( L.N° 2005-882 du 2/8/2005, art.15-XII) « ou de participer en qualité de conjoint collaborateur à une activité professionnelle.

### III) INVALIDITE CHIRURGIENS-DENTISTES

#### Possibilité d'exercer une activité non liée au diplôme dentaire

CESSATION D'ACTIVITE	POUR INVALIDITE
Règlementation :	Cessation totale définitive de toute activité professionnelle rémunérée de chirurgien- dentiste, notamment à titre thérapeutique, d'expertise, de conseil ou d'enseignement (art.24 des statuts IPTP)
L'adhérent(e) doit :	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cesser définitivement son activité professionnelle rémunérée de chirurgien-dentiste, d'expertise, de conseil ou d'enseignement ou toute activité liée au diplôme dentaire</li><li>- Fermer ou vendre son cabinet / céder ses parts ou démissionner des fonctions de gérant(e) SELARL</li></ul>
L'adhérent(e) ne doit pas :	Exercer toute activité professionnelle rémunérée liée à son diplôme dentaire.
L'adhérent(e) peut :	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rester inscrit au Conseil de l'Ordre au titre de praticien sans exercice</li><li>- Exercer une activité non-liée au diplôme dentaire</li><li>- Avoir des indemnités d'élu(e)</li><li>- Exercer une activité de Personne Compétente en Radiologie (PCR)</li><li>- Faire du bénévolat</li></ul>
Justificatifs	ATTESTATION DU CONSEIL DE L'ORDRE mentionnant les dates de : <ul style="list-style-type: none"><li>- Cessation définitive d'exercice + fermeture du cabinet ou</li><li>- vente du cabinet ou</li><li>- cession de parts ou</li><li>- démission des fonctions de gérant(e) ou cogérant</li></ul> OU préciser que la gérance est sans rétrocession d'honoraires

## **CONDITIONS D'OBTENTION**

Conformément à l'article 24 des statuts du régime Invalidité Décès : « Une allocation annuelle peut, sur décision de la CARCDSF, être accordée à tout chirurgien-dentiste affilié, atteint d'un handicap physique ou mental à caractère permanent qui le contraint à interrompre totalement toute activité rémunérée professionnelle de chirurgien-dentiste, notamment à titre thérapeutique, d'expertise, de conseil ou d'enseignement. »

Le chirurgien-dentiste peut faire valoir ses droits auprès de notre Caisse au titre de l'INVALIDITE s'il n'a pas encore atteint l'âge de la retraite par inaptitude et est en règle des cotisations CARCDSF.

Cette demande doit être soumise à notre Commission d'Inaptitude, après constitution d'un dossier.

## **MONTANT**

L'Allocation d'Invalidité ne comporte ni catégorie, ni pourcentage, car elle ne concerne pas une « invalidité à tout travail ». Elle est basée sur 820 points (valeur du régime Invalidité Décès). D'autre part, l'allocation est majorée de 240 points par enfants à charge jusqu'à 18 ans révolus ou jusqu'à 25 si l'intéressé justifie poursuivre des études scolaires et supérieures. Toutefois, cette majoration est stoppée en même temps que l'allocation d'invalidité, et cela, quelque soit l'âge de l'enfant.

L'allocation d'invalidité (majoration comprise) est imposable et assujettie au précompte des CSG/CRDS/CASA.

## **REGLEMENT**

Chaque allocation est versée trimestriellement et à terme échu les 1<sup>o</sup> Janvier, 1<sup>o</sup> Avril, 1<sup>o</sup> Juillet et 1<sup>o</sup> Octobre de chaque année.

Le versement cesse :

- au dernier jour du trimestre civil qui précède la retraite par inaptitude
- au dernier jour du trimestre civil qui suit le décès
- en cas de reprise de l'activité de chirurgien-dentiste (même partielle). Par contre, l'adhérent peut reprendre une autre activité professionnelle non-liée au diplôme dentaire.

## **COTISATIONS**

Durant le versement de l'Allocation d'Invalidité, le chirurgien-dentiste bénéficie gratuitement de :

- la garantie décès pour les ayants droits
- 400 points par an dans le régime de base d'assurance vieillesse (soit 100 pts par trimestre)
- 6 points par an dans le régime complémentaire (soit 1,5 pts par trimestre).

## **APRÈS L'ALLOCATION D'INVALIDITÉ**

Lorsque le chirurgien-dentiste atteint l'âge de la retraite par inaptitude, l'allocation au titre de l'Incapacité Professionnelle Totale Permanente peut être remplacée, à sa demande, par les prestations de retraite allouées au titre de l'inaptitude. La retraite est calculée en fonction des points acquis par chaque adhérent.

# NOTRE CAISSE DE RETRAITE : ÉVOLUTION OU RÉVOLUTION ?

Comme cela avait été abordé dans le N° 7 du « Lien des générations », beaucoup de changements verront le jour en Janvier 2018 à la CARCD/SF qui gère nos retraites présentes ou à venir.

Voici en quelques lignes les principales auxquelles nous allons être soumis que nous soyons actifs ou retraités.

\*La modification des statuts va limiter le nombre d'administrateurs à 20, chirurgiens-dentistes et sages-femmes actifs et retraités au lieu de 28 actuellement, les 2 ordinaires étant exclus.

Cette réduction voulue par le décret n° 2015-889 du 22 juillet 2015 du code de la sécurité sociale, limite ainsi le nombre d'administrateurs pour les sections comptant de 10001 à 100.000 cotisants, ce qui est notre cas.

En conséquence, en Avril-Mai 2018, lors du vote pour élire pour 6 ans nos administrateurs Chirurgiens-Dentistes représentant les cotisants ou les allocataires, beaucoup d'entre nous aurons la surprise de ne pas être appelés à voter dans certains collèges territoriaux, puisqu'en Mai 2015 la moitié des administrateurs qui ont été élus pour 6 ans, resteront jusqu'en 2021, soit 8 pour les cotisants et 3 pour les allocataires.

Il ne faudra donc en élire que 5 pour les cotisants et 1 pour les allocataires, soit 17 au total au lieu de 23 actuellement.

Ayant considéré que cette mesure était anti démocratique, j'avais proposé à la Caisse de voter le renouvellement la moitié des titulaires sortants pour trois ans, pour qu'en 2021 tous les collèges territoriaux puissent voter pour les 17 administrateurs éligibles.

Cette mesure pourtant très équitable pour tous n'a pas été retenue par le bureau de la CARCD / SF (sans commentaires). De plus afin de satisfaire cette réduction, la France a été divisée arbitrairement en s'appuyant sur les nouvelles régions. Ainsi pour les allocataires de l'ancien collège N°5 qui était le plus vaste et le plus peuplé (4806 inscrits en 2015) qui avait deux représentants, le nouveau collège territorial N°4 qui se voit augmenté des départements 16-17-19-23-79-86-87 aura un seul représentant !!!

En comparaison l'ensemble des sages-femmes, cotisants et allocataires qui étaient 5068 en 2015, continueront à avoir 3 administrateurs à la faveur de ces nouveaux statuts. La proportionnalité mentionnée dans les nouveaux statuts est loin d'être respectée ce que nous avons dénoncé vivement.

Dans ces nouveaux statuts les 2 représentants ordinaires sont « éjectés » alors que c'est l'ordre qui est à l'origine de la caisse de retraite en 1949 en avançant les fonds pour sa création, et que leur présence dans les commissions se révèle souvent indispensable.

Vous trouverez à la fin de cette publication certains articles des nouveaux statuts qui vous permettront de mieux comprendre pourquoi nous ne pouvions pas les approuver.

\*Le prélèvement à la source de vos impôts devrait être effectif en 2019. C'est la caisse de retraite qui devra s'en charger. Vous recevrez alors votre retraite amputée de vos impôts présumés.

De même, c'est à partir de janvier 2019 que le règlement des retraites sera fait mensuellement et non plus trimestriellement. Pour ces deux points, une confirmation sera apportée lors du prochain conseil d'administration d'avril 2018.

\*Une bonne nouvelle, le point de retraite dans le régime complémentaire sera augmenté en 2018 de 1.62% ce qui donne une augmentation de 0.94% de l'ensemble de la retraite, l'inflation devant être proche de 1% en 2017.

Cette augmentation a été obtenue grâce à la détermination de l'ensemble des administrateurs allocataires. Il faut noter cependant que 3 administrateurs (?) sur 28 ont voté contre à bulletin secret.

Enfin, le vote électronique devrait faire son apparition rapidement... dès 2018 ? il faut savoir qu'un vote à la caisse pour le renouvellement des administrateurs coûte environ 1 000 000 euros aujourd'hui.

Le numérus clausus pour les étudiants en chirurgie dentaire était de 1100 en 2016. L'ordre national a inscrit outre les praticiens ayant suivi le cursus universitaire normal 350 praticiens étrangers et 300 praticiens français ayant fait leurs études à l'étranger. Sur ce nombre, il semblerait qu'une grande majorité adopte le statut de « libéral » ce qui serait une bonne nouvelle pour la caisse de retraite.

Ci-joint :

1° Un extrait des nouveaux statuts relatif à la composition du conseil d'administration de la caisse de retraite et la comparaison avec les anciens.

2° Extraits de quelques débats ayant précédés le vote à bulletin secret.

3° Renouvellement des administrateurs en 2018 : dates, anciens collèges sortants, et nouveaux collèges territoriaux appelés à voter.

Pour les sages-femmes, le vote concernera leurs trois représentants.

---

**Jean-Pierre TROTEBAS**

*Administrateur titulaire à la CARCD/SF*

*Vice-président national de l'ASNCDRC*

### **Nouveau plan selon statuts types CNAVPL**

#### **Conseil d'administration**

#### **Article 6**

La CARCD/SF est administrée par un conseil d'administration composé de 20 membres titulaires élus pour six ans, selon modalités indiquées aux articles 7 à 40 des présents statuts :

#### **Pour les chirurgiens-dentistes :**

Treize administrateurs titulaires élus par le collège national des chirurgiens-dentistes cotisants,

Quatre administrateurs titulaires, élus par le collège national des chirurgiens-dentistes allocataires.

### **Correspondance anciens statuts CARCD /SF**



#### **Article 3**

La CARCD/SF est administrée par un Conseil d'administration composée de 28 membres titulaires élus pour 6 ans selon les modalités indiquées aux articles 26 à 59 des présents statuts.

#### **Pour les chirurgiens-dentistes :**

Dix-sept administrateurs titulaires, élus par le collège national des chirurgiens-dentistes cotisants.

Six administrateurs titulaires élus par le collège national des chirurgiens-dentistes allocataires.

Deux administrateurs titulaires élus par le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

### **Pour les sages-femmes :**

Deux administrateurs titulaires élus par le collège national des sages-femmes cotisants,

Un administrateur titulaire élu par le collège national des sages-femmes allocataires.

A chaque poste d'administrateur titulaire est associé un poste d'administrateur suppléant élu en même temps que l'administrateur titulaire et selon les mêmes modalités. Les administrateurs suppléants ne siègent qu'en l'absence du titulaire.

En cas d'évolution sensible de la démographie d'une profession par rapport à l'autre, il appartiendra au conseil d'administration de la CARCD, en tant que de besoin et en temps utile, de modifier le nombre d'administrateurs de chacune des professions en vue de respecter le principe de proportionnalité.

#### **Collège national des chirurgiens-dentistes cotisants**

##### **Article 7**

Le collège national des chirurgiens-dentistes cotisants est constitué par les chirurgiens-dentistes tels que définis à l'article 17 des présents statuts.

