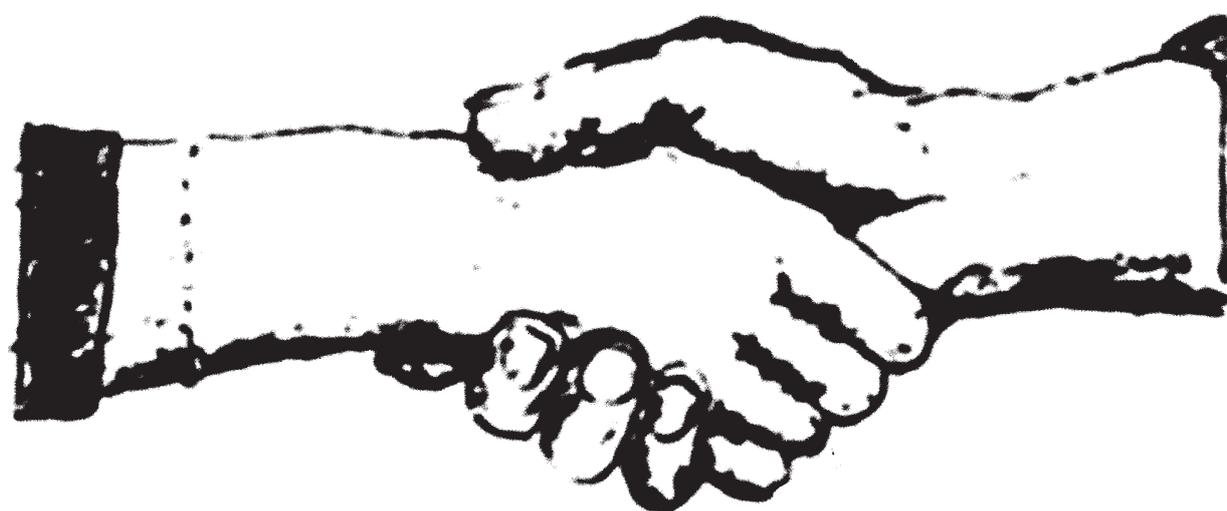


*Bulletin d'information
de l'Association Syndicale Nationale
des Chirugiens-Dentistes
concernés par la retraite*

Le Lien des Générations



René Bandon



Dans le 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 mûrir 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 Jacques LE POULEUF
Les Terrasses de Bois-Luzy - Bât. 3 - 22, Traverse Maridet - 13012 Marseille

Directeur de la Publication : Jacques LE POULEUF

Rédacteur en chef : Gérard TEYSSIER

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

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

SOMMAIRE

La page du Président. <i>J. Le Pouleuf</i>	p 4
Propos sur l'Ordre des Chirugiens-Dentistes. <i>J.P. Trotebas</i>	p 5-7
Les Dysfonctions Temporo-Mandibulaires : <i>F. Hartmann et G. Cucchi</i>	p 8-15
Poème d'actualité. Victor Hugo	p 16
Les Chirugiens-Dentistes et L'Armée Française. <i>C. Pesanty</i>	p 17-21
Les brûlures dans le cadre familial. <i>N. Le pouleuf-Empereire et V. Bernini</i>	p 22-27
Martin-Maurel Pierre Capitalisation. <i>P. REUGE</i>	p 28-31
Qu'est-ce que la SFAP ? Les questions que vous vous posez	p 32-34
Que faut-il faire pour être heureux ? Voltaire	p 35

NB - Comme vous avez pu le constater à la lecture de cette table des matières, notre bulletin N°5 contient des informations surtout culturelles. Les événements et les dernières activités de l'ASN-CDCR vous ont déjà été rapportés dans notre circulaire récente du 28 août 2015.

ASSOCIATION SYNDICALE NATIONALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES CONCERNÉS PAR LA RETRAITE (ACTIFS ET RETRAITÉS)

La page du Président,

Marseille le 30 septembre 2015

Chères consœurs, Chers confrères,

Défendre une cause ou exposer des revendications syndicales n'est pas facile à l'heure actuelle.

La lettre à Madame Marisol Touraine que nous avons évoquée dans notre lettre d'information de fin août dernier en est la preuve la plus spectaculaire. Est-il normal et démocratique qu'en 5 ans notre ministre de tutelle ou un de ses collaborateurs directs n'ait pas trouvé une demi-heure pour nous recevoir et prendre connaissance de nos positions même discordantes des siennes dans les domaines qui nous concernent ?

«Chaque lettre mérite réponse» (Beuve-Méry) disait-on à une époque passée mais les temps ont changé, à moins que ce soit tout simplement notre pseudo-démocratie qui se délite au fil des jours.

Soyez persuadés que ces déceptions n'entraînent chez nous aucun découragement, mes origines paysannes de breton têtu en sont garantes, et nous continuerons à agir par tous les moyens à notre disposition soit à titre individuel soit en appuyant vigoureusement les démarches entreprises par d'autres organisations auxquelles nous adhérons quand elles évoluent dans le sens qui nous convient : nous sommes persuadés qu'il en restera toujours quelque chose en haut lieu.

Je voudrais aussi insister, une fois de plus, sur une particularité de notre syndicat qui n'est peut-être pas perçue à sa juste importance : il est totalement indépendant à l'égard de toute organisation, professionnelle ou non. C'est une position lourde de conséquences! Si celle-ci nous permet d'exposer nos opinions sans contrainte ni pression extérieure, ce comportement n'est pas toujours apprécié ! Certainement jaloué ou décrié par certains qui voudraient bien étendre leur hégémonie sur tout le domaine professionnel.

Nos propos ou écrits sont souvent fermes mais ne sont jamais agressifs envers les confrères qui émettent des choix ou opinions que nous ne partageons pas. Cette attitude, hélas, est loin d'être réciproque.

Notre indépendance est aussi financière et l'activité de notre syndicat est, de ce fait, sous la dépendance de vos cotisations qui, d'ailleurs, bénéficient d'avantages fiscaux avec le reçu que nous vous faisons parvenir en fin d'année. Nous veillons sur notre trésorerie avec la plus grande attention: ainsi le secrétariat est assuré entièrement par nos soins, y compris les mises sous plis et le collage des enveloppes! Le montant de la cotisation reste pour cette raison, modeste et, la déduction fiscale aidant, à la portée de la grande majorité d'entre nous.

Vous le constatez, nous n'éprouvons aucune gêne à vous parler «argent» car nous sommes bénévoles à 150/100 !

Continuez à nous soutenir ! Soyez même persuasifs et tentez de convaincre vos amis retraités ou actifs (nos sorts sont liés) de nous rejoindre. Il faut leur dire que la solitude est mortifère et que si leur patrimoine leur semble une garantie suffisante (ce qui n'est pas certain) pour rester à l'écart de tout mouvement de défense, ils peuvent et doivent au moins manifester leur solidarité à l'égard des consœurs et confrères moins favorisés par la vie comme les veuves, les ayants-droit, ceux qui ont été diminués par la maladie au cours de leur exercice professionnel et qui sont bénéficiaires d'un montant de retraite très moyen.

Enfin, voici le 2^e «Lien des générations» de l'année 2015.

Ce fascicule, sans grande prétention, nous permet de vous relater, s'il y a lieu, les dernières informations concernant nos retraites, celles de nos compatriotes, comme les décisions avancées à l'égard de nos consœurs et confrères en activité car n'oublions jamais que notre syndicat concerne actifs et retraités.

Nous y publions aussi différents articles concernant des organismes de notre profession comme aujourd'hui notre Ordre National confronté sans cesse à des problèmes complexes et variés, y compris des contrôles fiscaux ! Vous en trouverez aussi d'autres qui peuvent être instructifs ou utiles dans la vie journalière ou encore certains plus légers et divertissants : Nous vous souhaitons bonne lecture de ce n° 5.

Croyez en nos meilleurs sentiments confraternels et amicaux envers vous tous et surtout restez bien persuadés que nous ferons toujours tout ce qui est possible pour défendre les intérêts matériels et moraux de notre belle profession.

Dr Jacques LE POULEUF, C-D
Président National de l'ASN-CDCR.

PS : vos remarques comme vos critiques positives sont toujours les bienvenues. Nous appliquerons le précepte d'Hubert Beuve-Méry cité plus haut : vos lettres bénéficieront toujours d'une réponse.



Le 24 septembre 1945, par une ordonnance du Général de GAULLE, l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes a été créé dans sa formule actuelle.

Cette institution regroupe obligatoirement des membres de la profession élus.

Vis à vis de l'État l'Ordre représente la profession auprès des pouvoirs publics.

A l'égard de la profession, il exerce trois prérogatives :

- * *Il édicte le code de déontologie.*
- * *Il contrôle l'accès de la profession par l'inscription des praticiens au tableau.*
- * *Il veille à l'application des devoirs des praticiens envers les patients.*

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession et veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine dentaire.

Pour accomplir l'ensemble de ces missions il est aidé par les conseils départementaux et les conseils régionaux.

Ce sont les conseils départementaux que nous connaissons le mieux puisque c'est là que nous nous inscrivons lors du début de notre exercice, dont nous élisons les membres et qui nous accompagnent lors de nos éventuelles difficultés professionnelles.

Quelque soit le nombre d'inscrits dans un département dix membres titulaires doivent faire face à leurs obligations. On peut se douter dès lors, que la tâche sera plus ardue dans un département comme les BOUCHES-DU-RHÔNE avec ses 1960 inscrits que dans un département comme la CREUSE ou la LOZERE avec 40 à 45 inscrits.

Dans les Bouches du Rhône le président, aidé par son bureau et ses conseillers, ne chôme pas, et les trois secrétaires présentes doivent l'aider à gérer tous les problèmes qui s'accumulent, et qui dépassent tout ce qu'on a connus dans les années 60 à 80 (cabinet low-cost, détournement de la patientèle par les mutuelles).

Des cotisations perçues, 50 % sont adressées à l'Ordre National qui doit faire face à d'énormes dépenses. Cependant nous ne comprenons pas pourquoi, la cotisation demandée aux retraités(ées) qui désirent rester inscrits (es) est beaucoup plus importante que celle demandée aux médecins. Cette question a été posée à nos élus. Nous n'avons pas encore obtenu de réponse à ce jour (**cf. courrier, page suivante**)

En Juin 2015 un nouveau bureau national a été élu :

Président : Gilbert BOUTEILLE en remplacement de Christian COUZINOU qui ne se représentait pas après 3 mandats «épreuve»

Vice-présidents : André MICOULEAU, Jean-Marc RICHARD, Paul SAMAKH

Secrétaires : Myriam GARNIER et Geneviève WAGNER

Trésoriers : Alain SCOHY et Pierre BOUCHET.

Le Conseil Régional, dont les membres sont élus par les conseillers départementaux de la région, dispose d'attributions d'ordre administratif. Il peut, quelquefois, avoir à se prononcer sur le recours formé contre une décision du conseil départemental.

C'est dans ses locaux que siège la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) qui aura à juger et pourra prononcer une sanction à l'encontre d'un praticien à la suite d'une plainte déposée auprès du Conseil Départemental. Celui-ci devra, dans un premier temps, tenter une conciliation entre les parties, puis la transmettre à la Chambre Disciplinaire en cas de non conciliation ou de faute déontologique.

Ces plaintes sont le plus souvent formées par les patients à l'encontre d'un praticien, ou lors de différends entre praticiens.

La conciliation instruite par le président du conseil départemental avec un ou deux conseillers, permet souvent d'aplanir des incompréhensions pour les patients d'un traitement ou du «consentement éclairé». En contre partie elle nécessite un travail considérable souvent mal perçu par les confrères concernés.

Voilà, en quelques mots, les tâches principales de l'Ordre.

S'il fallait décrire toutes les actions réalisées dans une année, notre bulletin serait insuffisant, pour objectiver ses rapports avec l'ARS (Agence Régionale de Santé), les associations caritatives (Handident, Maryse pour la vie...) l'organisation de la permanence des soins (dimanche, mois d'août, jours fériés) la présence lors des congrès locaux ou nationaux, les contacts avec les étudiants, nos futurs confrères.....

On peut alors remercier ceux et celles qui donnent beaucoup de leur énergie et de leur temps, afin que la profession soit respectable et respectée, en dépit des nombreuses attaques des médias contre lesquelles les droits de réponses nous sont le plus souvent refusés !

Dr Jean Pierre TROTEBAS, C-D, Vice Président National de l'ASN-CDCR.



(de gauche à droite et de haut en bas) :

*Pierre Bouchet, trésorier adjoint ; Alain Scohy, trésorier ; Jean-Marc Richard, vice-président ;
André Micouleau, vice-président ; Paul Samakh, vice-président ;
Geneviève Wagner, secrétaire générale ; Gilbert Bouteille, président ;
Myriam Garnier, secrétaire générale*

Jean Pierre TROTEBAS

Docteur en chirurgie dentaire à

Monsieur le docteur Robert JUANEDA

Président de l'Ordre départemental des Bouches du
Rhône

Marseille, le 5 février 2015

Monsieur le Président,

Je viens de recevoir la cotisation ordinale 2015 pour praticien retraité qui se monte à 205 €, soit environ 2,5% d'augmentation par rapport à 2014, alors que l'inflation prévue devrait osciller autour de 0,8 %.