##### **Article 8**

Le collège national des chirurgiens-dentistes cotisants est réparti sur la base d'un regroupement de départements ou de régions en sous collèges appelés collèges territoriaux.

##### **1° Collège territorial :**

L'Île de France

Les Hauts de France

##### **2° Collège territorial :**

Le Grand Est

La Bourgogne- Franche Comté

Le Centre-Val de Loire

##### **3° Collège territorial :**

Les Pays de la Loire

La Normandie

La Bretagne

### **Pour les sages-femmes :**

Deux administrateurs titulaires élus par le collège des sages-femmes cotisants,

Un administrateur titulaire élu par le collège des sages-femmes allocataires.

A chaque poste d'administrateur titulaire est associé un poste d'administrateur suppléant élu en même temps que l'administrateur titulaire et selon les mêmes modalités

##### **Article 26**

Le collège national des chirurgiens-dentistes cotisants est constitué par les chirurgiens-dentistes tels que définis par l'article 36 des présents statuts.

##### **Article 27**

Le collège national des chirurgiens-dentistes cotisants est réparti selon la base d'un regroupement de départements ou de régions en sous collèges appelés collèges territoriaux.

##### **1° Collège territorial :**

Paris

##### **2° Collège territorial :**

Seine et Marne, Yvelines, Essonne, Hauts de Seine, Seine- Saint Denis, Val de Marne, Val d'Oise.

##### **3° Collège territorial :**

Nord pas de Calais, Picardie.

##### **4° Collège territorial :**

Bretagne, Basse-Normandie, Haute-Normandie.

##### **5° Collège territorial :**

Bourgogne, Franche Comté, Champagne-Ardenne.

**4° Collège territorial :**

L'Occitanie  
La Nouvelle Aquitaine  
Les DROM

**5° Collège territorial :**

L'Auvergne- Rhône Alpes  
La Provence- Alpes – Côte d'Azur  
La Corse

**Article 9**

Treize administrateurs titulaires et treize administrateurs suppléants représentent le collège national des chirurgiens-dentistes cotisants au sein du conseil d'administration.

Chaque collège territorial élit trois administrateurs titulaires et trois administrateurs suppléants. Toutefois, élisent chacun deux administrateurs titulaires et deux administrateurs suppléants les 2° et 3° collèges territoriaux.

Les administrateurs des 2° et 3° collèges territoriaux sont élus pour 6 ans, renouvelables tous les 3 ans par moitié.

Les administrateurs des 1°, 4° et 5° collèges territoriaux sont élus pour 6 ans, renouvelables tous les 3 ans successivement pour un puis deux postes.

**Article 10**

Les électeurs du collège national des chirurgiens-dentistes sont répartis au sein des collèges territoriaux en fonction du lieu de leur adresse professionnelle principale.

Pour les affiliés bénéficiaires d'une rente d'invalidité servie par la CARCDSF, l'adresse prise en compte sera l'adresse personnelle.

**6° Collège territorial :**

Alsace, Lorraine.

**7° Collège territorial :**

Poitou-Charentes, Pays de la Loire.

**8° Collège territorial :**

Le Centre, Limousin

**9° Collège territorial :**

Rhône – Alpes, Auvergne.

**10° Collège territorial :**

Aquitaine, Départements d'Outre- Mer  
(Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion)

**11° Collège territorial :**

Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon.

**12° Collège territorial :**

Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.

**Article 28**

Dix-sept administrateurs titulaires et dix-sept administrateurs suppléants représentent le collège national des chirurgiens-dentistes cotisants au sein du conseil d'administration.

Chaque collège territorial élit un administrateur titulaire et un administrateur suppléant. Toutefois, élisent chacun deux administrateurs titulaires et deux administrateurs suppléants, les collèges territoriaux 1 (Paris), 2 (Seine et Marne, Yvelines, Essonne, Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Val de Marne, Val d'Oise), 9 (Rhône-Alpes, Auvergne), 11 ( Midi- Pyrénées, Languedoc- Roussillon), 12 (Provence- Alpes- Côte d'Azur, Corse).

Les administrateurs des collèges territoriaux cités à l'alinéa précédent sont élus pour six ans, renouvelables tous les trois ans par moitié.

**Article 29**

Les électeurs du collège national des chirurgiens-dentistes cotisants sont répartis au sein des collèges territoriaux en fonction du lieu de leur adresse professionnelle principale.

## Collège National des chirurgiens-dentistes allocataires

### Article 11

Le collège national des chirurgiens-dentistes allocataires est constitué par les chirurgiens-dentistes tels que définis à l'article 18 des présents statuts.

### Article 12

Le collège national des chirurgiens-dentistes allocataires est réparti sur la base d'un regroupement de régions en sous collèges appelés collèges territoriaux.

#### **1° Collège territorial :**

L'Île de France

#### **2° Collège territorial :**

Les Hauts de France

La Bretagne

La Normandie

Le Grand Est

#### **3° Collège territorial :**

Bourgogne, Franche Comté

Les Pays de la Loire

Le Centre-Val de Loire

L'Auvergne- Rhône Alpes

#### **4° Collège territorial :**

La Nouvelle Aquitaine

L'Occitanie

La Provence- Alpes – Côte d'Azur

La Corse

Les DROM

### Article 13

Quatre administrateurs titulaires et quatre administrateurs suppléants représentent le collège national des chirurgiens-dentistes allocataires au sein du conseil d'administration.

## Collège National des chirurgiens-dentistes allocataires

### Article 30

Le collège national des chirurgiens-dentistes allocataires est constitué par les chirurgiens-dentistes tels que définis à l'article 37 des présents statuts.

### Article 31

Le collège national des chirurgiens-dentistes allocataires est réparti sur la base d'un regroupement de départements ou de sous régions en sous collèges appelés collèges territoriaux :

#### **1° Collège territorial :**

Paris

#### **2° Collège territorial :**

Nord pas de Calais, Picardie, Seine et Marne, Yvelines, Essonne, Hauts de Seine, Seine- Saint Denis, Val de Marne, Val d'Oise.

#### **3° Collège territorial :**

La Bretagne, Basse Normandie, Haute Normandie, Bourgogne, Franche Comté, Champagne-Ardenne, Alsace, Lorraine.

#### **4° Collège territorial :**

Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Le Centre, Limousin, Rhône – Alpes, Auvergne.

#### **5° Collège territorial :**

Aquitaine, Départements d'Outre- Mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion), Midi- Pyrénées, Languedoc- Roussillon, Provence- Alpes- Côte d'Azur, Corse.

### Article 32

Six administrateurs titulaires et six administrateurs suppléants représentent le collège national des chirurgiens-dentistes allocataires au sein du conseil d'administration.

Au sein de chaque collège territorial, un administrateur titulaire et un administrateur suppléant sont élus sauf en ce qui concerne le cinquième collège territorial (Aquitaine, Départements d'Outre- Mer, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse) qui élit pour six ans deux administrateurs titulaires et deux administrateurs suppléants renouvelables tous les trois ans par moitié.

#### **Article 14**

Les électeurs du collège national des chirurgiens-dentistes allocataires sont répartis au sein des collèges territoriaux en fonction du lieu de leur domicile principal.

#### **Modalités d'élections des Collèges Nationaux des chirurgiens- dentistes**

#### **Article 15**

Lorsqu'un administrateur cesse pour une raison quelconque d'appartenir à son collège national et/ou au collège territorial qu'il représente, il perd le bénéfice de son mandat qui prend fin au plus tard dans le délai de trois mois.

Lorsqu'un administrateur élu titulaire lors des élections triennales cesse ses fonctions, il est remplacé par son suppléant pour la durée du mandat restant à courir.

#### **Article 16**

Lorsqu'au cours d'une élection, il est procédé au renouvellement de tous les sièges d'un même collège territorial, l'un des sièges n'est pourvu que jusqu'à la prochaine élection triennale.

L'administrateur titulaire et son suppléant qui ne restent en fonction que jusqu'à la prochaine élection triennale sont soit volontaires, soit, en l'absence de volontaires, désignés par tirage au sort.

#### **Article 33**

Les électeurs du collège national des chirurgiens-dentistes allocataires sont répartis au sein des collèges territoriaux en fonction du lieu de leur domicile principal.

#### **Modalités d'élections**

#### **Article 34**

Les administrateurs titulaires et suppléants du collège national des chirurgiens-dentistes cotisants et du collège national des chirurgiens-dentistes allocataires sont renouvelables par moitié tous les trois ans.

Lorsqu'un administrateur cesse pour une raison quelconque d'appartenir à son collège national et/ou au collège territorial qu'il représente, il perd le bénéfice de son mandat qui prend fin au plus tard dans le délai de trois mois.

Lorsqu'un administrateur élu titulaire lors des élections triennales cesse ses fonctions, il est remplacé par son suppléant.

#### **Article 35**

Lorsqu'au cours d'une élection, il est procédé au renouvellement de deux sièges au sein d'un même collège territorial, l'un des deux n'est pourvu que jusqu'à la prochaine élection triennale.

L'administrateur titulaire et son suppléant qui ne restent en fonction que jusqu'à la prochaine élection triennale sont soit volontaires, soit, en l'absence de volontaires, désignés par tirage au sort.



## Débats de la Modifications des statuts de la CARCD/SF

Monsieur LEFEVRE en appelle à la responsabilité de chaque administrateur qui doit être conscient qu'un rejet des statuts généraux entraînerait le remplacement du conseil d'administration par un seul administrateur civil nommé par l'Etat.

Madame MARTY, Monsieur TROTEBAS et Monsieur CERF déplorent que cette nouvelle version ne tienne pas compte des principales revendications des retraités de janvierdernier.

Monsieur LEFEVRE rappelle que ce texte, qui ne pouvait pas reprendre toutes les demandes de modifications, a néanmoins fait l'objet d'un certain consensus. Des arbitrages ont dû être faits dont certains peuvent être contestables, mais le conseil doit maintenant faire face à ses responsabilités.

Monsieur CERF s'interroge sur le terme de consensus car sur les dix membres siégeant à la commission des statuts, il est le seul allocataire.

Les retraités considèrent que la composition du conseil devrait respecter la proportionnalité et que leur cinq sièges devraient être maintenus. En outre, il serait plus cohérent de prévoir pour les allocataires une répartition géographique similaire à celle des cotisants.

Monsieur QUIEVRE assure que la commission des statuts a travaillé très sérieusement, sans aucune pression, et que chaque demande a été scrupuleusement étudiée. Des choix ont dû être faits pour aboutir à cette nouvelle mouture qui exigera inévitablement quelques efforts et compromis.

Monsieur TROTEBAS déplore que le principe de proportionnalité mentionné dans les statuts ne soit pas respecté. Il argumente son propos en comparant le nombre de sièges attribués par rapport aux nombres d'électeurs des collèges.

Les sages-femmes conservent trois sièges sur vingt alors qu'elles sont déjà surreprésentées dans la composition actuelle. En outre exclure le conseil de l'ordre est une aberration. La présence d'un ordinal aux réunions du conseil a été évoquée oralement, mais elle aurait dû être officialisée dans les nouveaux statuts.

Le vote est effectué à bulletin secret. Les modifications des statuts généraux sont adoptés à la majorité des deux tiers : 21 pour et 7 voix contre.

Monsieur CHARBIT regrette que le nombre d'électeurs soit aussi disparate d'un collège à l'autre. La démocratie n'est pas respectée.