Certes, dans la lettre de février-mars, il nous est expliqué les raisons de l'augmentation de la cotisation pour les actifs, et cela se conçoit tout à fait, au regard des dépenses engagées pour la défense de la profession.

De ce fait il en découle que la cotisation ordinale d'un retraité, correspondant à 50% de la cotisation d'un actif, supporte cette augmentation.

C'est cher payer un attachement à une profession, et le droit de prescrire pour sa famille, quand on sait que le point de retraite complémentaire a été revalorisé, après d'après négociations au sein de la CARCDSF où je représente les allocataires de la 5ème région, à 0,99 %, soit légèrement plus que l'inflation prévue.

Quand on connaît aujourd'hui l'augmentation de la CSG qui passe de 3,8% à 6,6% et la stagnation, depuis plus de 20 ans de l'ASV devenu PCV, la pension de retraite sera encore cette année inférieure à celle de l'année précédente.

Vous comprendrez alors, monsieur le Président, le mouvement d'humeur de la majorité des retraités que je rencontre au sein d'associations comme l'ASN-CDCR, devant cette augmentation, même minime pour un actif, mais insupportable à leurs yeux.

Il est dommage de se priver de leur implication au sein de la profession, ainsi que d'un divorce toujours douloureux avec nos aînés.

Il va sans dire que, pour ma part, je continuerai à payer puisque je suis membre titulaire de l'Ordre départemental, mais qu'il me sera difficile de défendre la position de l'Ordre national auprès des confrères retraités que je rencontre et qui me font confiance.

Il serait intéressant de connaître le nombre de praticiens retraités, de ceux qui cotisent, ainsi que le nombre de ceux qui continueront à le faire cette année.

Veuillez recevoir, monsieur le Président, mes sentiments confraternels les meilleurs.

Docteur Jean Pierre TROTEBAS, C-D

Administrateur titulaire de la CARCDSF. Président de la région PACAC de l'ASN-CDCR

Membre titulaire de l'Ordre Départemental des Bouches du Rhône

60, Allée des Pins, 13009 Marseille. 06.85.72.29.95 trotebas.jeanpierre@aliceadsl.fr

DYSFONCTIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES :

LE CHIRURGIEN-DENTISTE DÉTIENT DES CLEFS MÉDICALES INSOUÇONNÉES...

Durant des décennies, les chirurgiens-dentistes avaient une approche biomécaniste de l'occlusion. Leurs études leur avaient appris à prendre en compte des critères géométriques : pente cuspidienne, pente condylienne, relation centrée, etc. En d'autres termes, à travailler sur des volumes, retirant ou ajoutant du matériau aux arcades dentées, tout en cherchant à équilibrer les rapports statiques et dynamiques droit/gauche entre dents du haut et du bas. C'était l'heure de gloire des articulateurs et des théories de l'occlusodontologie.

Puis survint la neurophysiologie. Dans quelques laboratoires du C.N.R.S ou de l'I.N.S.E.R.M., des confrères curieux de découvrir s'attachèrent à explorer les centres et circuits nerveux du nerf trijumeau ou les caractéristiques fonctionnelles des organes dentaires. Une révolution des connaissances était en marche.

Mais l'exploitation dans la clinique quotidienne de ces données fondamentales prend aujourd'hui encore trop de temps. Combien de chirurgiens-dentistes sont conscients de travailler non plus seulement sur des volumes de matériau dentaire mais bien sur des **messages nerveux** dont les répercussions peuvent concerner le corps dans son ensemble ?

Voici résumé en quelques mots et figures le cheminement du fondamental au clinique qui désormais permet d'aborder le diagnostic et le traitement d'une pathologie connue sous le sigle **D.T.M.** c'est-à-dire Dysfonctions Temporo-Mandibulaires. (Temporo Mandibular Disorders pour les Anglo-Saxons)

Les travaux de neurophysiologie réalisés au CNRS de Marseille dans le Laboratoire de Neurobiologie Végétative dirigé par Noël Méi ont, entre autres, permis de décrire au niveau du périodonte 2 types de récepteurs (figures 1 & 2) :

Un fait méconnu : la dent, organe de tact = fig 1

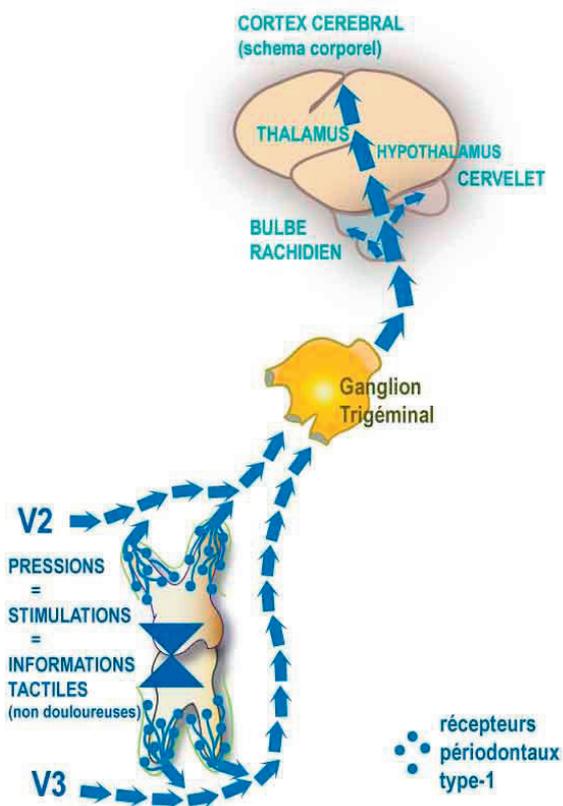


Fig. 1

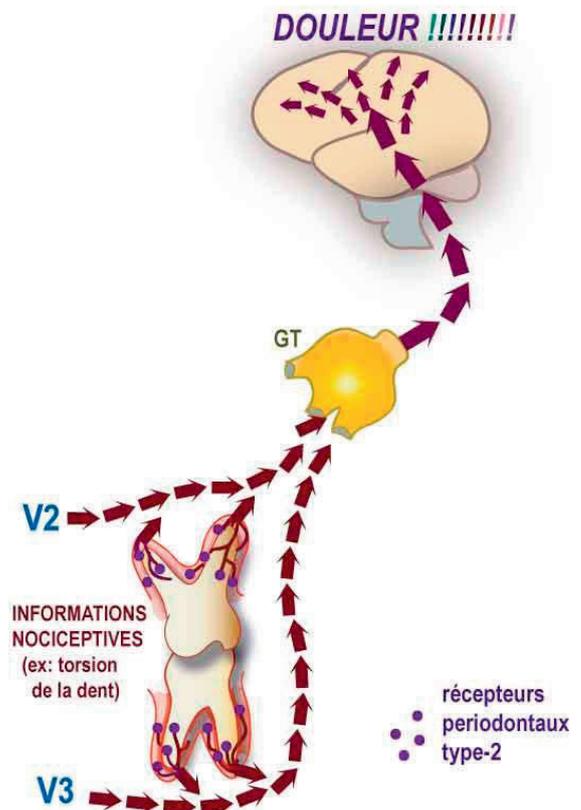


Fig. 2

- les **types 1** ou récepteurs physiologiques, répondant aux pressions exercées sur la partie coronaire de la dent (en fonction de l'intensité et de la direction de la force). Dame Nature avait depuis longtemps inventé la modulation de fréquence (fig. 3).

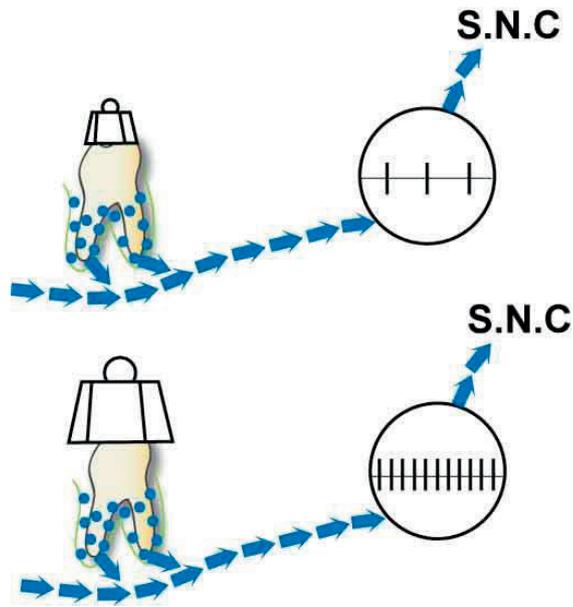


Fig. 3

- les **types 2** ou récepteurs nociceptifs, répondant à des stimulations agressives (torsion, piqûre du ligament, injection de bradykinine, etc.)

Ces informations sont véhiculées vers les centres nerveux par les 2 nerfs trijumeaux (droit, gauche). Il importe pour le clinicien de bien avoir en tête le trajet qu'empruntent les messages nerveux tactiles en provenance des dents (fig. 4).

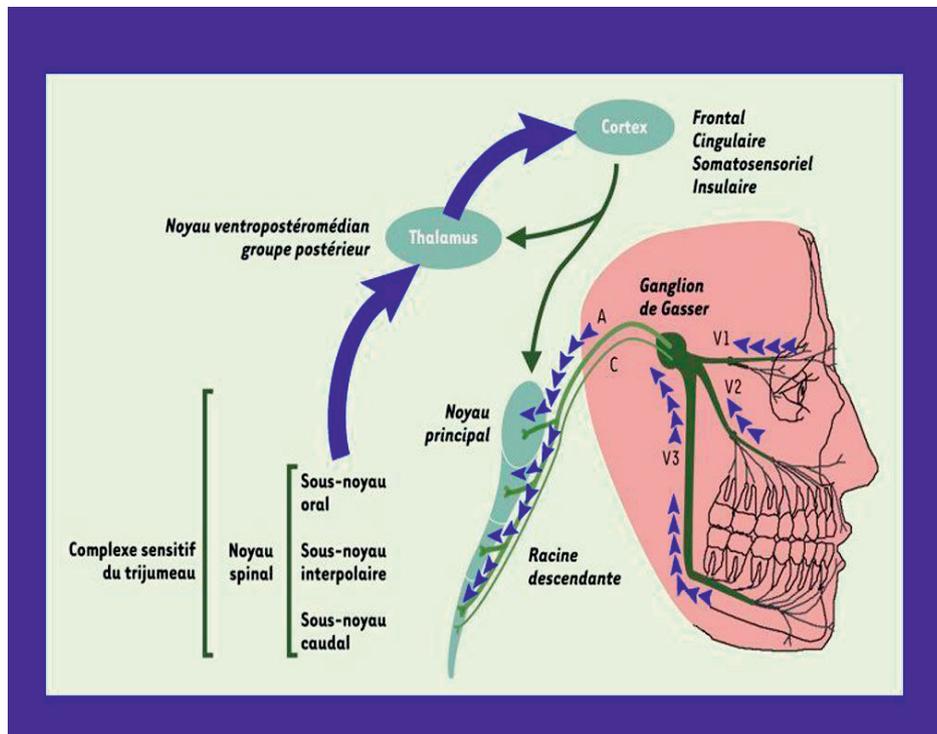


Fig.4

Les capacités discriminatives des récepteurs périodontaux de type-1 sont hallucinantes. Quelques microns de sur-épaisseur (millièmes de millimètres) suffisent à générer un message nerveux tactile vers le cerveau. En Extrême-Orient les marchands de perles calibrent celles-ci entre leurs incisives !

Un équilibre entre les volumes d'informations issues des côté droit et gauche des arcades est la règle (fig. 5).