# **DATES DU RENOUELEMENT PARTIEL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CARCD/SF EN 2018**

- Semaine 4/2018 envoi de l'appel à candidature.
- 3 Avril 2018 date limite de dépôt des candidatures.
- Vendredi 15 Juin dépouillement
- -Vendredi 6 Juillet Conseil d'Administration

## **SORTANTS en 2018**

### **Chirurgiens-dentistes cotisants :**

- collège 1 : Laurent TEMMAM et Boris JAKUBOWICZ-KOHEN
- collège 2 : Hervé SERFATY et Thomas HAMON
- collège 3 : Sylvain CHARBIT et David ELBAZ
- collège 5 : Philippe HINCELIN et Ingrid PLESSY-VALLET
- collège 7 : Eric QUIEVRE et Cyurille BOURGAUX
- collège 9 Marc BARTHELEMY et Fabrice JOLY
- collège 10 : Alain LOBRY et Lucas de LAPORTE
- collège 11 : Pierre VINCHON et Gilles RAYMOND
- collège 12 : Michel BERGOUGNOUX et François ESCOLLE

### **Chirurgiens-dentistes allocataires**

- collège 2 : Monique MARTY et Georges DHALLUIN
- collège 3 : Albert KLEIN et Marie GRAINDORGE
- collège 5 : Jean-Pierre TROTEBAS et Guy MAINGOT

### **Collège National des sages-femmes**

- Benedicte JOUFFROY - Laurence BLOCH PARDO
- Willy BELHASSEN et Maud BOJJO
- Martine GRUSSENMEYER et Jocelyne RIVAT

## **Collèges votants selon les statuts adoptés le 31 mars 2017**

### **Chirurgiens- dentistes cotisants**

- collège 1 : votant pour 1 siège
- collège 2 : non votant
- collège 3 : votant pour 1 siège
- collège 4 : votant pour 2 sièges
- collège 5 : votant pour 1 siège

### **Chirurgiens-dentistes allocataires**

- collège 1 : non votant
- collège 2 : votant pour 1 siège
- collège 3 : non votant
- collège 4 : non votant

**Le Président du conseil de l'Ordre National, le Dr Gilbert Bouteille, a écrit dans la lettre N° 162 de novembre 2017 la mise au point que voici :**

« Au motif que des titulaires d'un diplôme d'odontologie dûment délivré par l'université Fernando-Pessoa, à Porto, auraient suivi les deux premières années de leur cursus au Clesi – cette structure privée contre laquelle l'instance ordinale s'est mobilisée avec force et constance –, **certains font reproche à l'Ordre d'avoir inscrit ces praticiens au tableau. La virulence de certains propos, qu'il faut hélas associer à une grande méconnaissance de la législation, est consternante.** Elle l'est d'autant plus que l'Ordre, depuis plus de dix ans, ne cesse d'alerter Paris et Bruxelles sur les conséquences potentiellement désastreuses, en termes de sécurité des soins, d'une absence de contrôle des cursus dans les universités publiques et privées des pays de l'Union européenne. Mieux encore, et l'on ne parle plus ici de risques mais d'un fait établi, notre profession médicale perd chaque année un peu plus la maîtrise de sa démographie puisqu'un tiers des nouveaux inscrits en France sont désormais diplômés hors de l'Hexagone et hors numerus clausus. Redisons-le : l'Ordre n'a hélas pas autorité pour juger du contenu d'un diplôme délivré dans un pays de l'Union, mais seulement de son authenticité. Une fois les vérifications d'usage effectuées, il DOIT inscrire ces praticiens, sauf à se mettre volontairement hors la loi, ce qui serait insensé de la part d'une institution ayant délégation de service public. Or, pendant que les « y a qu'à-faut qu'on » s'époumonent, l'Ordre agit en son nom propre, mais aussi avec ses homologues européens du Council of European Dentists (CED) et de la Fédération of European Dental Competent Authorities and Regulators (Fedcar)\*. Il agit quand il accompagne, avec d'autres, l'Ordre maltais dans la procédure – qui vient de prendre fin – à la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) opposant l'État maltais à un prothésiste souhaitant y exercer une partie de la profession de chirurgien-dentiste. Il agit lorsqu'il rencontre à Bruxelles les représentants des États dans lesquels se forment puis « s'exportent » en France des diplômés en odontologie. Il agit lorsqu'il expose, à Paris et à Bruxelles, sa profonde conviction : la loi du marché – le mantra bruxellois – ne saurait tenir lieu de mécanisme de régulation, en tout cas ni au détriment des patients ni de la profession. **L'ordre poursuit donc son action et, concrètement, milite pour la création d'un système d'évaluation des cursus en Europe.** »



**Association Syndicale Nationale des Chirugiens-Dentistes  
Concernés par la retraite**

***Présidente Nationale : Christiane COLZI-VITEL***  
*Villa la COLLINIÈRE 830 Avenue des Frères MARESCOT-83200 TOULON*  
*Boîte Postale ASN-CDCR Boîte Postale 41- 13376 Marseille Cedex 12*  
Courriel du secrétariat Général [ph.dejouhanet@wanadoo.fr](mailto:ph.dejouhanet@wanadoo.fr) ou [xavier.mingasson@free.fr](mailto:xavier.mingasson@free.fr):  
Site internet : [asn-cdcr.com](http://asn-cdcr.com)

**Toulon le 10 Juillet 2017**

**à Madame le Docteur Agnès Buzyn  
Ministre des Solidarités et de  
la Santé**

**14, avenue Duquesne  
75350 PARIS**

**Madame la Ministre,**

**Vous avez bien voulu répondre à ma lettre de félicitations ; je reviens vers vous pour vous transmettre les réflexions de notre syndicat de praticiens concernés par la retraite à l'annonce du programme du gouvernement auquel vous appartenez.**

**Parmi ce qui est avéré :**

**- l'augmentation importante de la CSG non compensée pour les retraités par une diminution de charges entrainera une inégalité entre les tranches d'âge.**

**Monsieur Jacques Attali cherchait une solution radicale à l'allongement de la vie, le programme de Jean Pisani-Ferry spolie les personnes qui ont payé des cotisations toute leur vie professionnelle ; certes ils ne peuvent pas paralyser le pays, mais je vous rappelle qu'il est fait appel à eux pour des actions de bénévolat dans tous les domaines, sports, éducation, œuvres caritatives, etc....**

**-l'alignement des prestations des libéraux, sur celles des salariés notamment une assurance chômage. Nous n'avons pas à payer cotisation pour une prestation à laquelle nous n'avons pas droit.**

**Le gouvernement projette à plus ou moins long terme une retraite universelle. Ce qui est valable pour les retraités des salariés ne l'est pas pour nous profession libérale. Les caisses de salariés du privé ont été médiocrement gérées et nous avons déjà participé au renflouement de l'AGIR et de l'ARCO**

Notre caisse créée en 1955, fonctionne très bien, comme les multiples contrôles que nous avons subi ces dernières années l'ont prouvé. Elle a été gérée dès le début en constituant une réserve destinée à pallier les variations de la démographie, en exigeant des cotisations un peu au-dessus de l'inflation et en distribuant des allocations un peu en dessous. Et, point très important, aucune cotisation patronale ne vient s'ajouter aux nôtres, nos retraites sont financées seulement par nos deniers propres.

Nous avons d'ailleurs apprécié, comme un dernier mauvais coup de Madame Marisol Touraine, le décret passé in extremis, la veille de l'alternance du nouveau gouvernement, sur l'encadrement de nos réserves, un chef-d'oeuvre de technocratie antidémocratique en 23 pages qui entrainera des frais de gestion plus élevés donc une performance moindre.

Ce décret concerne bien sûr aussi les médecins. Je ne sais pas si vous avez pratiqué l'exercice libéral, mais je suis sûre que vos confrères vous adresseront les mêmes desiderata. J'espère que vous y serez sensible.

Une concertation s'avère indispensable, on ne peut pas bouleverser, sans aucun souci des conséquences, la vie de milliers de gens.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de notre profond respect.

---

**Dr Christiane COLZI-VITEL,**

*C-D, Présidente Nationale de l'ASN-CDCR.*



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*La Chef de Cabinet*

*Paris, le*

- 5 SEP. 2017

N.RÉf. : CAB SSA/CR/ST - Pegase n° A-17-042839  
V.Réf. : lettre du 10.07.2017

Madame la Présidente,

Vous avez bien voulu faire part à madame Agnès BUZYN, ministre des solidarités et de la santé, des réflexions de votre syndicat concernant les projets du Gouvernement en matière de cotisations sociales et de retraite, ainsi que sur le décret du 9 mai 2017 modifiant l'organisation financière des régimes d'assurance vieillesse gérant des régimes de retraite complémentaire.

La ministre a pris connaissance des remarques que vous formulez et en a pris note.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes salutations distinguées.



Sophie FERRACCI

Madame Christiane COLZI-VITEL  
Présidente  
Association syndicale nationale des chirurgiens-dentistes  
concernés par la retraite  
Villa La Collinière  
830 Avenue des Frères Marescot  
83200 TOULON

14 AVENUE DUQUESNE - 75350 PARIS 5<sup>E</sup> 07  
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

## **R**éponse du Pt de notre caisse de retraite à notre Présidente Christiane COLZI-VITEL, suite à ses inquiétudes concernant nos régimes complémentaires et... nos réserves financières !

Madame la Présidente, chère consœur,

Tout d'abord merci de votre courrier.

Depuis la parution de la lettre n° 20 de la CARCDSF certaines choses ont évolué. Certes comme le prévoyait la loi une COG a été signée entre la CNAVPL et l'état. Cette COG donne des prérogatives claires à la CNAVPL vis à vis de nos sections et la CARCDSF a signé un contrat de gestion avec la CNAVPL.

Ce contrat ne concerne pas du tout la gestion de nos réserves qui reste dévolue à chaque section.

La nouvelle Présidente de la CNAVPL Monique DURAND qui est la présidente de la caisse des Pharmaciens et dont je suis le premier vice-président a immédiatement réagi lorsqu'un nouveau projet de décret règlementant nos placements nous a été soumis. Ce projet a fait l'unanimité contre lui et nous pensions que le gouvernement aurait la sagesse de sursoir à sa promulgation juste avant les échéances électorales.

C'est au contraire après un arbitrage du cabinet du premier ministre que ce projet a été déposé au Conseil d'Etat pour promulgation le lendemain du premier tour de l'élection présidentielle.....

Toutes les sections étant unanimes contre ce texte, c'est la CNAVPL par la voix de sa présidente qui a été chargée d'organiser une riposte.

Bien sur plusieurs mémoires ont été déposés au Conseil d'Etat pour contrer juridiquement ce texte. Nous espérons que le Conseil d'Etat aura la sagesse de ne pas l'avaliser mais il nous est apparu que l'action politique serait peut-être pertinente. En l'état nous avons pensé que seule une lettre ouverte aux candidats à la présidentielle avait quelque chance d'empêcher ce passage en force.

Je vous joins les deux lettres ouvertes aux candidats ainsi que l'interview de la présidente qui date d'aujourd'hui.

Espérant avoir répondu succinctement à certaines de vos interrogations, croyez en mon total investissement au service et à la défense de notre caisse et de tous ses affiliés.

Votre dévoué.

---

**Frank LEFEVRE,**  
Président de la CARCD/SF





# **VIES DES SECTIONS RÉGIONALES**

# REMISE DE LA MÉDAILLE D'ARGENT DU CONSEIL DE L'ORDRE À J.P TROTEBAS LE VENDREDI 22 SEPTEMBRE 2017

Le Vendredi 22 Septembre 2017 notre confrère, ami et Vice-Président National de notre Association, s'est vu remettre la médaille d'argent du Conseil National de l'Ordre des mains des Docteurs Jean-Marc RICHARD et de Gilbert LAGIER-BERTRAND, tous les deux membres du Conseil National.

Il est inutile de rappeler le travail permanent qu'a effectué Jean-Pierre au sein du Conseil Départemental des bouches du Rhône, où il a siégé durant 4 mandatures ce qui lui donnait une expérience confirmée et reconnue par tous.

Son passé universitaire fut aussi évoqué et les jeunes confrères qu'il a formés s'en souviennent avec bonheur. Depuis aussi bientôt 20 ans il poursuit la formation de la qualification des Assistantes Dentaires au sein de la CNQAOS qui l'avait aussi honoré en lui remettant une médaille d'or pour son enseignement.

Il est également un des administrateurs de notre caisse de retraite et au cours de la remise de cette dernière distinction pour laquelle nous le félicitons encore, il n'a pas manqué de remercier sa femme Michèle pour la patience dont elle fait preuve pour toutes ces casquettes qu'il porte avec tant de facilité, de simplicité et de bonheur.

Toute la rédaction du Lien des générations et les membres de l'ASN- CDCR se félicitent de travailler avec lui et lui souhaite de conserver très longtemps l'énergie qu'il déploie dans tous ces domaines.

## **Le comité de rédaction du Lien des GENERATIONS**



# **RUBRIQUES DIVERSES SUR ACTIVITÉ MÉDICALE**



# UNIVERSITÉ : FORMATION INITIALE DES CHIRURGIENS DENTISTES ; LE MALAISE DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE...

Ces dernières années un nombre significatif de Maîtres de Conférence en odontologie désabusés et déçus de leurs conditions d'exercice à l'hôpital où ils ne retrouvent plus les valeurs qui les ont autrefois fortement motivés, ont préféré démissionner de leurs fonctions et retourner dans le privé. Ils avaient tous en commun d'être des praticiens réputés dont les enseignements étaient très appréciés des étudiants. Ajoutons à cela le désintérêt manifeste des jeunes diplômés pour des postes d'assistants hospitalier parfois laissés vacants faute de candidats...et on prend conscience qu'une dérive pernicieuse affecte dangereusement l'enseignement pratique en odontologie. Comment expliquer, sans sombrer dans la facilité de l'anathème générationnel ... « de mon temps c'était tellement mieux ! » qu'à une époque où les progrès technologiques de l'odontologie n'ont jamais été aussi fulgurants, l'enthousiasme, le débat et la passion qui présidaient dans nos cliniques universitaires aient laissé la place, à quelques exceptions près\*, à la morosité d'une routine opératoire sans relief, frileuse et conservatrice.

En posant pour base de raisonnement, que d'évidence la qualité de l'enseignement clinique sous-tend un environnement technologique de bon niveau où évoluent des Maîtres expérimentés aptes à transmettre, gestes à l'appui, des méthodologies opératoires éprouvées et actualisées à des étudiants dont l'ambition est d'accéder à une pratique professionnelle d'excellence. On comprend, à l'analyse des trois éléments précités : enseignants, étudiants, et cadre hospitalier, que nous soyons aujourd'hui très éloignés de ce concept idéal.

Concernant les « enseignants chercheurs » (définition statutaire), la politique du recrutement a dangereusement évolué. Alors qu'à l'époque où nous siégeons à la CNU\*\* un juste équilibre entre une réputation opératoire affirmée et un solide bagage théorique épaulé par quelques écrits de qualité étaient appréciés par le jury. Aujourd'hui force est de constater que l'épreuve des « titres et travaux » prend largement le pas sur l'appréciation de capacités cliniques que la commission ne semble plus d'ailleurs en mesure de juger. Dès l'internat (depuis 1995) le ton est donné par un concours national difficile et très sélectif mais d'où la pratique est déjà délibérément écartée au profit d'épreuves écrites... Ensuite, s'en suit une sorte de parcours de carrière vertical : accession prioritaire de l'ex-interne à l'assistantat, souvent à temps-plein ce qui l'autorise à préparer conjointement une épreuve de titres, pré requis exigé, en vue du concours de MCU PH. Bien évidemment ce cursus suppose courage, abnégation et un énorme travail de recherches et de publications mais quid de l'apprentissage au fauteuil de ces candidats très savants mais qui n'auront connu de la pratique que l'hôpital! Seront ils les Maîtres exemplaires admirés et respectés dont l'essentielle mission était de former de bons praticiens armés pour affronter les sévères exigences du cabinet privé. Enfin, dans la continuité du « replis sur soi » de la nouvelle politique de santé le législateur a décidé d'une nouvelle mesure restrictive qui vise à ne plus recruter que des temps-pleins sur les nouveaux postes de MCU PH ! Cette mesure est incohérente et irresponsable car elle prive définitivement nos étudiants de l'apport inestimable de l'expérience de terrain des enseignants issus du privé. Enfin elle est injuste car survenue brutalement et sans préavis, elle a éliminé toute une génération de jeunes en cours de préparation du concours, pour certains après plusieurs années d'efforts et de sacrifices.

Les étudiants souffrent évidemment des insuffisances qui affectent l'enseignement pratique. Les Maîtres de stage, courageux compagnons qui les reçoivent toutes les semaines dans leurs cabinets durant leur sixième année, s'ils sont satisfaits et toujours émus de leur intérêt parfois quasi passionnel pour la gestuelle opératoire de tous les jours s'alarment de l'archaïsme de leurs connaissances techniques. Elles laissent transparaître les prudences pédagogiques déjà citées vis-à-vis des méthodologies modernes pourtant communément admises dans la pratique courante. Elles expliquent aussi l'afflux des jeunes qui sitôt diplômés se précipitent dans les cours de perfectionnement ; DU, CES mais aussi formations privées de plus en plus nombreuses où il est globalement reconnu que l'âge des participants n'a jamais été aussi bas. Les étudiants sont inquiets ; inquiets pour leur avenir professionnel comme en témoigne leur participation active aux grèves de janvier 2017 avec les praticiens, en protestation contre les propositions iniques de l'UNCAM. .. Enfin, vaste sujet de polémiques et d'insatisfaction, les dispositions de l'UE vis-à-vis des diplômes européens. S'il paraît logique que soit envisagé l'équivalence des diplômes et la libre circulation des praticiens, il est profondément injuste que les cursus soient différents voir très différents d'un pays à l'autre et que ces anomalies soient péremptoirement admises sans la moindre tentative de normalisation par l'UE. Cette coupable négligence autorise toutes les dérives dont

le contournement du concours d'entrée par le biais de cursus étrangers hautement tarifés qui vont jusqu'à s'installer en France telle l'Université Fernando Pessoa installée dans le Var depuis 5 ans et ce malgré tous les recours. Elle propose, moyennant finances, à des étudiants français un diplôme Portugais donc Européen ! La qualité de l'enseignement pratique au cœur de notre propos, souffre bien sûr grandement de ces dérives et de cette absence de normalisation européenne ; un rapport daté de septembre 2016 paru dans « la lettre » de l'ordre des chirurgiens dentistes, fait ainsi état de 10% d'étudiants diplômés en UE sans aucune pratique clinique ! Du fait de son attractivité la France est très prisée par les étrangers, le conseil de l'ordre estime qu'en 2015, 40% des nouveaux inscrits sont diplômés hors de France alors qu'ils n'étaient que 34,7% en 2014 et 27,9% en 2013 ! Il apparaît légitime que ces désordres alarment nos étudiants et les amènent à douter du bien fondé des décisions de l'ensemble de leurs organismes de tutelle. Un des remèdes à ces injustes disqualifications ne serait-il pas de faire l'effort leur accorder le meilleur niveau d'enseignement clinique pour qu'ils soient capables de s'imposer sur le terrain à la régulière face à cette concurrence grandissante !

Le dernier chapitre se doit d'être consacré à l'évaluation de l'environnement technologique des cliniques dévolues à l'enseignement pratique de l'odontologie. Le rapprochement voulu par le législateur entre les CHU et les services dentaires dont les cliniques sont aujourd'hui admises au sein même de l'hôpital à aussi une incidence sur l'enseignement pratique de la spécialité. Si le plus souvent les infrastructures mises à la disposition de l'odontologie sont de qualité il en va tout autrement de l'atmosphère de travail. Ce n'est un secret pour personne que l'hôpital dans son ensemble traverse une crise sans précédent : déficit abyssal, manque de personnel soignant (30% des postes non pourvus), absentéisme record, restrictions budgétaires et objectifs de rentabilité drastiques dictés par un pouvoir administratif omniprésent, exigeant et autoritaire... des contraintes qui sont ressenties comme insupportables par le plus grand nombre des acteurs concernés : enseignants, étudiants et personnel soignant. Elles ont en outre fini par décourager quantité de spécialistes performants de tous bords qui écartelés entre leurs charges de clinicien et des obligations administratives de plus en plus lourdes ont préféré se tourner vers les cliniques privées. Qu'advient il du dentaire dont les services sont parfois à demi fermés \*\*\* faute de moyens et de personnel mais contraints de fonctionner malgré tout dans cette ambiance délétère... « Une dentisterie de guerre ! » comme nous le confiait dans une explosion de colère un MCUPH excédé....nous n'en dirons pas plus...

En conclusion, nous avons conscience que ce bilan qui souligne les failles de l'apprentissage clinique de la formation initiale d'aujourd'hui est très sévère. Il signifie que les étudiants actuellement diplômés de nos facultés sont insuffisamment instruits au plan pratique. Pour tenter de répondre à ces carences indubitables quelques pistes pourraient être avancées :

- Tenter de convaincre le législateur de modifier la politique de recrutement des enseignants chercheurs au prétexte que bien sûr la dentisterie est une science mais qu'il importe qu'avant tout l'enseignant soit un excellent clinicien en capacité de transmettre ses qualités d'opérateur à des étudiants destinés à devenir pour la plupart des praticiens.
- Admettre cette formation initiale comme telle mais exiger un temps de latence, officiellement contrôlé, de 3 ans avant installation (possibilité collaborateur) consacré à l'apprentissage des techniques avancées auprès de l'université (CES, DU) ou organismes privés reconnus aptes à dispenser une formation de qualité.
- Relever la qualité et la quantité des enseignements cliniques pendant la formation initiale :

- organisation pour les enseignants (MCU et Assistants) de séminaires obligatoires de formation aux techniques avancées.

- 6<sup>ème</sup> année consacrée à temps plein (tout en conservant les stages du privé) à la pratique.

\* Il y a et il y aura malgré tout, toujours des enseignants cliniciens enthousiastes et admirés de leurs étudiants à qui je rends un hommage appuyé...simplement aujourd'hui ils se font plus rares...

\*\* Commission Nationale Universitaire

\*\*\* hôpital de la Timone Marseille

# HISTOIRE DE L'ANESTHÉSIE

## ET LES CHIRURGIENS - DENTISTES

**L'**anesthésie est une discipline médicale d'apparition récente, ce qui ne signifie pas que l'abolition de la douleur pour autoriser les tentatives chirurgicales n'ait pas été une préoccupation constante des médecins et des chirurgiens de toutes les époques. L'apparition d'une anesthésie efficace date de la moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Cependant, elle fut précédée de nombreuses tentatives plus ou moins ingénieuses.