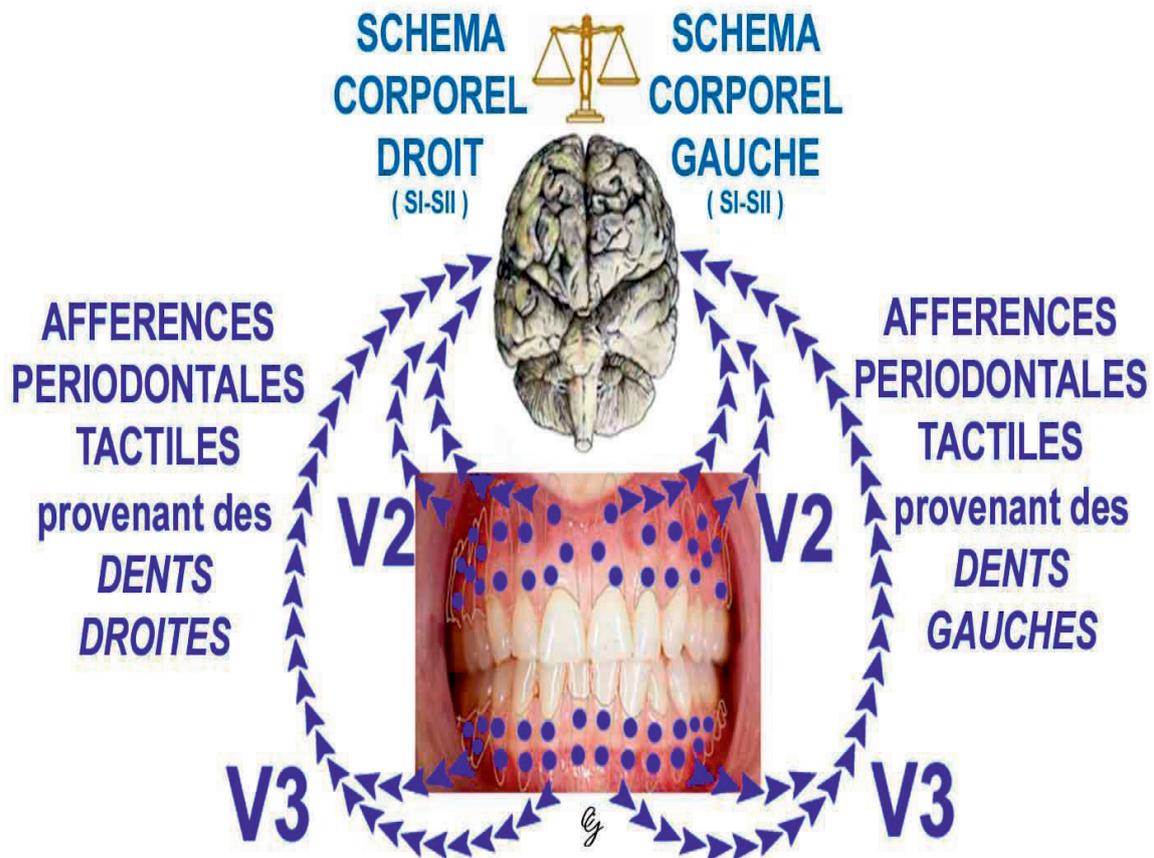


Fig. 5

Dans ce cas, l'équilibration se fait avec une précision supérieure aux techniques habituelles (papier articulé, vernis...) pour peu que le praticien prenne le temps de programmer l'organe d'analyse phénoménal : *le cerveau du patient*. C'est l'objet de la «méthode des mains» décrite sur notre site : <http://tmd-dentalmedical.com/>

Les informations véhiculées par les nerfs trijumeaux atteignent différents centres nerveux tels que le cervelet (centre de l'équilibre), *l'hypothalamus* (centre de la faim, de la soif, de la température du corps...), *la moelle épinière* sur toute sa longueur, etc.

Par exemple, des stimulations mécaniques des dents peuvent faire varier le taux de libération de l'hormone de croissance (GH). Ce mécanisme neuro-endocrinien est tout-à-fait comparable à celui de la libération d'ocytocine par stimulation des récepteurs du mamelon lors de la tétée du sein par le nourrisson (fig. 6)

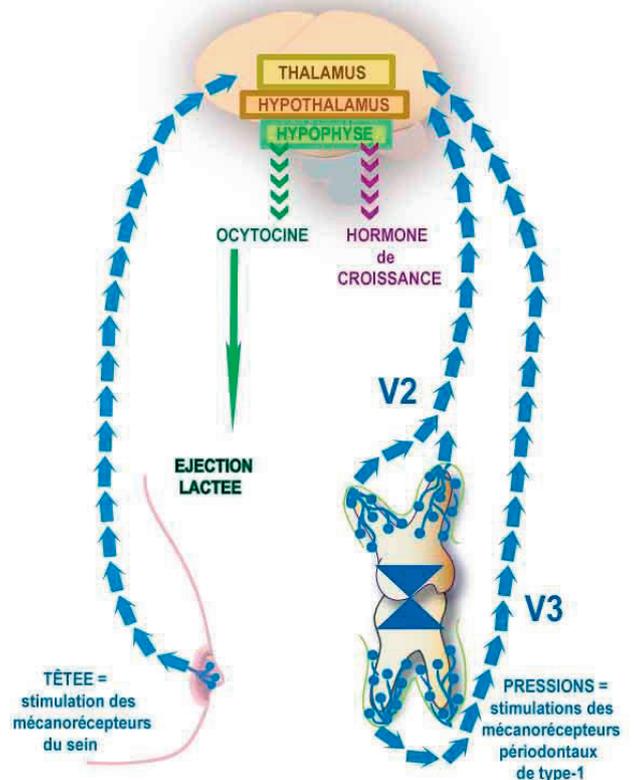


Fig. 6



Fig. 7

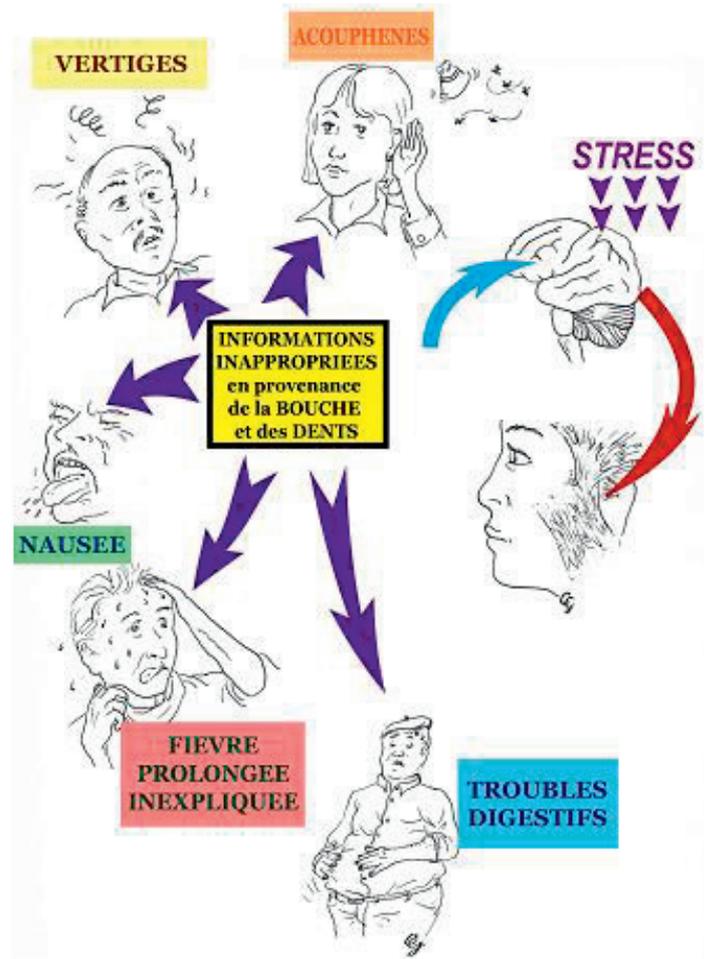


Fig. 8

Pourquoi ces données intéressent-elles le chirurgien-dentiste au plus haut point ?

Parce ce que certains malades ont la fâcheuse tendance à **crisper les muscles maxillaires, dents serrées**. Dents serrées=bruxisme centré, néfaste pour l'organisme : femmes 80-90% (C'estrogènes) hommes 20-10%. Chez la personne stressée, ce comportement, dit parafunctionnel, est à la genèse d'un grand nombre de **douleurs** (fig. 7) et de **troubles** (fig. 8) pouvant se manifester loin de la bouche et des dents. Des diagnostics tels que fibromyalgie, migraine atypique, vertige idiopathique (c'est-à-dire de cause inconnue), fatigue chronique, syndrome du côlon irritable, cystite interstitielle, etc. (fig. 9) auront pu être posés avec le plus souvent des résultats thérapeutiques décevants. Or, dans ces cas, c'est bien le serrement de dents qui se trouve à l'origine du tableau clinique. L'épreuve thérapeutique consistant à aider le malade à interrompre cette habitude délétère, en apporte la confirmation indiscutable.



Fig. 9

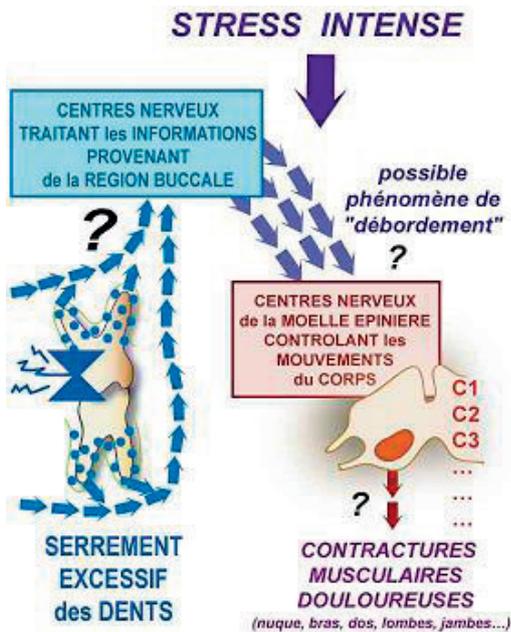


Fig 10

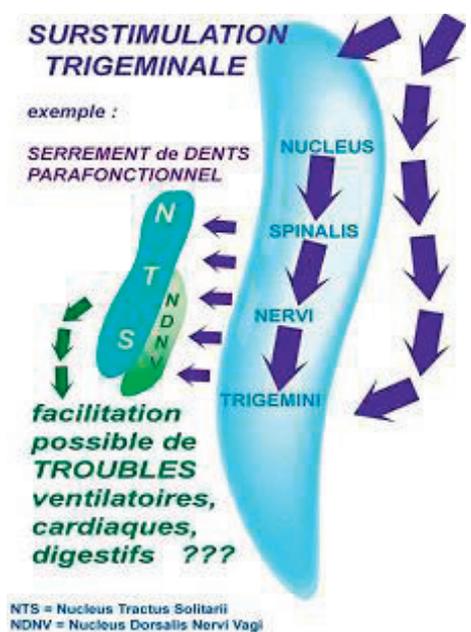


Fig.11

Prenons un exemple parmi tant d'autres : les douleurs dorso-lombaires. Voyez la figure 10. Une stimulation excessive dans le territoire trigéminal, lors du serrement de dents, peut, à travers les connexions du trijumeau avec la moelle épinière, favoriser une mise en tension des muscles axiaux (dos, lombes).

De la même manière les connexions entre trijumeau et nerf vague (X) par le Noyau du *Tractus Solitaire* (fig. 11) peuvent expliquer certains symptômes cardiaques, respiratoires, digestifs ou urinaires dont se plaignent les malades atteints de D.T.M.

Le traitement : la Thérapie Modératrice et Relaxante (T.M.R) (fig. 12)

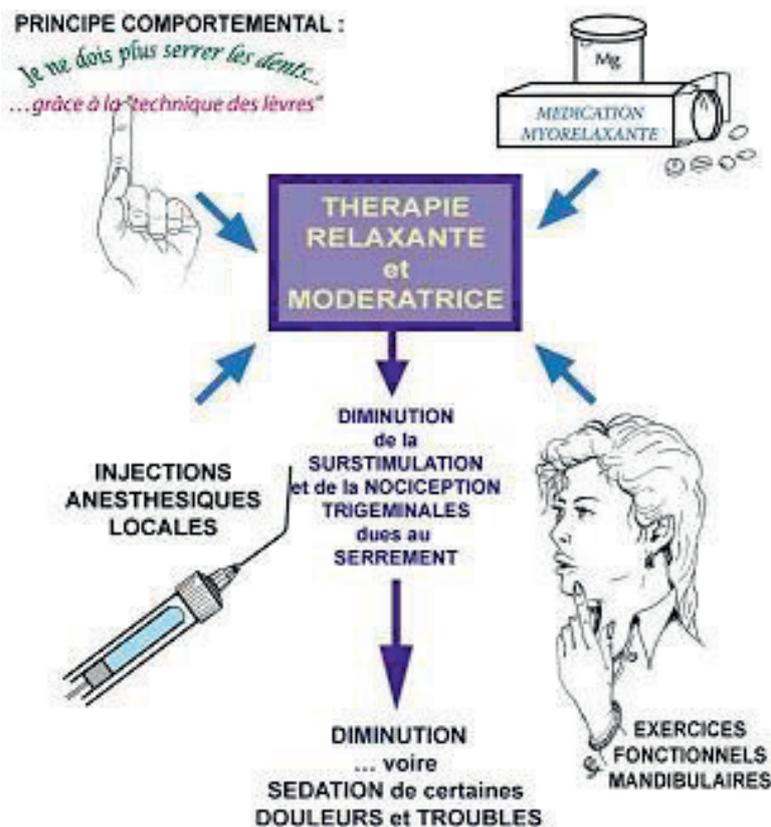


Fig. 12

La «gouttière occlusale» a rendu d'immenses services par le passé et peut encore s'avérer utile dans certains cas à condition d'être précédée par plusieurs séances de myorelaxation locale (injection d'anesthésique sans vaso-constricteur dans les muscles contracturés, en particulier les ptérygoïdiens latéraux). Les plans de morsure du type Jeanmonod s'avèrent très utiles pour reconstruire une occlusion physiologique. La «méthode d'Hartmann» ou «méthode des lèvres» apporte des résultats au serrement de dents. Elle se fonde sur la description par Bratvasky d'un phénomène curieux : la stimulation du nerf facial (VII) inhibe l'activité du trijumeau, responsable du serrement. Aussi, le fait de serrer fortement les lèvres permet-il au malade d'interrompre son serrement de dents et les signes qui en découlent (fig. 13).

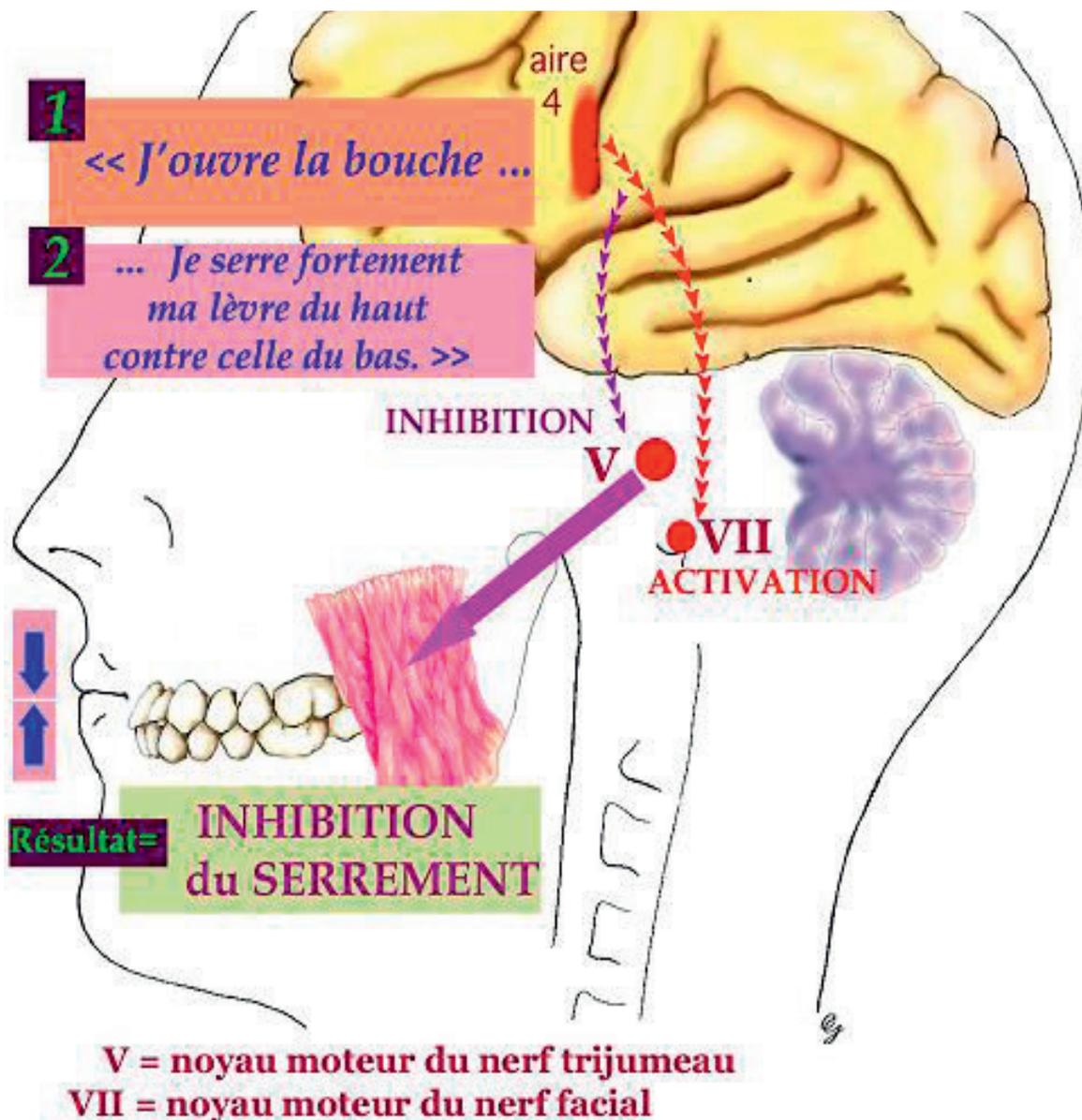


Fig. 13

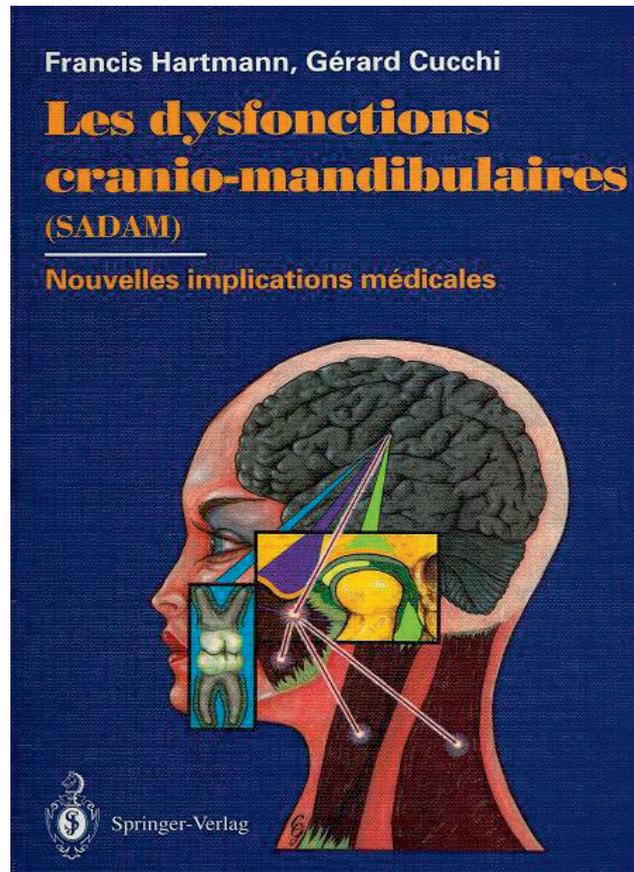


Fig. 14

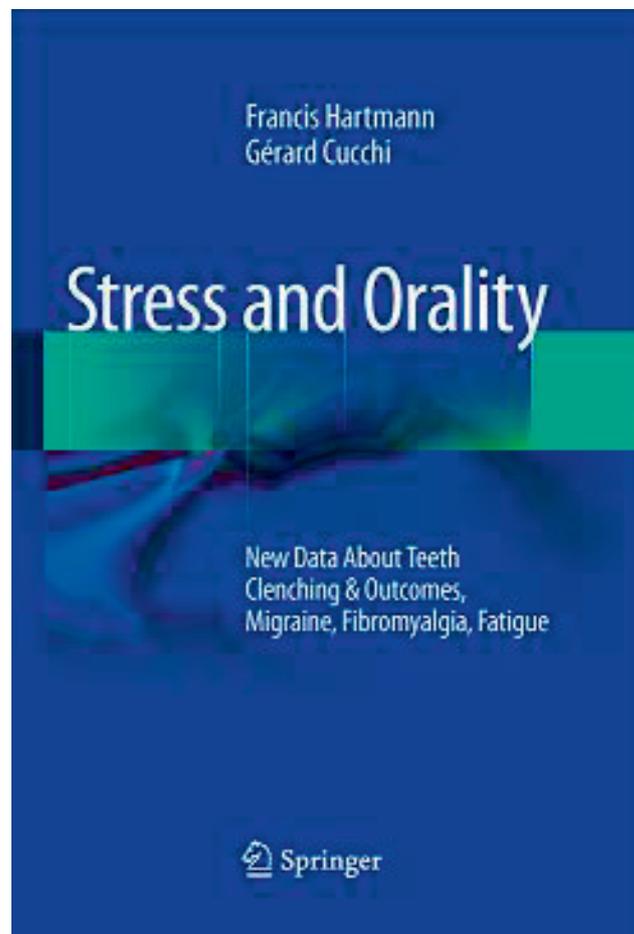


Fig. 15



Fig. 16

* **Pr Francis HARTMANN**

*Docteur en Chirurgie Dentaire, Dr en Sciences Odontologiques.
Professeur à la Faculté d'Odontologie (Université de la Méditerranée Aix-Marseille).*

* **Docteur Gérard CUCCHI**

*Docteur en Chirurgie dentaire, Dr en Sciences Odontologiques
Assistant Hospitalo-Universitaire.*



ILS NE SAVENT PAS CE QU'ILS FONT !

*La France est en train de subir
Le joug de groupes délétères
Prêts à tuer pour acquérir
Le bien d'autrui, même des frères.
N'écouter plus pères ni mères,
Dans leur esprit tout se confond,
Ayant perdu tous les repères,
Ils ne savent pas ce qu'ils font !*

*Au logis ne pouvant tenir,
Caves, trottoirs sont leurs repaires
Où nul n'a le front de venir
Sans se munir de phylactères.
Marchés occultes et mystères
Généralisant un trouble profond,
Livrés à leurs trafics prospères
Ils ne savent pas ce qu'ils font !*

*Sans nul souci de l'Avenir
Ces gens, à nos lois, réfractaires,
Font de la rue un champ de tir
Comme jouant aux mousquetaires.
Dans leurs élans contestataires
D'une inconscience sans fond,
Formés dans les arts militaires,
Ils ne savent pas ce qu'ils font !*

*Puissants ! Surveillez mieux vos terres
Des dangers pendus au plafond
Car dans leurs sombres ministères,
Ils ne savent pas ce qu'ils font !*

Victor HUGO (1802-1885)

LES CHIRURGIENS-DENTISTES ET L'ARMÉE FRANÇAISE

HISTOIRE DE LA CRÉATION DU CORPS DES C-D MILITAIRES... ET LEURS RÔLES DANS L'ARMÉE FRANÇAISE.



Beaucoup de difficultés ont entravé la création du corps des chirurgiens-dentistes de l'Armée française depuis ses débuts en 1892.

Une succession de dates historiques montre à la fois que les C-D des armées furent à la fois désirés et repoussés par les pouvoirs politiques.

Pourtant, l'extrême utilité des C-D militaires fut maintes fois reconnue surtout au cours des conflits mondiaux et coloniaux qui se sont déroulés au cours du 20^{ème} siècle. Actuellement, les statistiques et les recherches démontrent à quel point les soins dentaires sont très importants avant de partir en OPEX (Opérations Extérieures) ou en missions de courtes ou longues durées.

En 1907, nous retrouvons les premières traces de l'utilisation de chirurgiens-dentistes diplômés dans l'armée qui effectuaient leur service militaire en qualité de soldats de 2^{ème} classe dans des services de stomatologie sous la direction de Médecins militaires qui les employaient sans aucun avantage, ni compensation d'aucune sorte. Les soins dentaires sont pratiqués par des chirurgiens-dentistes appelés avec très peu de matériel tels que daviers, excavateurs et curettes.

Devant cette situation pour le moins curieuse, la Fédération Dentaire Nationale veut créer un corps de chirurgiens-dentistes militaires élevés au grade de «dentistes auxiliaires» et demande une audience au Ministre de la guerre, le 13 mars 1913 qui fut éconduite. Le Président du Conseil Millerand s'y oppose également. Pourtant en Grande Bretagne et aux USA, la valeur des études et la situation des dentistes au sein des Armées sont reconnues. Une place honorable leur est faite.

Pendant la guerre de 14-18, de nombreux soldats sont inaptes aux combats du fait de leur état dentaire. La vie dans les tranchées provoque de nombreux troubles chez les «poilus» : caries multiples, maladies parodontales.... Un corps de C-D militaires pour l'Armée de Terre est créé pour la durée de la guerre. La tenue est celle des infirmiers avec un caducée complété de la lettre D.

Le décret du 26 février 1916 fixe le rôle des C-D et crée trois types de formation : centre d'édentés, cabinet dentaire de garnison et centre de chirurgie maxillo-faciale. En mars, la Marine recrute des C-D dont la tenue et l'appellation sont identiques à celles des médecins auxiliaires.

La loi du 18 octobre 1918 instaure, en cas de mobilisation, la possibilité d'engager des C-D dans le service de santé des armées, avec une nouvelle hiérarchie : au grade d'adjudant s'ajoute le grade de dentiste de 2^e classe (sous-lieutenant) et de 1^{re} classe (lieutenant).

Durant la 1^{re} guerre mondiale, les C-D ont appareillé plus de 300 000 soldats.

L'instruction du 11 janvier 1919 fixe les normes d'uniforme des C-D. Leur tenue est identique à celle des médecins avec une couleur spécifique au niveau du bandeau du képi et des écussons du collet. La couleur choisie est violette dite «Prune».



La répartition générale des C-D est de un dentiste par régiment, un dentiste par groupe de brancardiers divisionnaires, deux dentistes par véhicule sanitaire de stomatologie, des dentistes dans les centres de chirurgie et prothèse maxillo-faciale ainsi que dans les centres d'édentés, enfin un dentiste dans chaque centre hospitalier et un dentiste dans chaque dépôt «d'éclopés».