### **LES PRÉMICES :**



Hippocrate, en 400 avant JC connaissait déjà les propriétés de l'opium. Cependant l'utilisation de ce remède était peu répandue en raison de sa préparation difficile. Sa composition était quelque peu aléatoire et tout médecin tenu pour responsable du décès de son patient encourait la peine capitale. La douleur reste néanmoins une préoccupation constante de toutes les sociétés et de toutes les époques. Ainsi on trouve dans un manuscrit daté de 1050 la description de l'effet bénéfique du froid sur la douleur de l'érysipèle. Au XII<sup>e</sup> siècle, la douleur chirurgicale est combattue par l'introduction dans la bouche du patient ou l'inhalation des éponges soporifiques de Salerne, imbibées d'opium, de musc, de lierre et de Mandragore. En 1561, les écrits posthumes de Valerius Cordus (décédé en 1544) sur Dioscoridés décrivent un principe nommé « oléum Vitreoli dulce » qui n'est autre que l'éther diéthylique. Les écrits de Paracelse de Hohenheim (mort en 1541) sont publiés en 1601, notamment son « Opéra Medico-Chemicasive Paradoxa » qui décrit l'effet anesthésiant de l'éther sur les poulets.

En 1516, un missionnaire, PM Angherius ramène d'Amérique du sud un poison dont les indiens enduisent leurs flèches pour paralyser et tuer le gibier. En 1562, Ambroise Paré observe que la compression des troncs nerveux provoque une insensibilité qui facilite les amputations.

C'est aussi Ambroise Paré qui décrit la douleur du membre fantôme et également lui qui va remplacer la cautérisation des pédicules vasculaires au fer rouge par leur ligature. Le XVII<sup>e</sup> siècle va connaître des découvertes fondamentales. En 1628, William Harvey décrit la circulation sanguine.

En 1648, Van Helmont invente le mot gaz et découvre le CO<sub>2</sub>, qu'il appelle gaz sylvestre.

En 1656, Sir Christopher Wren parvient à injecter de l'opium dans une veine de chien.

En 1665, Richard Lower pratique la première transfusion chez l'animal.

En 1670, Sydenham invente le Laudanum qui est une teinture d'opium qui aura un succès considérable, à tel point que si le XIX<sup>e</sup> siècle fut celui de l'alcoolisme, le XVIII<sup>e</sup> fut celui de l'opiomanie, tant la consommation de Laudanum fut répandue dans toutes les classes de la société.



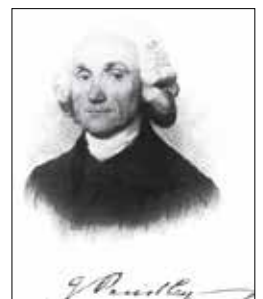
Field Book of Wound Surgery-Gersdorff 1517

### **LES DÉCOUVERTES INDISPENSABLES :**

En 1771, un pasteur britannique et Scheele, un chimiste suédois isolent simultanément l'Oxygène.

En 1772, Priestley découvre le protoxyde d'azote. A propos de l'oxygène, Priestley émet l'idée que l'inhalation de ce gaz pourrait avoir des vertus thérapeutiques.

En 1777, Lavoisier découvre la respiration et montre que toute combustion consomme de l'oxygène.



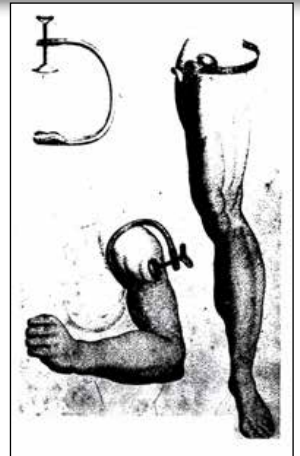
Joseph Priestley (1733-1804)



En 1779, l'abbé Fontana montre que l'eau de chaux fixe le CO<sub>2</sub>.

En 1781, le même abbé décrit les effets du curare sur les muscles.

En 1788, Charles Kite utilise un tube trachéal pour la réanimation des noyés. En 1788, James Moore redécouvre l'anesthésie des troncs nerveux par compression et fabrique divers dispositifs pour appliquer cette technique. L'anesthésie aurait pu être découverte dès cette période car les connaissances scientifiques accumulées paraissent suffisantes. En fait, l'histoire va faire un détour par l'hypnose à la suite de la publication par Messmer en 1779 de son « mémoire sur le magnétisme animal ».



### **Les précurseurs :**

Le fléau du XIX<sup>e</sup> siècle est la tuberculose qui emportait beaucoup de gens jeunes et moins jeunes et ne comportait pas de thérapeutique efficace. L'inhalation de gaz déjà envisagée par Priestley à propos de l'oxygène pouvait paraître logique pour traiter une maladie des poumons. C'est ainsi que Thomas Beddoes fut amené à créer l'institut pneumatique de Bristol destiné à l'expérimentation de divers gaz dans le traitement des maladies respiratoires. Beddoes recrute un jeune chimiste nommé Humphry Davy. Parmi les gaz utilisés figure le protoxyde d'azote que Davy teste sur lui-même à l'occasion d'une rage de dent.

En 1780, il publie un ouvrage nommé « Researches Chemical and philosophic, chiefly concerning Nitrous Oxide and its Respiration » dans lequel il écrit : « *Puisque l'oxyde d'azote semble capable de supprimer la douleur physique, il serait sans doute recommandable de l'employer pendant les opérations chirurgicales pour lesquelles il n'y a pas lieu de redouter une grande effusion de sang.* »



Thomas Beddoes (1760-1808)

Malheureusement, cette découverte ne sera pas exploitée et le protoxyde d'azote, comme d'autres gaz continuera à être administré à des phtisiques avec le succès qu'on imagine. En 1795, Thomas Beddoes publie avec J.Watt « Medicinal use of factitious airs », ouvrage dans lequel les auteurs décrivent



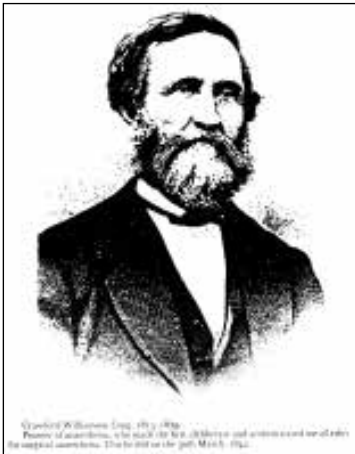
Humphry Davy (1778-1829)

l'inhalation de vapeurs d'éther dans la phtisie.

En 1806, Sertüner extrait la morphine de l'opium. En 1807, le Baron Dominique Larrey, médecin chef des armées de Napoléon et grand humaniste redécouvre les vertus analgésiques du froid en constatant que les soldats ramassés dans la neige par ses ambulanciers à la bataille d'Eylau ressentent beaucoup moins la douleur que ceux qui ne souffrent pas du froid. Il faut préciser que Larrey effectuait une désarticulation de hanche en deux minutes. Il faut également souligner que Dominique Larrey est le précurseur des SMUR car c'est lui qui le premier a créé un service d'ambulances chargé de ramasser les blessés et de les amener après premiers secours dans un l'hôpital bien équipé pour les traiter. En 1811 et 1812, Benjamin Brodie (1783-1862) appliquant de la poudre de curare (woorara) sur les plaies d'un chien provoque sa paralysie, et le maintien en vie par ventilation artificielle. L'auteur préconise d'appliquer ce traitement au tétanos, ce qui sera expérimenté par des médecins de la grande armée à la bataille de Pavie avec quelques succès. En 1818, Michael Faraday (1791-1861), élève de Humphry Davy publie dans la revue « Arts and Science » un article dans lequel on peut lire : « Lorsque on mélange des vapeurs d'éther à l'air ordinaire et qu'on le respire, son action ressemble à celle du gaz hilarant ». En 1824, Henry Hill Hickmann (1801-1830) relate dans une lettre à la « Royal Society of Medecine » ses expériences animales avec le CO<sub>2</sub> dont l'inhalation provoque « l'animation suspendue ». Il sollicite l'autorisation d'expérimenter sur l'homme et essuie un refus. En 1828 il s'adresse à Charles X mais ses travaux sont également refusés par l'académie royale de médecine. A côté de ces expériences pharmacologiques, le Mesmérisme continue de retenir l'attention de certains chirurgiens comme JCA Récamier qui, en 1821, a recours à l'hypnose pour appliquer un cautère et comme Cloquet qui, en 1829, effectue une mammectomie avec cette technique. En 1831, trois chimistes, le français Soubeiran, l'américain Guthrie et l'allemand Von Liebig découvrent le Chloroforme. Toutes les conditions paraissent désormais réunies pour que l'anesthésie soit découverte.



## LA DÉCOUVERTE DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE :



Crawford W. Long et sa note d'honoraires

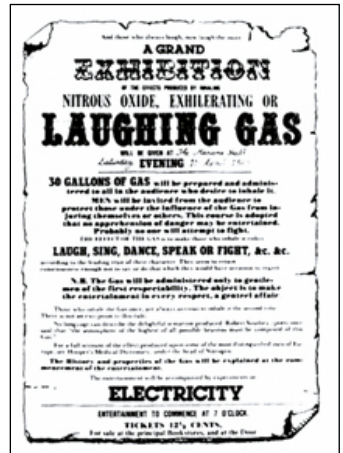


Les premières tentatives réussies n'ont pas fait l'objet de publications scientifiques immédiates. Aussi ont-elles été reconnues tardivement. Ainsi en 1842, **William E. Clarke**, dentiste à Rochester, Procède à l'éthérisation de miss Hobie tandis que Mr **Elijah Pope** lui arrache une dent. Toujours en 1842, un autre dentiste, **Crawford W. Long** de Jefferson procède à l'ablation d'un kyste sébacé sur la personne de James Venable après administration

d'éther. La première publication concernant cette anesthésie et celles qui furent pratiquées à sa suite par Long n'apparut qu'en 1848 dans « le Southern Medical and Surgery Journal ». Le retard est imputable à des médecins influents, partisans du Mesmérisme qui s'employèrent à bloquer la publication.

En 1844, **E.E Marcy**, dentiste à Hartford, (Connecticut) enlève des kystes sébacés sous anesthésie à l'éther. Toutes ces tentatives resteront largement ignorées du monde médical car non publiées ailleurs que dans les gazettes grand public locales et régionales. L'histoire officielle de l'anesthésie débute avec un autre dentiste de Hartford, **Horace Wells**.

Le 10 décembre 1844, un chimiste itinérant, Gardner Quincy Colton vint présenter ses exhibitions « médicales » à Hartford ou le public était invité notamment à expérimenter les effets hilarants de l'inhalation de protoxyde d'azote. L'un des participants, Samuel A. Cooley ne se rendit pas compte de la blessure qu'il venait de se faire après avoir inhalé le protoxyde d'azote.



Annonce d'une exhibition médicale



Horace Wells

**Horace Wells** qui assistait à cette scène comprit le parti qu'il serait possible de tirer de cette possibilité d'analgésie. Le lendemain, il se fit extraire une molaire par un de ses assistants après avoir inhalé du protoxyde d'azote fourni par Colton et ne ressentit aucune douleur. Wells était décidé à faire Horace Wells partager au monde sa découverte.

Un ancien élève de **Wells**, **William Thomas Green Morton**, installé à Boston arrangea une démonstration de l'anesthésie en janvier 1845 au Massachusetts Général Hospital, en présence du chirurgien chef John Collins Warren.

La démonstration de Wells fut un échec car le patient sortit de la salle en criant, bien que plus tard il avoua ne garder aucun souvenir de la douleur. Cet échec, probablement lié à une induction trop brève à l'aide d'un réservoir de protoxyde d'azote trop petit fut salué par des quolibets et **Wells** fut traité de charlatan.