Le choc de la 1ère guerre mondiale passé, la présence des C-D dans les armées s'estompe malgré les innombrables services rendus qui ne se limitaient pas qu'à l'exercice habituel de la profession. Ils participèrent à la relève et au triage des blessés de l'avant. Ils prirent leurs tours de garde aux postes de secours des régiments, des brigades et des divisions comme leurs camarades médecins et pharmaciens. Mais surtout ils inventèrent la prothèse maxillo-faciale qui a sauvé tant de «gueules cassées»



Les pertes enregistrées et les citations obtenues témoignent largement du rôle courageux et bénéfique qu'ils jouèrent lors de ce conflit.

Néanmoins, les C-D démobilisés restent actifs et se regroupent. Durant l'année 1925, ils fondent, dans la bibliothèque du Val de Grâce, l'Amicale des C-D de Réserve des Armées de Terre, de Mer et de l'Air de la région militaire de Paris. Une préparation militaire supérieure spéciale (P.M.S.) de deux ans est mise en place.

Après leur service militaire, les C-D appelés se regroupent au sein d'amicales et créent, dans chaque région militaire, des Ecoles de Perfectionnement des Officiers de Réserve (EPOR). En 1933, elles fusionnent en Fédération Nationale des C-D de Réserve (FNCDR).

De 1930 à 1940, des cabinets dentaires sont installés à bord de certains bâtiments de la Marine.

En 1934, les C-D de la Marine peuvent accéder au grade de 1ère classe et de principal, assimilé à celui de capitaine de corvette dont la tenue est celle des officiers de marine avec des galons bordés de velours gris fer. La Marine dispose de 50 postes budgétaires dont 26 attribués immédiatement et les 24 complémentaires seront pourvus à raison de deux postes par an.

Pour l'Armée de l'Air et de Terre, accession au grade de capitaine pour les C-D, le 19 décembre 1934.

Lorsque la 2^e guerre mondiale éclate, le Service de santé crée un cabinet dans chaque chef-lieu de secteur et dans les garnisons les plus importantes.

Il y a de tels besoins chirurgicaux pour les blessés civils et militaires victimes de bombardements que l'aide des C-D est appréciée par les équipes médico-chirurgicales. Quelques C-D rejoignent le Général de Gaulle en Grande Bretagne suite à l'invasion des forces des armées allemandes, en décembre 1942.

Dès la fin de la guerre, sous l'impulsion de P. Budin, président de la fédération des amicales des dentistes de réserve, des médecins colonels Ginestet et Debenetti, le gouvernement provisoire envisage la possibilité de créer un corps de chirurgiens-dentistes de carrière qui n'aboutira pas pour des raisons de restrictions budgétaires.

Toutefois les amicales régionales fleurissent. Il en fut ainsi de l'amicale des dentistes militaires de la 15^e région dont le siège était à Marseille, 55-57 rue de Rome avec son président, Raoul Tassy. Maurice Schmit lui succéda.

C'est alors que débuta la guerre d'Indochine. Le Parlement s'oppose à l'envoi du contingent et donc des C-D appelés. Ainsi, les soins dentaires sont assurés par des C-D civils volontaires engagés dans le «Corps Auxiliaire des Forces Armées en Extrême-Orient (C.A.F.A.E.O.)» qui fut d'une grande utilité. La mise en place de 38 cabinets dentaires sur le terrain lors des opérations et de 7 camions dentaires d'appoint permet de réaliser 18 000 consultations et 5800 prothèses tout au long des années de ce conflit.

Et puis, une nouvelle guerre coloniale lui succéda, la guerre d'Algérie.

D'abord considérée comme «opération de maintien de l'ordre», elle prévoit d'envoyer, en vertu de la loi, le contingent. Grâce à cette ressource, les effectifs des C-D envoyés sur le terrain varient de 8 à 185 de décembre 1954 à la fin des hostilités en 1962. Vingt-neuf mois fut, pour certains C-D, la durée du séjour en Algérie lors de ce très long conflit. Et ils restèrent malgré les services rendus, considérés exclusivement des «appelés».

Pendant ce temps, en 1961, Paul Lantier réorganise l'amicale en intégrant les confrères de la marine et de l'armée de l'air sous le nom de d'amicale des dentistes des armées de terre, de mer et de l'air de la 7^e région militaire épaulé par trois vice-présidents respectifs.

L'absence de distinction n'encourageait pas les confrères malgré leur grande disponibilité et leur savoir-faire. En 1967, à Toulouse fut créé le groupement des officiers de réserve du service de santé des armées dont l'amicale fut un des membres fondateurs.

Parallèlement à ces événements, notre profession accédait au doctorat d'exercice du 3^{ème} cycle, les facultés succédaient aux écoles dentaires et l'étude des thérapeutiques était acquise par les odontologistes qui, désormais, n'étaient plus limités dans leur pratique.

Il faut attendre le décret du 4 juin 1971 pour qu'une évolution notable du statut de C-D se produise et assimile les C-D de réserve aux médecins, aux pharmaciens chimistes et aux vétérinaires en matière de grades et d'avancement.

Puis, la loi du 13 juillet 1972 permet aux armées d'engager des C-D en qualité d'ORSA (Officiers de Réserve en Situation d'Activité). L'engagement ne peut pas excéder 20 ans. Le premier C-D ORSA est affecté à la Légion Etrangère. A partir de 1985, les C-D ORSA sont engagés régulièrement soit principalement en milieu hospitalier militaire, soit pendant la guerre du Golfe pour traiter de multiples pathologies, soit sur différents théâtres d'opération où l'armée française est engagée (Tchad, Liban, Ex-Yougoslavie, Kosovo...)

En 1993, le recrutement atteint le nombre de 17 ORSA dont une femme pour 281 C-D du contingent.

Enfin, une nouvelle étape est franchie avec la loi de programmation militaire du 2 juillet 1996 qui prévoit la professionnalisation des armées par le président de la République, Jacques Chirac.

Le service militaire étant suspendu à partir de 2002, le Service de Santé des Armées crée le corps de chirurgiens-dentistes de carrière par décret le 1er mars 2000. Au départ, ce corps est constitué de 58 C-D militaires de carrière et environ 250 C-D de réserve.

Dix ans après sa création, le nombre de C-D d'active est passé au nombre de 46 en 2010.

Les chirurgiens-dentistes militaires devront encore prouver leur très grande utilité au sein de l'armée française. Leur mission est pourtant très spécifique, expérimentale et statistique :

- **En aéronautique**, le coefficient masticatoire doit être au moins égal à 30% sans prothèse, la denture en bon état et les prothèses amovibles ne sont pas admises, l'articulé dentaire doit être suffisant. Des facteurs physiques sont également à prendre en compte dans le déclenchement des aéro-donto- pathologies chez les personnels navigants ainsi que pour les parachutistes.

- **En plongée subaquatique et travail en milieu hyperbare**, l'intégrité des incisives et des prémolaires est obligatoire pour permettre l'utilisation d'un appareil respiratoire avec embout buccal. Le port d'une prothèse mobile en plongée est interdit et la présence de caries dentaires entraîne une inaptitude temporaire. Les sous-marinières ont des exigences plus pointues : 50% de coeff. Masticatoire et aucune carie ni problème de dents de sagesse (1 cliché radiographique est demandé lors de l'expertise médicale)

- **En missions** de courtes durées, outre-mer (Guyane, Mayotte, Djibouti..) en opérations extérieures (Tchad, Mali, RCA..), pour les séjours en terres australes et antarctiques françaises, l'aptitude dentaire est effectuée avant le départ pour éviter au maximum un arrêt de travail du personnel qui ne peut pas toujours être soigné sur place suivant les cas (jungle, désert, montagnes...)

Mais avant tout les attributions techniques des C-D des armées s'exercent selon quatre types de missions hiérarchisées selon l'ordre suivant :

Tout d'abord, l'activité de soins, prioritaire au profit des bénéficiaires et conforme à la bonne pratique de l'art dentaire et la réalisation de prothèses qui fait partie intégrante du champ d'activité des C-D des armées aussi bien en HIA (hôpital d'Instruction des Armées) ou en SMU (Service Médical d'Unité) mais aussi hors du territoire français lors de certaines opérations extérieures pour soigner les militaires et apporter une aide aux populations locales dont l'état dentaire est à l'image de la pauvreté du pays.



Cabinet dentaire en OPEX



Etat bucco-dentaire dans les pays pauvres

Puis l'aptitude dentaire qui est une condition nécessaire à l'engagement et la participation aux opérations. La détermination de l'aptitude implique la réalisation d'un examen clinique, l'établissement d'un odontogramme et la réalisation d'une radio panoramique tous les cinq ans en moyenne. L'expertise fait également partie des missions à remplir par les C-D des armées.

La mission de prévention vise à sensibiliser le personnel militaire sur l'importance de l'hygiène et de la santé bucco-dentaire dans le cadre particulier de leur profession qui se prolonge par des actions d'information et de formation par tout moyen adapté et en accord avec l'autorité à laquelle le C-D est subordonné.

- La quatrième mission est l'identification pour les C-D ayant obtenu un diplôme validant cette formation. Ils pourront, lorsque cette mission s'impose au service de santé des armées, répondre aux besoins des forces et aux actions civiles (tsunami...).

A l'horizon 2020, des changements et des réductions d'effectifs vont encore avoir lieu pour le corps des C-D militaires au sein du Service de Santé des Armées, trop coûteux pour certaines instances supérieures gouvernementales alors qu'il ne représente qu'une infime partie du corps médical. Cependant, malgré de nombreux progrès grâce à l'information sur l'hygiène bucco-dentaire dispensée par les C-D et les contrôles rigoureux sur l'aptitude dentaire, les urgences restent nombreuses en mission extérieure pour les militaires français. L'alimentation riche en glucides entraîne de nombreuses consultations en OPEX. Et les urgences les plus fréquentes sont les pulpites, les accidents d'évolution de dents de sagesse et les fractures dentaires avec douleur.

Il est donc impossible que l'importance du rôle des C-D des armées de carrière ou de la réserve opérationnelle en HIA, CMA, SMU ou en OPEX ainsi que les services rendus à la nation tombent dans l'oubli !

Dr Catherine PESANTY, C-D

Capitaine de Réserve du Service de Santé des Armées.

CMA Marseille Antenne Aubagne.

***Nous remercions notre Consœur, le Docteur Catherine PESANTY
pour le travail effectué, sa gentillesse et sa collaboration.***

***«C'est un malheur qu'il y a trop peu d'intervalle entre le temps où l'on est trop jeune
et le temps où l'on est trop vieux» (Montesquieu)***

LES BRÛLURES DANS LE CADRE FAMILIAL :

**GRANDS-PARENTS ATTENTIONNÉS... MAIS QUE FAIRE SI VOTRE PETITE-FILLE SE BRÛLE ?
CE QU'IL FAUT FAIRE... ET NE PAS FAIRE.**

La Brûlure est une lésion plus ou moins profonde et plus ou moins étendue du tissu cutané, la peau, organe complexe qui assure le revêtement, la fonction sensitive, immunitaire, métabolique et thermorégulatrice de l'individu.

Plusieurs types de brûlures sont observés mais les brûlures thermiques étant les plus fréquentes dans le cadre familial, en particulier chez l'enfant, ce sont elles qui feront l'objet de cet exposé.

Les autres types de brûlures (chimiques, électriques, ou par frottement) sont beaucoup plus rares.

- 1 - Les circonstances de survenue sont :** Par contact soit liquide soit solide
Par flamme (alcool à brûler...)
Par rayonnement : UV par le soleil

Pour comprendre les principes de la prise en charge et le traitement de la brûlure il faut se référer à l'anatomo-histologie de la peau.

2 - La peau

Elle est composée de trois couches : l'Épiderme, le Derme et l'Hypoderme. (Schéma 1)
Chaque couche à un rôle important à jouer dans notre homéostasie.