**W.T.G Morton** qui assistait à l'échec de **Wells** était lui aussi préoccupé par la suppression

de la douleur dans l'art dentaire car il avait mis au point une prothèse dont l'application nécessitait l'extraction préalable de racines dentaires. Peu de patients acceptaient de subir ces extractions très douloureuses. Un compagnon d'études de Morton, le géologue et chimiste **Charles T. Jackson**, lui suggéra d'appliquer de l'éther sur les gencives afin de bénéficier de l'analgésie par le refroidissement dû à l'évaporation de l'éther. Après avoir expérimenté l'inhalation d'éther dans différents espèces animales, **Morton** pratiqua une extraction dentaire sans douleur dans son cabinet, le 30



16 octobre 1846 ; Massachusetts Général Hospital.

septembre 1846 sur la personne d'**Eben Frost**, un commerçant de Boston.

Lorsque ce fait fut relaté par la presse locale, Henry Jacob Bigelow, un chirurgien du Massachusetts General Hospital de Boston vint assister à plusieurs anesthésies délivrées dans son cabinet par **Morton**. Bigelow parvint à convaincre John Collins Warren, ancien doyen de Harvard et chirurgien de l'hôpital précédent de se prêter à une démonstration de la méthode.

Le 16 octobre 1846, en présence de médecins et étudiants rassemblés dans un amphithéâtre, Morton procéda à l'anesthésie par inhalation d'éther sulfurique du jeune imprimeur Edward Gilbert Abbott afin que JC. Warren procède à la ligature d'une malformation veineuse congénitale du cou. Morton avait confectionné à la hâte la veille une sorte de cornue dans laquelle l'éther était versé sur une éponge, le patient respirant à travers ce récipient.

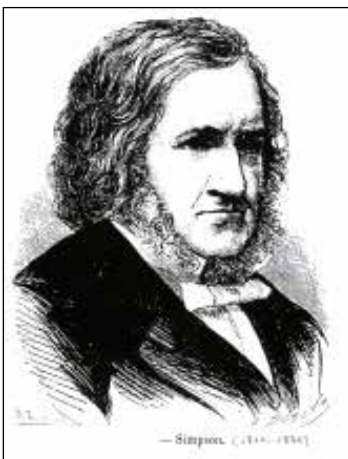
Warren enthousiasmé par ce résultat déclara à l'assemblée : « Gentlemen, This Is not Humbug » (Messieurs, ceci n'est pas de la charlatanerie).

Olivier Wendell Holmes, professeur d'anatomie à Harvard désigna cette technique du nom d'Anesthésie, signifiant en grec « absence de sensations ». Les véritables pionniers de l'Anesthésie sont **Crawford Long** dont la discrétion n'empêche pas le mérite puis **Horace Wells** qui le premier eut l'idée à partir d'une observation clinique d'analgésie d'appliquer l'inhalation de gaz à l'anesthésie chirurgicale et enfin **Morton** qui indiscutablement fit preuve de la persévérance nécessaire pour faire sortir cette découverte du stade artisanal et anecdotique afin d'en répandre la connaissance et l'usage de par le monde.

**Tous ces hommes sont des dentistes et la discipline est redevable de son existence à l'Odontologie.**

Enfin il ne faut pas oublier que le mérite du début de cette aventure revient au génial chimiste Humphry Davy qui le premier décrivit les effets analgésiques du protoxyde d'azote et proposa son application à la chirurgie. Très rapidement l'anesthésie se développa sur tous les continents avec cependant des modalités différentes selon les pays.

En Grande Bretagne, l'anesthésie fut considérée rapidement comme une spécialité médicale et certains praticiens comme JOHN Snow y consacrèrent presque toute leur activité. John Snow avait commencé sa carrière comme médecin généraliste et épidémiologiste. Il avait en particulier éradiqué une épidémie de choléra à Londres. En 1847, il publie un ouvrage « On The Inhalation Of The Vapour Of Ether » dans lequel il décrit les stades de l'anesthésie à l'éther ainsi que le vaporisateur calibré qu'il a inventé pour son administration. John Snow décrit ensuite les cas cliniques d'anesthésies à l'éther qu'il a conduites.



James Young Simpson 1847: l'anesthésie obstétricale



En 1847, James Young Simpson accoucheur à Edimbourg qui utilisait l'éther pour l'analgésie obstétricale le remplace par le chloroforme à cause de son odeur plus agréable, de sa meilleure tolérance respiratoire et de sa plus grande puissance anesthésique.

Simpson sera l'objet de critiques et d'attaques par des membres du clergé et du corps médical qui sont opposés à la suppression de la douleur

de l'accouchement.

En 1853, la reine Victoria accouche du prince Léopold sous analgésie au chloroforme administrée par John Snow qui était ami de son époux. Cette méthode reçoit dès lors le nom d'« anesthésie à la reine » et cet événement fera diminuer les critiques religieuses et médicales à l'égard de l'analgésie obstétricale.

En 1858, John Snow publie un autre ouvrage intitulé « On Chloroform and Other Anaesthetics » qui est publié à titre posthume.

Si l'anesthésie s'avéra un immense progrès, sa dangerosité ne tarda pas à se manifester.



John Snow (1813-1858)



Hannah Greener (28 janvier 1848)

Le 28 janvier 1848, Hannah Greener, une jeune fille de 15 ans meurt à Newcastle upon Tyne pendant une anesthésie au chloroforme administrée pour l'ablation d'un ongle incarné. La jeune fille avait déjà été anesthésiée de la sorte pour la même intervention sur l'autre pied. Quelques instants après le début de l'inhalation du chloroforme imbibant un champ, la patiente était devenue pâle, et avait cessé de respirer. Elle n'avait pas pu être ramenée à la vie malgré l'ingestion immédiate d'un verre de Brandy (ingestion ou inhalation ?). Dès 1847, Marie-Jean Pierre Flourens, un physiologiste français avait décrit les effets du chloroforme et avait insisté sur sa toxicité. D'autres décès furent observés sous chloroforme. Simpson attribuait ces accidents à une défaillance brutale de la circulation et à l'asphyxie due à la défaillance respiratoire secondaire. James Syme, un chirurgien d'Edimbourg parmi les premiers à utiliser l'éther attribuait les décès du chloroforme à la seule défaillance respiratoire, ce qui l'avait amené à énoncer un aphorisme : « surveillez la respiration et ne vous occupez pas du pouls ». La théorie de Syme influença durablement l'Ecosse et une partie de l'Angleterre car sa notoriété était grande et renforcée, par le fait qu'il avait pour gendre Lord Lister qui avait pratiqué la première anesthésie à l'éther en Angleterre. A Londres par contre la consigne était « surveillez le pouls » car la différence primitive de la circulation était considérée comme prépondérante.

John Snow parvient à la conclusion correcte que le décès était tantôt consécutif à l'arrêt respiratoire, tantôt à la défaillance circulatoire. Il faudra attendre le travail de AG Levy en 1922 pour démontrer que la syncope et la mort survenaient pendant l'anesthésie légère au chloroforme, que la cause de la syncope était une fibrillation ventriculaire et que l'injection d'adrénaline sous chloroforme reproduisait le même effet.

La sensibilisation du myocarde aux catécholamines était démontrée. La découverte de l'anesthésie encourageait les audaces chirurgicales qui auraient très rapidement trouvé leurs limites sans John Lister qui imposa les règles de l'antisepsie à la chirurgie dès 1865.

En 1857, Claude Bernard décrit le mécanisme de l'action des curares. Il décrit également l'action du Chloroforme sur les muscles et soutient que l'anesthésie résulte d'une coagulation réversible des cellules nerveuses.

En 1868, les gaz sont stockés sous pression dans des bouteilles métalliques, ce qui facilite leur délivrance.

## **L'ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE :**

Il semble que les indiens du Pérou connaissaient déjà l'effet anesthésiant de la coca.

Pour atténuer la douleur de la trépanation, ils machaient des feuilles de coca et versaient leur salive dans la plaie. Scherzer, au cours d'un voyage en Amérique du sud observe que les feuilles de coca provoquent l'anesthésie de la langue lors de leur mastication. Il en ramène une grande quantité et sera le premier à décrire leurs propriétés anesthésiques.

La cocaïne est isolée des feuilles de coca en 1855 par l'allemand Gaedicke qui la nomme « erythoxyline » puis par l'allemand Albert Niemann en 1860 qui l'obtient sous la forme cristalline et lui donne son nom définitif

Niemann décrit l'effet anesthésiant des cristaux de coca sur la langue.

En 1878, Vassili Konstantinovitch Von Anrep réalise l'étude pharmacologique de la cocaïne. Il observe sur lui-même ses effets anesthésiques locaux en s'en injectant par voie sous-cutanée. Il constate que l'injection sous-conjonctivale provoque une mydriase chez l'animal.

Le chirurgien Viennois Karl Koller était l'ami de Sigmund Freud qui s'intéressait à la cocaïne comme moyen de sevrage des patients morphinomanes. Freud abandonne ces études assez rapidement mais Koller poursuit l'investigation de la cocaïne et en 1884, il rapporte au congrès d'ophtalmologie d'Heidelberg que l'injection de cocaïne diluée dans la conjonctive d'une grenouille provoque l'insensibilité totale de l'œil.

La cocaïne va être utilisée largement par les ophtalmologistes puis par les ORL, les dentistes et enfin en chirurgie générale.

Halsted en 1884 produit la première anesthésie de conduction en injectant la cocaïne dans un nerf mandibulaire.

En 1885, J. Léonard Corning de New York injecte de la cocaïne entre les vertèbres lombaires d'un chien et obtient une anesthésie des pattes postérieures. Le fait de savoir si l'injection était épidurale ou intrathécale

reste l'objet de controverses.

En 1891, Quincke démontre l'intérêt diagnostique et la faisabilité de la ponction lombaire.

En 1892, Schleich décrit la technique d'anesthésie locale par infiltration des tissus avec une solution diluée de cocaïne. En 1898, August Bier de Greifswald en Allemagne produit une anesthésie spinale chez le chien, puis sur lui-même et son assistant Hildebrandt en injectant de la cocaïne par voie lombaire. Il applique ensuite cette technique à l'anesthésie chirurgicale. La technique est décrite simultanément en France par Théodore Tuffier.

En 1903, Einhorn découvre la procaine (novocaïne), premier anesthésique local à fonction ester, ayant une moindre toxicité que la cocaïne.

La lidocaïne (Xylocaïne) premier anesthésique local à fonction amide sera découverte en 1946. Rudolph Matas, chirurgien de la Nouvelle Orléans utilise la rachianesthésie dès 1899. Il contribue à l'introduction de l'anesthésie locorégionale en bloquant les branches du nerf trijumeau. En 1920, Fidel Pagés en Espagne décrit l'anesthésie péridurale, technique qui sera reprise en 1931 par AM Dogliotti qui ignorait les travaux antérieurs de Corning et de Pagés, ce dernier étant décédé en 1921.

## **L'ANESTHÉSIE INTRAVEINEUSE :**

La première injection intraveineuse est due à Sir Christopher Wren professeur d'anatomie à Oxford. Wren injecta en 1656 de l'opium dans une veine de chien et décrit l'état de sidération ainsi provoqué. L'expérience fut menée au domicile du duc de Bordeaux ambassadeur de France. L'injection fut réalisée grâce à une vessie animale reliée à une canule introduite dans une veine dénudée.

En 1665, sigismund Elsholtz injecte de l'opium intraveineux dans un but anesthésique.

En 1853, Wood invente une aiguille creuse et la même année, Charles Gabriel Pravaz invente la seringue en verre qui porte son nom.

La première publication décrivant l'anesthésie intraveineuse est de Cyprien Oré qui a injecté de l'hydrate de chloral à l'animal. Le 16 février 1874, Cyprien Oré publie à l'académie des sciences le premier cas d'anesthésie intraveineuse chez l'homme. Oré était chirurgien et professeur de physiologie à Bordeaux. Il pensait que l'anesthésie intraveineuse était supérieure à l'anesthésie par inhalation, cependant cette technique restera peu utilisée à cause de la longue durée d'action et de la toxicité de l'hydrate de chloral.

Malgré l'utilisation d'autres agents comme l'uréthane (1899), (toujours utilisé pour anesthésier les lapins au laboratoire), l'anesthésie intraveineuse démarre vraiment sa carrière à partir de la découverte des barbituriques en 1902. Le Barbital (Véronal) est découvert par Emile Fischer de Berlin. Ce premier barbiturique avait l'inconvénient de provoquer une anesthésie de longue durée, le réveil complet survenant au bout de 24 à 48 heures.

D'autres barbituriques furent essayés afin d'obtenir une induction et un réveil plus rapides. Le somnifère, mélange de Véronal et d'Alurate fut utilisé en France, l'Amytal aux États-Unis, puis en 1930, le Phénobarbital (Nembutal).

L'Evipan synthétisé par Kropp et Taub et étudié par les pharmacologues weese et Scharpff en 1932 fut un progrès car son action était plus rapide et de plus courte durée. Plus de 4 millions de patients ont été anesthésiés à l'Evipan.

En 1932 Lundy introduit le Pentotal qui est encore utilisé aujourd'hui.

En 1916, Elisabeth Bredenfeld en Suisse préconise l'injection intraveineuse de morphine et de Scopolamine. En 1942, Harold Griffith et Enid Johnson (Canada) introduisent le curare en anesthésie en administrant de l'intocostrine (Chondrodendron tomentosum).

## **L'ANESTHÉSIE ENDOTRACHÉALE :**

En 1543, Vesale introduit par trachéotomie un tube dans la trachée d'un animal dont le thorax est ouvert et les poumons exposés. Il maintient l'animal en vie en



Extrait du manuscrit « Fabrica » de Vesale en 1543 représentant la trachéotomie.



L'appareil de O' Dwyer

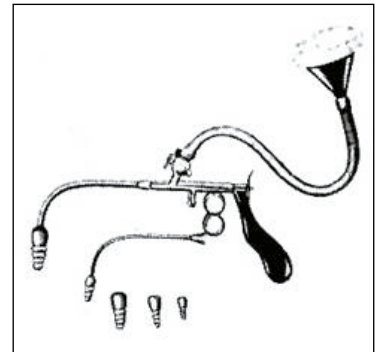
procédant à des insufflations périodiques par le tube trachéal. Robert Hook reproduit cette expérience devant la Royal Society. L'introduction d'un tube endotrachéal fut décrite par Charles Kite en 1788 et cette méthode fut utilisée pour traiter les asphyxiés et les noyés.

Il semble que John Snow fut le premier à avoir administré l'anesthésie endotrachéale chez l'animal, un lapin, par trachéotomie avec une canule reliée à un ballon rempli de chloroforme.

En 1869, Friedrich Trendelenburg pratique une trachéotomie et met en place un tube trachéal muni d'un ballonnet gonflable afin d'éviter l'inondation des bronches par du sang lors d'une opération sur les voies aériennes supérieures.

Le tube est relié à une sorte d'entonnoir recouvert de gaze sur laquelle du chloroforme est versé goutte à goutte.

En 1880, Fell et O' Dwyer inventent un appareil qui permet d'intuber le larynx avec des embouts coniques de tailles variables adaptés à un tube relié à un soufflet par un raccord latéral et ouvert à son autre extrémité pour autoriser l'expiration. L'appareil utilisé pour traiter l'asphyxie est perfectionné par Matas pour permettre l'administration de chloroforme.



Modification de l'appareil par Matas (1900)

William Maceven en 1880 utilise un tube métallique trachéal introduit par la bouche et un 'packaging', pour protéger les vois aériennes et administrer le chloroforme. En 1896, Tuffier et Hallion utilisent un tube trachéal à ballonnet et insufflent les poumons avec une valve de nonréinhalation pour pratiquer une résection pulmonaire. Franz Kuhn de Kassel publie en 1902 les résultats d'anesthésies endotrachéales pratiquées grâce à un tube trachéal introduit par voie orale ou nasale. Il recommande l'instillation de cocaïne pour faciliter l'intubation nasale. Il publie en 1911 un traité consacré à l'intubation.

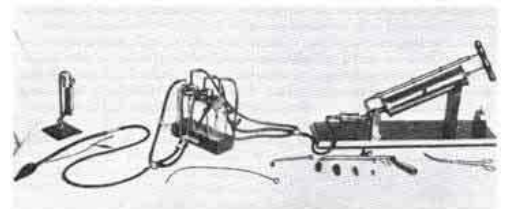
## Le tube trachéal de Kuhn



Dorrance en 1910 invente un appareil qui permet d'insuffler un mélange d'air et de chloroforme par une sonde trachéale ou un tube laryngé pour la chirurgie thoracique.

En 1913, Chevalier Jackson perfectionne le laryngoscope à vision directe inventé par l'ORL Alfred Kirstein en 1895.

Pendant la première guerre mondiale, I.W Magill et E.S Rowbotham qui servent dans une unité de chirurgie plastique perfectionnent la technique d'intubation trachéale et d'insufflation pulmonaire.



L'appareil de Dorrance (1910)

L'anesthésie par inhalation est administrée avec différents appareils dont le plus connu est l'appareil de Boyle qui permet l'anesthésie en circuit semi-fermé.



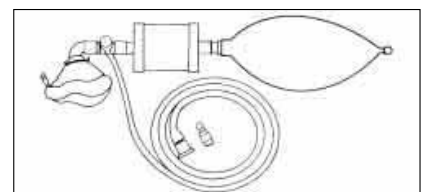
Démonstration de laryngoscopie directe par Chevalier Jackson

En 1915, D.E Jackson pratique l'anesthésie en circuit fermé chez l'animal en utilisant la chaux sodée pour absorber le gaz carbonique.

R.M Water qui travaille à Sioux city (Iowa) met au point un appareil avec absorption du CO<sub>2</sub> dans lequel les gaz inspirés et expirés suivent le même parcours d'où son nom de « va et vient » de Waters. En 1930, B.C Sword met au point le circuit fermé qui ressemble à peu de choses près à l'appareil qui

est utilisé aujourd'hui. La pharmacopée va enrichir l'anesthésie de beaucoup de nouveaux agents moins toxiques et plus maniables surtout après les années 1950.

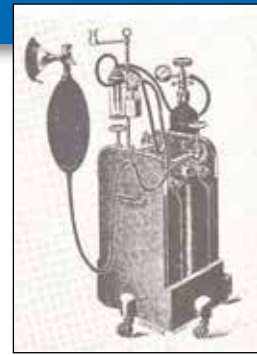
Ainsi, en 1956, Raventos introduisit l'halothane, agent halogéné bien toléré par les muqueuses et puissant, qui va permettre l'induction par inhalation agréable chez l'enfant.



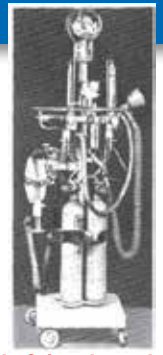
« Va et Vient » de R.M Waters (1924)

Les appareils d'anesthésie vont évoluer grâce aux progrès techniques et à l'inventivité des anesthésistes. La ventilation contrôlée va entrer au bloc opératoire avec le premier respirateur d'anesthésie, le spiropulsator de Frenkner et Crafoord, en 1940.

Ces techniques ne tarderont pas à quitter la salle d'opération pour fonder la réanimation.



L'appareil de Boyle



Le Spiropulsator de Frenkner et Crafoord (1940)

## **PERFUSIONS ET TRANSFUSIONS :**

Au mois de février 1665, Richard Lower effectue la première transfusion sanguine chez l'animal. Le 15 juin 1667, Jean-Baptiste Denis de Montpellier transfuse pour la première fois du sang à un homme. Les expériences de Lower ont été publiées dans les « Philosophical Transactions of the Royal Society » le 17 décembre 1666 et les expériences de Denis ont été publiées dans les mêmes « Transactions » le 2 juillet 1667.

Le sang transfusé à l'animal comme à l'homme était prélevé chez des agneaux et dans un cas de Denis chez un veau. En novembre 1667, Lower transfuse un homme.

En raison des réactions délétères et du décès d'un patient de Denis, la transfusion fut interdite en France, puis en Grande-Bretagne par un acte du parlement de 1670.

Bien des années plus tard, la question de la transfusion est à nouveau posée par l'obstétricien James Blundell qui est persuadé que certaines de ses parturientes décédées d'hémorragies du post-partum auraient pu être sauvées par la transfusion. Blundell postule que lorsqu'une transfusion doit être réalisée, le sang doit avoir pour origine un animal de la même espèce.

Blundell est le premier le 26 septembre 1816 à transfuser du sang humain à un patient qui décède néanmoins en raison de son état désespéré.

Sur les dix transfusés ultérieurs, cinq décèdent et cinq survivent.

La pratique transfusionnelle se heurtant aux problèmes d'approvisionnement, de coagulation du sang prélevé et des réactions adverses, la pratique s'orienta vers la perfusion veineuse de soluté salé isotonique. Latta de Leigh (Ecosse) est le premier (1831) qui perfuse du soluté salé à des patients atteints de choc au cours du choléra. Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, de nombreux auteurs démontrent l'efficacité des perfusions de soluté salé dans divers types de choc.

John Braxton Hicks ajoute du phosphate de sodium au sang à transfuser et montre ses propriétés anticoagulantes. En 1914, A. Hustin, un belge, utilise la solution de glucose et de citrate de sodium pour anticoaguler le sang à transfuser.

Il faudra attendre 1900 et Karl Landsteiner pour comprendre que les réactions observées en cours de transfusion sont liées à l'existence de groupes sanguins différents. Landsteiner décrit trois groupes, le quatrième sera découvert en 1902 par deux étudiants, Castello et Sturli.

## **CONCLUSIONS :**

\*Ce bref survol de l'histoire de l'anesthésie comporte obligatoirement des lacunes. Il a fallu choisir parmi les nombreux faits et auteurs qui ont contribué à cette découverte essentielle, ceux qui paraissent les plus marquants, les plus importants pour expliquer les progrès de cette discipline. Il y a là forcément un parti pris et un certain arbitraire.

\* L'anesthésie a été considérée d'emblée comme une spécialité médicale en Grande-Bretagne ou une société d'anesthésie a été fondée dès 1893 par SFW Silk au London Hospital alors qu'il faudra attendre 1934 en France pour voir fonder une société et 1946 pour la création du CES d'Anesthésie-Réanimation. Ce retard a été heureusement comblé et l'Anesthésie-Réanimation française actuelle n'a rien à envier à celle des grands pays d'Europe ou de l'Amérique du Nord.

# FEMMES. . . VOUS MÉRITEZ BIEN CES LOUANGES !

Quand Dieu a créé la femme il a travaillé tard le 6ème jour

- Un ange est venu et a demandé: «Pourquoi passer tant de temps sur elle ?

\*Le seigneur répondit. «Avez-vous vu toutes les spécifications dont je dois tenir compte pour la façonner ?