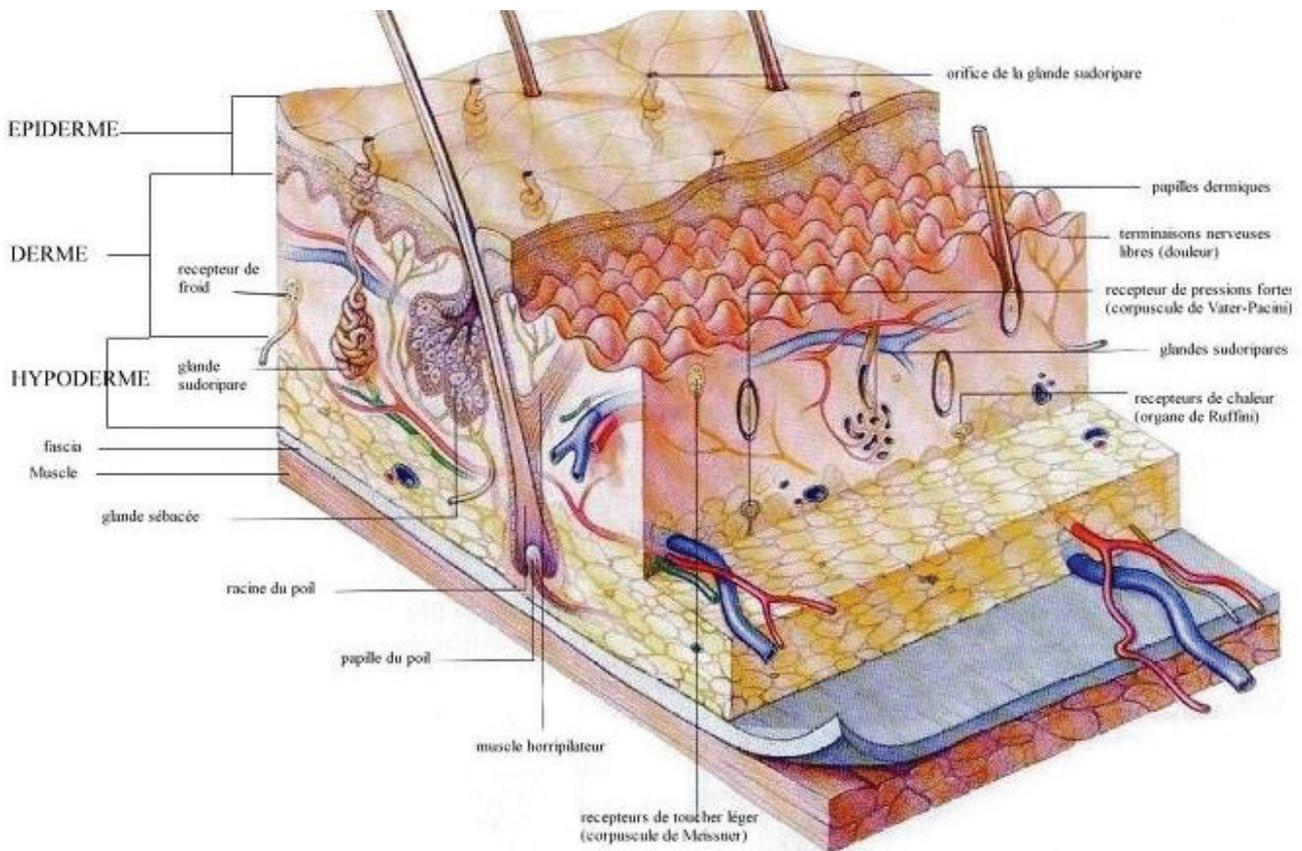


Schéma 1

Épiderme Epithélium malpighien kératinisé formé de plusieurs couches superposées dont le rôle est multiple : protection mécanique, information, photo protection et immunocompétence.

Le Derme C'est un tissu conjonctif divisé en deux régions :

Le derme papillaire, sous l'épiderme formant les papilles dermiques et **le derme réticulaire**, responsable de l'élasticité de la peau. Il supporte les annexes épidermiques : poils, glandes sébacées, glandes sudoripares), la vascularisation (veineuse, artérielle, lymphatique) et l'innervation ainsi que les qualités élastiques de la peau.

La richesse de ce contenu explique les signes cliniques d'une brûlure intéressant le derme : douleurs et phlyctènes.

La jonction dermo-épidermique aussi appelée membrane basale est complexe. Elle est sinueuse avec de crêtes épidermiques et des papilles dermiques qui s'intriquent. C'est elle qui permettra de définir les différents degrés de brûlures selon son atteinte ou non. (Schéma 2)

L'Hypoderme Appelé aussi «**tissu cellulaire sous cutané**», c'est un tissu adipeux entre des travées conjonctives. C'est un amortisseur remarquable ! Richement innervé et vascularisé, Il confère à la peau l'isolation thermique, l'aspect esthétique et le stockage énergétique pour le métabolisme de l'organisme.

Les adipocytes de ce tissu adipeux fabriquent des **adipokines**, **hormones** très impliquées dans le métabolisme des graisses qui agissent comme molécules de signalisation hormonale et/ou comme médiateurs des processus inflammatoires.

L'hypoderme est habité également par des cellules souches mésenchymateuses responsable du contrôle de l'inflammation entre autres activités.

La jonction dermo-hypodermique est représentée par un plexus vasculaire hypodermique dont les branches collatérales vont monter dans le derme (Schéma 3).

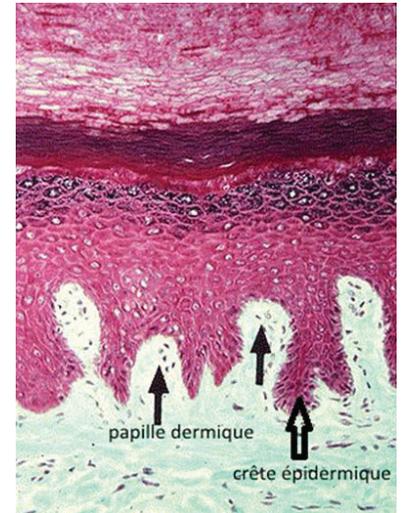


Schéma 2

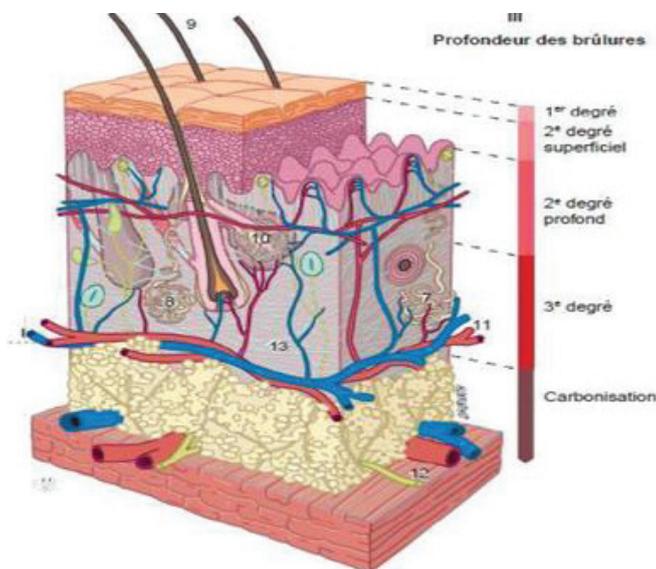


Schéma 3

3 - La profondeur des brûlures

Le premier degré : (sus dermique) Atteinte superficielle épidermique, seule est respectée la couche basale. Cliniquement c'est un érythème œdémateux douloureux pendant 1 ou 2 jours. La surface n'est pas comptabilisée lors de l'examen clinique initial. Cicatrisation en 4 à 6 jours puis survient une desquamation. Classiquement c'est «le coup de soleil».

Le deuxième degré superficiel (transdermique) La couche basale est intéressée avec écrêtage des papilles dermiques, la cicatrisation se fera sans séquelles en 10 à 15 jours. L'aspect clinique est celui de *phlyctènes*; l'épluchage retrouve sous la phlyctène un sous-sol rouge et suintant *très douloureux* avec une recoloration rapide lors de la vitro pression. Classiquement c'est la brûlure avec un objet très chaud (fer à repasser).

Le deuxième degré profond (transdermique) Destruction complète de la couche basale épidermique. Cliniquement les phlyctènes sont inconstantes. Sous la phlyctène, sous-sol pale et mal vascularisé, peu douloureux. La cicatrisation spontanée est possible mais longue et aléatoire (21 à 35 jours). Approfondissement et séquelles sont à redouter. Une grande surveillance dans l'évolution s'impose. (Liquides bouillants, flamme)

Les brûlures sus et transdermiques risquent un approfondissement si infection, si hypoxie, si hypovolémie, si dénutrition.

Le troisième degré (sous-dermique) Destruction totale de l'épiderme et du derme. La cicatrisation est rarement possible sauf si petite surface. Le plus souvent la seule solution est la greffe cutanée. Les séquelles peuvent être importantes. Cliniquement la peau est cartonnée froide, insensible, la couleur est variable : blanche, chamois, brune ou noire (si carbonisation par flamme), rouge en cas d'ébouillantage. La zone est très peu douloureuse voire insensible.

Le quatrième degré (sous-cutané) La destruction atteint les plans sous cutanés, l'hypoderme et même les muscles et les os. Au niveau de la main la rétraction en griffe des doigts est pathognomonique de ce type de lésions. (Victimes d'incendie)

Pour les degrés les plus graves, le diagnostic de profondeur est rendu difficile car l'aspect clinique est souvent polymorphe et sujet à variations dans les 48 premières heures qui suivent le traumatisme. De plus la brûlure possède rarement un caractère homogène (association de «mosaïques» de brûlures de profondeur différentes au sein d'une même localisation).

La gravité est extrême.

Photos des différents degrés de brûlure



Premier degré : coup de soleil



Deuxième Degré superficiel :
phlyctène



Troisième degré



Deuxième degré profond : lambeaux



Quatrième degré : carbonisation

4 - L'Étendue de la brûlure

- S'évalue avec l'aide de la face palmaire de la main qui correspond à 1% de la surface corporelle de la victime environ (règle simple de WALLACE)

- Évaluée actuellement avec les tables de LUNG et BROWDER (Schéma 4)

On obtient un % TBSA (total body surface area)

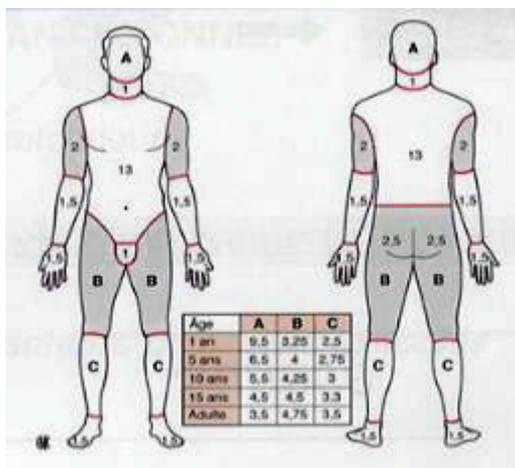


Schéma 4

5 - Facteurs de Gravité

Age et terrain

Les victimes de plus de 65 ans et les moins de cinq ans

Les tares cardiorespiratoires

Les diabétiques, les alcoolos-tabagiques

La localisation

- Brûlures de la face et circonférentielles du cou : possibilité d'œdème des voies respiratoires.
- Atteinte thoracique et respiratoire : dans les brûlures circonférentielles, la mobilité de la cage thoracique peut-être limitée par la douleur ou/et la profondeur de la brûlure (rigidité thoracique)
- Œdème pulmonaire par la fumée et l'air trop chaud.
- Atteintes périnéales : la colonisation bactérienne des brûlures est rapide (sonde vésicale et +/- colostomie de dérivation envisagée dès l'hospitalisation).
- Les brûlures conjonctivales, ou de cornée peuvent compromettre la vision ultérieure.
- Les mains, les pieds, les brûlures circulaires de membre : l'œdème secondaire est rapidement responsable d'ischémie avec approfondissement des lésions et atteinte fonctionnelle irréversible. Surveillance du gonflement et incisions de décharge rapides.
- Les zones de flexions : les cicatrices sont rétractiles et vont limiter l'amplitude articulaire.
- Face, décolleté, mains : cas où le pronostic esthétique est important pour la vie de relation.

L'étendue :

Les brûlures sont graves si l'étendue hors 1° degré est supérieure à 30% de surface corporelle totale.

Les brûlures sont sévères si l'étendue est supérieure à 10% de surface corporelle

Les brûlures sont bénignes si inférieure à 5% de surface corporelle.

Les facteurs de gravité sus-cités viennent pondérer ces définitions.

Le calcul de l'indice de gravité par des règles plus affinées se fait dans les services hospitaliers (débouchant sur le score ABSI prôné par Tobiasen). Il ne nous intéresse pas ici.

Il est difficile bien souvent de déterminer le degré de profondeur d'une brûlure d'autant que plusieurs degrés peuvent cohabiter. La douleur est un bon repère puisqu'une brûlure profonde est indolore. Dans le doute seul un «brûlologue» à l'œil aguerri pourra affiner voire redresser le diagnostic initial d'autant que l'évolution immédiate peut réserver de bonnes ou de mauvaises surprises.

6 - Conduite à tenir : Ce qu'il faut faire :

En milieu familial comme ailleurs des gestes simples de secourisme doivent venir à l'esprit.

- 1) **soustraire le sujet** à l'agent agressif et stopper la nuisance de l'agent concerné (feu par exemple)
- 2) **S'assurer de la perméabilité des voies respiratoires** et de la bonne marche de la mécanique respiratoire
- 3) **Alerter les secours** si d'emblée les éléments de l'observation laissent penser que la brûlure est/ ou sera grave (par le 18 pour les Pompiers, le 15 pour le SAMU ou le 112 numéro d'appel unique européen)
- 4) Heureusement dans de nombreux cas les premiers soins peuvent être envisagés sur place et dans tous les cas il faudra :

REFROIDIR : le refroidissement de la brûlure a comme objectif de diminuer la douleur, éviter l'approfondissement des lésions, et limiter la libération des médiateurs pro-inflammatoires. Le refroidissement est efficace si entrepris dans un délai maxi de 10 mn ; sa durée est limitée à 10 mn.