- Elle doit fonctionner dans toutes sortes de situations
- Elle doit pouvoir embrasser plusieurs enfants en même temps
- Elle doit avoir une étreinte qui peut guérir n'importe quoi d'un genou meurtri à un cœur brisé
- Elle doit faire tout cela avec seulement deux mains
- Elle doit guérir quand elle est malade et pouvoir travailler 18 heures par jour
  
- L'ANGE a été impressionné: «Avec juste deux mains ..... impossible!» S'exclama-t-il.
- Et c'est le modèle standard ?
- L'Ange se rapprocha et toucha la femme
- « Mais tu l'as rendue si douce, Seigneur ».
- « Elle est douce», dit le Seigneur
- « Mais je l'ai fortifiée, tu ne peux pas imaginer ce qu'elle peut supporter et vaincre »
- Elle peut penser ? demanda l'ange
- Le Seigneur répliqua : «Non seulement elle peut penser, mais en plus elle peut raisonner et négocier»
- L'Ange toucha ses joues ....
- \*«Seigneur, il semble que cette création a des fuites, tu lui as mis trop de fardeaux»
- «Elle ne coule pas ... c'est une larme» corrigea le Seigneur
- «C'est pour quoi?» Demanda l'Ange
- Le Seigneur dit: «Les larmes sont sa façon d'exprimer sa douleur, ses doutes, son amour, sa solitude, sa souffrance et son orgueil.»
- Cela a fait une grande impression sur l'Ange
- «Seigneur, tu es un génie, tu as pensé à tout. Une femme est en effet une merveille
- «Oui, dit le Seigneur
- Elle a la force qui étonne un homme.
- Elle peut gérer les problèmes et porter de lourdes charges.
- Elle possède le bonheur, l'amour et les opinions.
- Elle sourit quand elle a envie de hurler.
- Elle chante quand elle a envie de pleurer, pleure quand elle est heureuse et rit quand elle a peur.
- Elle se bat pour ce qu'elle croit.
- Son amour est inconditionnel.
- Son cœur est brisé quand un proche ou un ami meurt, mais elle trouve la force d'aller de l'avant avec la vie
- L'Ange demanda: « elle est un être parfait alors?»
- Le seigneur répondit: «Non. Elle a juste un défaut ; elle oublie souvent ce qu'elle vaut».
- Et à tous les hommes qui respectent la femme

*Être une femme est inestimable.*

**RESPECTONS LA FEMME\***

# ET L'HOMME CRÉA LA MACHINE

À l'après-guerre, de nombreuses méthodes de travail sont apparues, (Taylorisme, Fordisme) pour augmenter la production.

Face à ce travail qui ennuie et fatigue, l'homme a su mettre en œuvre des techniques de plus en plus élaborées pour réduire l'effort physique, principale source d'énergie dans le processus de production....

Et l'homme créa la machine !

Où sont à présent tous ces paysans démunis de leurs terres?

Ces êtres autrefois amaigris, à la peau brune, et solitaires ?

Où sont ceux qui s'en allaient faire éternellement,

Aux usines, le même mouvement ?

Ceux dont le salaire maigre ne payait pas de mine,

Ceux qui criaient famine.

Ces pères et mères aux mains creuses que la terre irritait ?

Ils sont là, assis, heureux et en bonne santé.

Le travail inutile est vaincu.

La machine est reconnue.

Dans l'industrie, elle ronronne de l'aube au soir.

Dans les familles, elle regorge d'espoir.

Machine à coudre, machine à laver,

Tout le monde la veut, et peut l'acheter.

C'est, dans ces entrailles enlacées, de cuivre et d'acier,

Que siège l'ingéniosité d'un homme éclairé.

Prolongement de l'homme, et création de l'âme,

Monstre ingénieux, elle abolit tout travail infâme.

Géant de fer, de plomb et d'aluminium,

Facilite la vie des hommes.

Pourquoi alors haïr, ce fruit si chérissable,

Ce bien si rentable.

La machine, autrefois source de bienveillance,

Tant haïe aujourd'hui, source de médisance.

Et pourtant, au nom du travail fécond et généreux,

Elle fait de l'homme un être libre et heureux.

Y a t-il travail plus honorable ?

Y a t-il une volonté plus louable ?

Que de vouloir inventer cet outil,

Celui dont la création épanouit.

Je te le demande alors, pourquoi avoir peur,

D'une simple machine à vapeur ?

Cette symbiose entre le forgeron et sa cuirasse,

Constitue celle qu'entretient l'homme avec son audace,

Ne craignons pas l'outil dans nos mains,

Chérissons le, qu'il soit présent à nos lendemains.

**Marine, étudiante à l'INSEA de LYON**





**« La dernière dent » de Narcisse CHAILLOU (1884).  
Musée du Faouët.**

*Ce musée est situé dans un village de Bretagne où un de nos amis adhère à l'ASN à ses racines et passe de nombreuses vacances.....*



Avec les amitiés chaleureuses de notre Présidente, ,

**Christiane COLZI-VITEL.**

# ORGANIGRAMME NATIONAL ASN-CDCR 2017

## MEMBRES D'HONNEUR :

(Mise à jour du 15.12.2017)

**BONNAUD Pierre** : Président d'honneur, chargé de missions

**ARZUL Annick** : Membre d'honneur

**MAURICE Jean-Pierre** : Trésorier d'honneur

**LEPOULEUF Jacques** : Président d'honneur

**TEULON Marc** : Vice-Président d'honneur

## BUREAU NATIONAL :

Présidente : **COLZI-VITEL Christiane**

Vice-Présidents : **LAURENT Guy** (action syndicale), **PILANDON Jean-Claude**, **TROTEBAS Jean-Pierre** (défense retraite)

Secrétaire Général : **DEJOUHANET Philippe**,

Trésorier : **MINGASSON Xavier**, Trésorière adjointe : **SARRAZIN Cécile**

Conseiller technique : **DONAT Jacques**

## CONSEIL D'ADMINISTRATION NATIONAL :

**AMAR Jean-Claude**, 40 Boulevard Voltaire, 13001 Marseille (coordonnateur et représentant des groupements de régions)

04.84.26.44.60 et 06.66.00.77.30 [amarjeanclaude@yahoo.fr](mailto:amarjeanclaude@yahoo.fr)

**BALTAYAN Edouard**, 22 impasse Quo Vadis, Montolivet 13012 Marseille 04.91.93.65.50 et 06.26.92.22.33 [eddy.baltayan@gmail.com](mailto:eddy.baltayan@gmail.com)

**BERNARD Georges**, Résidence Gambetta, A2 Appt N° 50, 125 Cours Gambetta, 33400 Talence 05.57.68.23.11 et 06.16.57.94.98  
[georbernar@numericable.fr](mailto:georbernar@numericable.fr)

**BONNAUD Pierre**, Résidence 'Le Crillon' B 62, 2 Impasse des Tuileries, 30400 Villeneuve les Avignon 04.90.15.79 et 06.13.61.23.99  
[pbonnaud@numericable.fr](mailto:pbonnaud@numericable.fr)

**CHASTANIER Jean-Marie**, 18 Avenue Georges Clémenceau, 6000 Nice 04.93.88.77.64 et 06.12.91.55.91 [jean.chastanier@sfr.fr](mailto:jean.chastanier@sfr.fr)

**COLZI-VITEL Christiane**, La Collinière, 830 Avenue des Fils Marescot, 83200 Toulon 04.94.24.33.08 et 06.10.38.20.07

[christianecolzi@gmail.com](mailto:christianecolzi@gmail.com)

**DEJOUHANET Philippe**, Le Sully 3, La Cadenelle, 122 Rue du Commandant Rolland 13008 Marseille

04.91.76.18.95 et 06.13.41.02.65 [ph.dejouhanet@wanadoo.fr](mailto:ph.dejouhanet@wanadoo.fr)

**DONAT Jacques**, 29 Boulevard des Batignolles, 75008 Paris 06.80.57.94.93 [jacques.donat@orange.fr](mailto:jacques.donat@orange.fr)

**GILLE Pierre**, 315 Avenue du 8 mai 1945, Résidence Le Pin N 1, 13240 Septèmes les Vallons 04.91.09.01.58 [pierre.gille@free.fr](mailto:pierre.gille@free.fr)

**HEDRICH Henri**, 64 Rue Poincaré, 54000 Nancy 03.83.90.93.38, [henri.hedrich@wanadoo.fr](mailto:henri.hedrich@wanadoo.fr)

**JAUZION-GRAVEROLLE Michel**, Résidence Villas Saintes Maries, 95 Chemin Sainte Marie entrée 3 30200 Bagnols sur Sèze  
04.66.89.73.82, [mjauzion@orange.fr](mailto:mjauzion@orange.fr)

**LAURENT Guy**, 98 chemin de la Magdeleine, 13390 Auriol 04.42.04.40.75 et 06.09.86.10.95 [guy.laurent41@orange.fr](mailto:guy.laurent41@orange.fr)

**MINGASSON Xavier**, 83 Ter Avenue de la Fignonne, 13012 Marseille 04.91.87.03.38 et 06.12.21.09.15 [xavier.mingasson@free.fr](mailto:xavier.mingasson@free.fr)

**PACHOT Claude**, 3 Rue de Tréguier, 22660 Trévou-Tréguignec 02.96.23.70.34 et 06.27.63.42.60 [claud.pachot@orange.fr](mailto:claud.pachot@orange.fr)

**PILANDON Jean-Claude**, 69 Avenue Etienne Clémentel, 63460 Combronde 04.73.97.30.74 et 06.07.23.99.10

[jeanclaudepilandon@gmail.com](mailto:jeanclaudepilandon@gmail.com)

**ROMAIN Françoise**, 16 Avenue Voltaire, 87000 Saint Junien 05.55.02.55.81 et 06.81.48.35.72 [guilag2@wanadoo.fr](mailto:guilag2@wanadoo.fr)

**SARRAZIN Cécile**, Résidence l'Ascot 2 Beauséjour, 5 Avenue Maréchal Juin, 06400 Cannes 04.93.43.58.13. et 06.09.44.47.90

[sarrazince@wanadoo.fr](mailto:sarrazince@wanadoo.fr)

**TEULON Marc**, L'Orient 2 D, Avenue d'Orient, 83100 Toulon 04.94.36.57.92, et 06.60.23.78.08 [mteulon@noos.fr](mailto:mteulon@noos.fr)

**TROTEBAS Jean-Pierre**, Immeuble 'Le Diamant', 60 Allée des Pins, 13009 Marseille 04.91.41.46.48 et 06.85.72.29.95

[trotebas.jeanpierre@gmail.com](mailto:trotebas.jeanpierre@gmail.com)

## VÉRIFICATEUR AUX COMPTES :

**CHASTANIER Muriel**, 18 Avenue Georges Clémenceau, 6000 Nice 04.93.88.77.64 et 06.12.91.55.91

## COMMISSIONS :

- Commission Internet e-mails : **LAURENT Guy**
- Commission Internet-site : Webmaster : **DEJOUHANET PHILIPPE**,
- Commission Recrutement : **BALTAYAN Edouard**, **LAURENT Guy**
- Commission Retraite : **BONNAUD Pierre**, **TROTEBAS Jean-Pierre**
- Commissions Partenariales : CFR –CNRPL : **COLZI-VITEL Christiane**  
UNACOPL : **SARRAZIN Cécile**

LIEN DES GÉNÉRATIONS : Directeur de publication : **COLZI-VITEL Christiane**

Comité de rédaction : **BONNAUD Pierre**, **DEJOUHANET Philippe**,

**LE POULEUF Jacques**, **TROTEBAS Jean-Pierre**



# Le Lien des Générations

## **Le lien des Générations**

---

Publication officielle de l'ASN-CDCR chez le Dr Christiane COLZI-VITEL  
La Collinière 830 Avenue des Fils Marescot 83200 Toulon  
Responsable : Dr Philippe DEJOUHANET - Tél. : 06 13 41 02 65