La température minimale doit être de 10°. Il n'est indiqué que pour des surfaces maximales de 10 %. Il se réalise avec de l'eau ruisselante ou un gel hydrique (*Steripan* *ou *Burnaid gel**).

- 5) **Retirer les vêtements** de la victime sauf ceux qui collent à la peau.

- 6) **Evaluer la gravité** de la brûlure :

*** Si la brûlure est grave :**

- Allonger le brûlé sur la région non brûlée. Si gêne respiratoire le placer en position demi assise.
- Recouvrir la victime d'un drap propre et d'une couverture pour éviter le refroidissement.
- Protéger la brûlure par un pansement (gazes stériles) sans percer les cloques dont l'intégrité est indispensable.
- Surveiller la victime sans relâche jusqu'à l'arrivée des secours appelés éventuellement par un tiers.

*** Si la brûlure est bénigne :**

- Continuer l'arrosage.
- Protéger la brûlure par un pansement stérile et ne pas percer la cloque si possible. Utiliser un topique type Flammazine* ou Aquacel ag*(contenant un antiseptique préventif et curatif)
- Surveiller et s'assurer que la victime est vaccinée contre le tétanos.
- Chez l'enfant et le nourrisson, toujours se référer à un médecin.

7) calmer la douleur

Le refroidissement par l'eau et l'utilisation d'un topique seront suivis de l'administration par voie orale ou parentérale selon la gravité, **d'Antalgiques** type «*paracétamol*» pour les brûlures bénignes ou **morphiniques** pour les brûlures graves. Dans ce cas ce sont les secours pré hospitaliers qui en auront la charge.

Dans le cadre familial, un pansement de type «*Emla**» associant deux anesthésiques locaux peut être bénéfique en cas de brûlure de petite surface et peu profonde mais cependant très douloureuse.

Le retentissement de la douleur est délétère sur les grandes fonctions. Elle doit être prise en charge même pour des brûlures qui semblent bénignes.

8) phase de cicatrisation

Lorsque la brûlure a été soignée à domicile : une crème type «*IALUSET **» est très efficace après la première phase sous contrôle médical si il y a un doute.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- *Il ne faut pas commencer les premiers secours avant d'avoir garanti votre propre sécurité.*
- *Il ne faut pas appliquer de pommade, d'huile, de haldi (curcuma) ou de coton brut sur la plaie.*
- *Il ne faut pas appliquer de glace car elle approfondirait la brûlure.*
- *Il faut éviter un rafraîchissement prolongé à l'eau car cela pourrait entraîner une hypothermie.*
- *Il ne faut pas percer les ampoules tant que des antibiotiques locaux n'auront pas été appliqués par un secouriste.*
- *Il ne faut pas appliquer un tissu directement sur la blessure car elle risquerait de s'infecter.*
- *Il ne faut pas faire boire. Les secours mettront en place de toute façon un accès veineux pour une réhydratation rapide si la brûlure est sérieuse. Le jeûne permettra un éventuel traitement sous anesthésie générale si besoin. Si la brûlure est légère l'administration d'un antalgique dans une gorgée d'eau est parfaitement envisageable jusqu'à la confirmation du diagnostic de bénignité où l'absorption de liquide sera permise.*

Il est judicieux de posséder chez soi une trousse d'urgence spécialement conçue pour les brûlures. On en trouve en pharmacie ou sur Internet très facilement.

Conclusion

On compte 300.000 à 400.000 cas de brûlés en France chaque année, dont environ 10.000 à 15.000 sont hospitalisés. Les accidents domestiques sont en cause dans 70% des cas.

Les brûlures dans le cadre intra familial sont généralement bénignes et se soignent très bien à domicile éventuellement sous le contrôle du médecin traitant.

Les analyses épidémiologiques montrent cependant et malheureusement que le spécialiste aura parfois trop souvent à prendre en charge un accident domestique individuel, touchant un enfant de moins de cinq ans et une femme jeune pour une brûlure par ébouillement dans une cuisine, ou bien un homme jeune pour une lésion par flamme plutôt à la maison qu'au travail. **Il existe trois populations à risque : les enfants de moins de trois ans et les adultes de 20 à 40 ans pour leur fréquence, et les sujets âgés pour leur haute morbidité.**

A partir des données ci-dessus, les campagnes de prévention devraient insister sur la surveillance des enfants dans les cuisines, la température de l'eau chaude délivrée par les installations sanitaires, les risques des bassines de friture, et la manipulation inadaptée des liquides inflammables.

En dehors du danger vital, les conséquences fonctionnelles ou esthétiques doivent faire réfléchir les parents et les grands-parents dans leur organisation et la surveillance des petits enfants. Comme toujours la prévention reste le meilleur traitement des accidents domestiques.

NB : les spécialités médicales sont données avec un petit astérisque. Ce sont des exemples parmi d'autres spécialités facilement accessibles aujourd'hui par de nombreux moyens de recherche.

***Dr Nicole LE POULEUF-EMPERAIRE**
Ancien Maître de conférence-Praticien Hospitalier
Anesthésiste Réanimateur

***Docteur Victor BERNINI**
Praticien Hospitalier
Anesthésiste Réanimateur
Centre des brûlés inter-Régional Méditerranée

Pr Jacques ALBANESE
Hôpital de la Conception, 13385 Marseille

MARTIN MAUREL PIERRE CAPITALISATION : UNE PORTE D'ACCÈS PRIVILÉGIÉE À L'IMMOBILIER EUROPÉEN

Martin Maurel Pierre Capitalisation, fonds spécialisé sur les foncières de la Zone Euro fête cette année ses 25 ans. Le fonds crée en 1990 a réalisé une performance annualisée sur la période de 8.9% (arrêtée au 30 juin 2015). Depuis le début de l'année, la performance est de 9.8%.

Nous retenons du premier semestre l'intense activité du secteur sur le marché primaire. Après avoir abondamment bénéficié ces dernières années de la faiblesse des taux d'intérêt pour restructurer et abaisser le coût de leur dette, les foncières profitent à présent de l'engouement des investisseurs en immobilier coté pour renforcer leurs fonds propres et financer des opérations de croissance. La somme des capitaux levés au premier semestre (introductions en bourse, augmentations de capital, reclassements) est ainsi proche du total des capitaux levés en 2014. Nous avons tiré parti de ces opérations pour nous renforcer à bon compte sur certains dossiers et augmenter notre allocation sur les marchés immobiliers dynamiques (marchés de bureaux Espagnols et Allemands, marché des centres commerciaux en Europe du Nord).

Si le feuilleton Grec, ou tout autre choc exogène (crise chinoise, remontée des taux US) ne vient pas tarir l'engouement des investisseurs pour le secteur, le second semestre devrait s'inscrire dans le prolongement du premier, certaines opérations sont d'ores et déjà attendues.

Du côté de la valorisation, retenons que le rendement servi par le secteur (3.8%) et 4.4% pour Martin Maurel Pierre Capitalisation se compare toujours très favorablement à celui offert par d'autres classes d'actif et par les taux longs, en dépit de leur récente remontée. La prime de risque du secteur, toujours conséquente a d'ailleurs permis d'absorber une bonne partie de la remontée des taux. Du côté de la surcote/décote par rapport aux actifs nets, le secteur est logiquement en surcote (reprise de cycle) de +13% sur les derniers actifs nets publiés (soit fin 2014) mais à quasi parité sur les estimations de fin d'année (+2%).

Nous restons par conséquent confiants sur les perspectives du secteur, la récente remontée des taux, qui a dans un premier temps pesé sur les cours (bien que le niveau des taux longs soit encore bien inférieur au coût moyen de la dette des foncières) reflète l'amélioration des principaux moteurs de la performance du secteur à moyen long terme, à savoir la croissance et l'inflation.

Paul REUGE
Martin Maurel Gestion
43, Rue Grignan
13006 Marseille

Nous remercions vivement Monsieur FRADIN et Monsieur PAGÈS de Martin Maurel Gestion pour leurs contributions à la réalisation de ce «Lien des Générations» n°5.

Une gamme de fonds régulièrement récompensée

Les prix de gamme :

MartinMaurel Gestion

Dans le premier décile des sociétés de gestions françaises pour sa gestion actions de 2006 à 2012.



MartinMaurel Gestion

A reçu, en 2014, le **Trophée de bronze** pour sa **gamme actions Europe** sur 3 ans dans la catégorie des établissements spécialisés. Après un trophée d'or en 2011, Martin Maurel Gestion a obtenu en 2012 le Trophée d'argent du Revenu pour sa gamme **actions internationales sur 3 ans** dans la catégorie des établissements spécialisés.



Les prix de nos opcvms :

BMM Pierre Capitalisation

Meilleur fonds européen sur 5 ans dans la catégorie **immobilier** en 2012. Trophée d'Or en 2008, 2009, 2010 et 2011. Trophée d'Argent en 2005, 2006 et 2007. Trophée de Bronze en 2004.



FCP BMM Indexi

Meilleur fonds sur 10 ans dans la catégorie **Bond Euro – Inflation Linked** en 2014.



Essor Japon Opportunités

2ème Prix dans la catégorie **actions Japon sur 3 ans** en 2013 et 3ème Prix en 2012.

Lauréat dans la catégorie **actions Japon-général** en 2013.



Essor Emergent

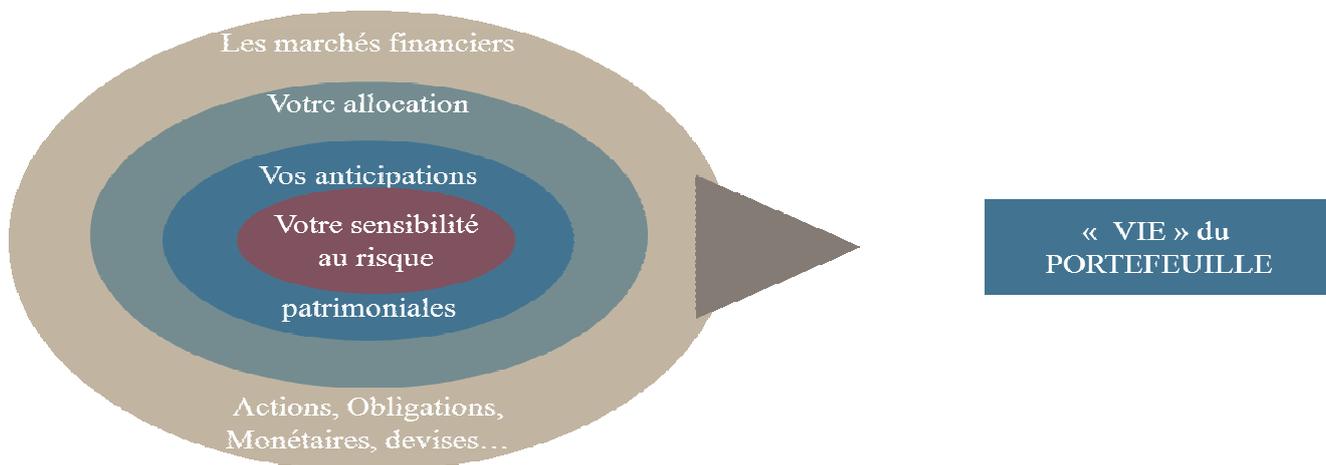
3^{ème} Prix dans la catégorie « actions pays émergents » dans les Globes de la Gestion 2014.

Grand prix de la Gestion d'Actifs du meilleur fonds d'actions émergentes sur 3 ans en 2011.



La construction de votre gestion et son allocation d'actifs réelle est issue :

- de vos anticipations patrimoniales,
- de votre choix de profil de gestion,
- des allocations stratégique et tactique,
- du choix des supports et des valeurs selon les opportunités de marché.



Les supports d'investissement

La gestion peut être effectuée en titres vifs (actions, obligations...) avec une sélection des valeurs selon différents critères quantitatifs et qualitatifs :



Ou par le biais de supports de gestion collective (SICAV, FCP) sélectionnés parmi les meilleurs du marché dans la cadre de la multigestion :



En annexe pages 32-33 vous trouverez les philosophies d'investissement et processus de gestion pour la gestion actions et la gestion taux.

Présentation Martin Maurel Gestion

Présentation

Martin Maurel Gestion est la principale société de gestion du Groupe, filiale à 100 % de la Banque Martin Maurel. Elle a été créée en 1985 et est sous agrément AMF depuis le 30/09/1997.

Elle est l'une des sociétés de gestion indépendante les plus importantes en France avec 2,7 milliards d'euros d'actifs gérés pour des clients privés et 2,5 milliards d'euros d'actifs gérés en Opcvm pour des institutionnels.

Elle assure depuis 1998 la gestion administrative et comptable de la plupart des OPCVM du Groupe ainsi que la gestion de portefeuilles sous mandat des clients de la Banque Martin Maurel. Présidée par Mr Jean-Marc Picon, elle est composée d'un effectif de 59 personnes dont 34 gérants présents à Paris, Lyon, Marseille et Grenoble.

Martin Maurel Gestion met en oeuvre, pour une clientèle privée et institutionnelle, une gestion classique, utilisant des techniques éprouvées et une tarification lisible. L'allocation s'inscrit dans une perspective de prudence et d'exigence de qualité des titres sélectionnés.

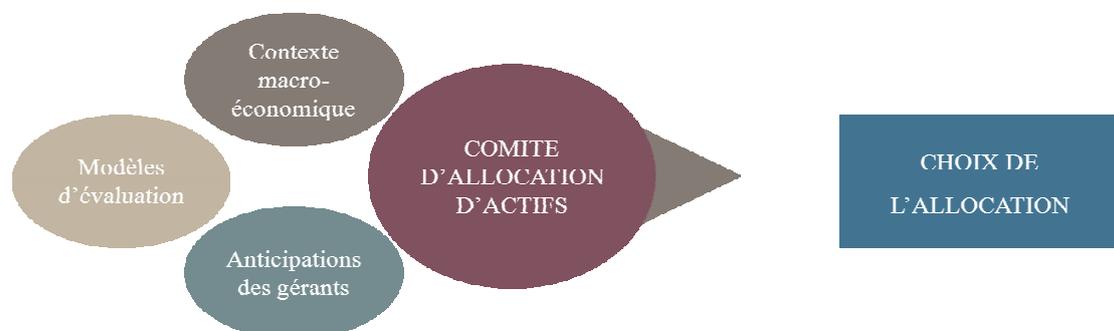
Process de Gestion

Comité d'allocation d'actifs

Le processus de gestion de la Banque Martin Maurel est constitué de trois étapes clés.

Un comité mensuel détermine l'allocation des portefeuilles en fonction de :

- l'évolution conjoncturelle,
- des anticipations des gérants
- des modèles d'évaluation des marchés financiers.



L'allocation consiste à sur-pondérer ou à sous-pondérer chacune des classes d'actifs (actions, obligations, monétaires) et des sous-classes d'actifs (actions françaises, actions USA...) par rapport à l'allocation de référence et du choix de type d'investissement à privilégier (valeurs de croissance, valeurs de rendement...).

QU'EST-CE QUE LA SFAP ?

LES RÉPONSES AUX QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ SUR LES SOINS PALLIATIFS.



Créée en 1990, la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) regroupe les principaux acteurs français du mouvement des soins palliatifs :

Plus de 5.000 soignants, libéraux ou hospitaliers, sont impliqués dans la démarche palliative, qu'ils travaillent dans les unités (USP), dans les équipes mobiles (EMSP) ou dans les réseaux de soins palliatifs (médecins, infirmières, psychologues, kinésithérapeutes, aides-soignants, travailleurs sociaux...). Parmi eux, on compte de nombreux enseignants universitaires.

Près de 200 associations d'accompagnement, fédérées ou indépendantes, rassemblent plus de 25.000 membres dans un élan de solidarité envers les personnes malades.

La SFAP est une association de type loi 1901, à but non lucratif. Elle porte le nom de «société» non pour une raison commerciale, mais parce qu'elle est reconnue en tant que «société savante». Une société savante regroupe des experts qui, par leurs travaux et leur réflexion, font avancer la connaissance dans leur domaine d'activité.

Quel est le rôle de la SFAP ?

Sa mission est de représenter, de stimuler et de faciliter l'action des personnes morales ou physiques impliquées dans le mouvement des soins palliatifs et de l'accompagnement des personnes en fin de vie. Elle agit dans le but de développer et d'améliorer :

- la prise en charge des personnes,
- la qualité des soins et de l'accompagnement.

La SFAP n'est pas une fédération à proprement parler et elle n'a pas non plus le souhait d'uniformiser le mouvement des soins palliatifs et de l'accompagnement. La SFAP se définit comme :

- un espace de réflexion, de recherche, de recommandations et de formation,
- un vecteur de solidarité, de coopération et de mutualisation des savoirs et des savoir-faire,
- un observatoire des pratiques sociales et professionnelles,
- un porte-parole des personnes engagées dans ou concernées par les soins palliatifs et l'accompagnement.

Comment la SFAP remplit-elle son rôle ?

Concrètement, le projet associatif de la SFAP s'articule autour de 4 pôles d'activités qui rassemblent différents groupes de travail.

Pôle 1 : Mobiliser les acteurs

La SFAP regroupe, anime et fédère tous les acteurs des soins palliatifs adhérant à son projet, aux niveaux régional et national.

Elle met en réseau et en mouvement les professionnels de santé et les bénévoles d'accompagnement. Elle organise un espace de travail, de débats, d'information et de formation.

Pôle 2 : Développer et transmettre les savoirs

La SFAP est une « Société Savante » qui développe les pratiques et les savoirs dans les domaines de la médecine palliative, du soin et de l'accompagnement de fin de vie. Elle développe la recherche et renforce la qualité des pratiques en mettant en place des dispositifs de partage, de formalisation et de transmission de l'expérience. Elle transmet cette expérience et ces connaissances en soutenant la diffusion des travaux de recherche, formations, lieux d'échanges et productions médiatisables, notamment au cours de son congrès annuel.

Pôle 3 : Promouvoir l'accès aux SP et à l'accompagnement

La SFAP s'assure de la mise en œuvre des dispositifs législatifs et réglementaires qui favorisent l'accès de tous aux soins palliatifs et à un accompagnement de qualité. Elle a aussi une fonction de veille, d'alerte, par son écoute des situations difficiles qui lui sont confiées. Elle est une force de proposition pour faire évoluer ces réglementations et ces dispositifs au regard de l'évolution des besoins et des mentalités sociétaux.

Pôle 4 : Diffuser la culture palliative

La SFAP diffuse auprès de toute la société la culture palliative issue des pratiques d'accompagnement et de soin.

Elle est le porte-parole des personnes engagées dans le mouvement ou concernées par les soins palliatifs et l'accompagnement.

Elle sensibilise l'opinion et le grand public sur l'importance de la généralisation des soins palliatifs. Au sein de ces 4 pôles d'activités, les différents groupes de travail thématiques rassemblent des membres concernés par le sujet traité et venant de différents Collèges de la SFAP. Croisant des compétences, des expériences et des points de vue complémentaires, ils contribuent collectivement à accroître les connaissances dans le domaine et à faire évoluer la réflexion, les mentalités et les pratiques.

L'action de la SFAP auprès des pouvoirs publics a largement contribué au vote par le Parlement, à l'unanimité, de la loi du 9 juin 1999 «visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs».

Depuis, la SFAP s'emploie à rendre effective la garantie de ce droit des personnes malades, pour que quiconque en a besoin puisse réellement bénéficier de soins palliatifs de qualité, quels que soient son âge, sa situation personnelle et l'endroit où il se trouve.

Les réponses aux questions que vous vous posez sur les soins palliatifs :

1 - Qu'appelle-t-on soins palliatifs et accompagnement ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage 1

2 - Qui peut en bénéficier ?

- Les patients atteints de maladie grave, chronique, «évolutive ou terminale mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale», quel que soit l'âge du patient 2
- Leur famille et leurs proches : soutien, aides sociales, congé de solidarité 3
- Les soins palliatifs incluent, par ailleurs, une dimension de formation et de soutien des professionnels et des bénévoles

3 - Quand ?

Il y a un bénéfice à débiter précocement l'accompagnement et les soins palliatifs lorsqu'un diagnostic de maladie grave est porté. La nature de l'aide reçue varie en fonction des besoins tout au long de l'évolution de la maladie. Il est donc important d'avoir un suivi régulier.

4 - Comment ?

- Les soins palliatifs sont accessibles à tous, à tout âge et pris en charge par l'assurance maladie
- A domicile : en s'adressant aux soignants libéraux ou à un réseau de soins palliatifs
- A l'hôpital : en s'adressant à son équipe référente ou aux équipes spécialisées : Unités de Soins Palliatifs (USP : structures d'hospitalisation), Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)

5 - En chiffres ?

On compte :

- **132** Unités de soins palliatifs (USP)
- **389** Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)
- **18** Equipes mobiles de soins palliatifs pédiatriques
- **112** Réseaux de soins palliatifs
- **89** Hospitalisation à Domicile (HAD)
- **296** associations de bénévoles

(Source : SFAP - Annuaire des structures de soins palliatifs et d'accompagnement de la SFAP - Novembre 2014 - <http://www.sfap.org>)

«Toute idée humaine qui prend le passé pour racine a pour feuillage l'avenir» (V. Hugo)

«Lorsque le passé n'éclaire plus l'avenir, alors l'esprit marche dans les ténèbres» A. De Tocqueville.

«La vie doit être vécue en regardant vers l'avenir mais ne peut être comprise qu'en se retournant vers le passé» (Kierkegaard)

Voici trois citations concordantes dont devraient s'inspirer certaines personnalités politiques impatientes de mettre sous le boisseau notre héritage, notre patrimoine et nos racines.

QUE FAUT-IL FAIRE POUR ÊTRE HEUREUX ?

*Il faut penser ; sans quoi l'homme devient,
Malgré son âme, un vrai cheval de somme.
Il faut aimer ; c'est ce qui nous soutient.
Sans rien aimer il est triste d'être homme.*

*Il faut avoir douce société,
Des gens savants, instruits, sans suffisance,
Et de plaisirs grande variété,
Sans quoi les jours sont plus longs qu'on ne pense.*

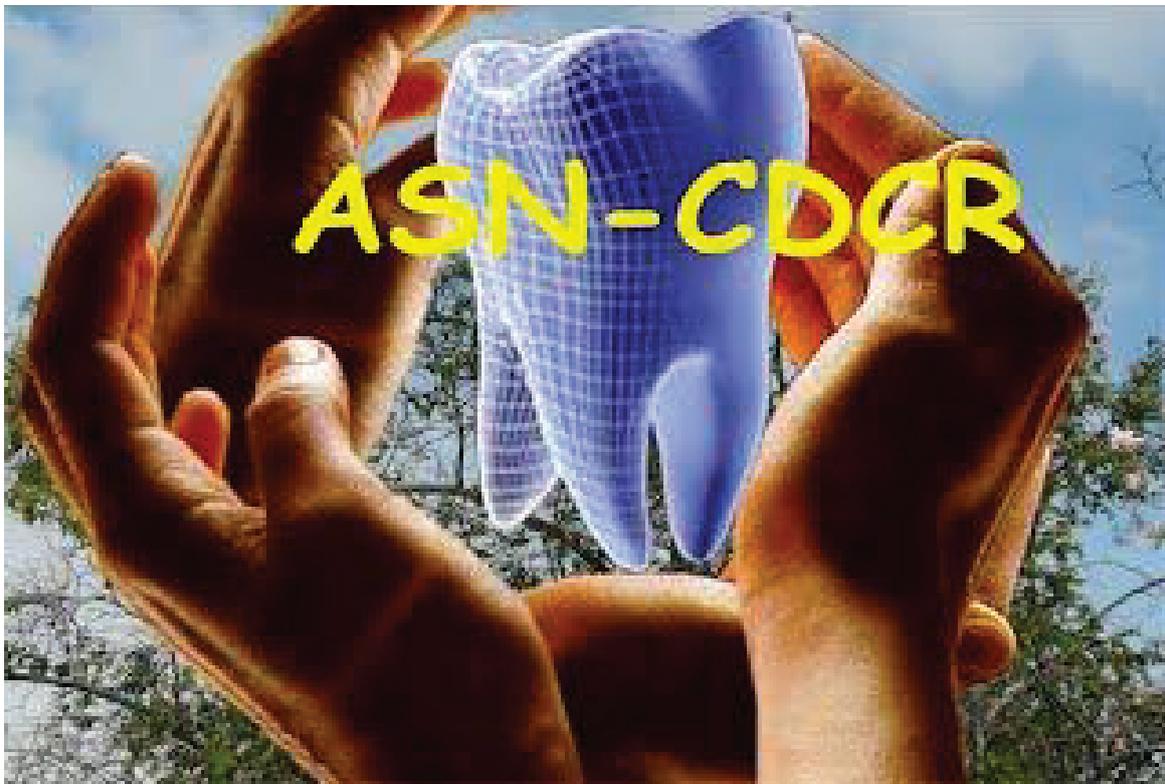
*Il faut avoir un ami, qu'en tout temps,
Pour son bonheur, on écoute, on consulte,
Qui puisse rendre à notre âme en tumulte,
Les maux moins vifs et les plaisirs plus grands.*

*Il faut le soir, un souper délectable
Ou l'on soit libre, ou l'on goûte à propos,
Les mets exquis, les bons vins, les bons mots
Et sans être ivre, il faut sortir de table.*

*Il faut, la nuit, tenir entre deux draps
Le tendre objet que notre cœur adore,
Le caresser, s'endormir dans ses bras,
Et le matin, recommencer encore...*



François-Marie AROUET
dit VOLTAIRE (1694-1778)
(Décédé à 84 ans, âge très
avancé à son époque, Voltaire
a ainsi démontré la pertinence
de ses préceptes. Il ne vous
reste plus qu'à les mettre en
pratique !)



Création : Jean-François De Lumley-Woodyear