

«Notre problème sera sans doute de faire face à la demande»

Jack Burnett est président du conseil d'administration et directeur général de Swident Inc. (Canada) qui est propriétaire de SwiDent (Suisse) S.A. avec siège social à Genève. Avec Jack Burnett s'est entretenu Roger D. Weill.

RMSO: Comment se fait-il qu'un investisseur canadien, bien qu'ayant vécu 15 ans en Suisse, ait l'idée de créer une assurance comme SwiDent?

Jack Burnett: J'ai pensé que ce serait une bonne idée dans un pays aussi avancé que la Suisse, dont la majeure partie de la population n'est pas couverte par une assurance dentaire.

Dans quels secteurs et domaines travailliez-vous avant de fonder SwiDent?

Dans le secteur des services financiers. J'étais directeur chez CNA Investors Inc., une joint-venture entre une société canadienne et CNA Financial Corp., la maison mère de la compagnie d'assurances.

Combien de temps vous a-t-il fallu pour préparer le lancement de SwiDent? Qu'est-ce que cela impliquait? Est-ce que des gens comme les membres du comité scientifique consultatif ont été faciles à convaincre?

Cela m'a pris deux ans. Tout était à faire, du concept à la mise en œuvre, et c'est loin d'être fini.

Vous voulez savoir si j'ai eu du mal à convaincre les membres du comité scientifique consultatif de se joindre à SwiDent. Il faut croire que la motivation des membres de ce conseil est venue de l'intérieur. En effet, j'ai rarement vu un groupe de personnes aussi qualifiées faire autant pour si peu à moins que leur conviction ne soit venue du plus profond d'eux-mêmes. Nous avons là quelque chose de tout à fait unique: une coopération entre les quatre écoles dentaires!

Comment ont réagi les médecins-dentistes suisses à l'offre de 350 000 actions ordinaires de SwiDent? Combien d'entre eux se sont inscrits aux (trois) séminaires d'évaluation du risque d'une journée?

L'offre est de 450 000 actions. Près de 75 000 ont été souscrites en Suisse. A ce jour, nous avons reçu 921 inscriptions aux séminaires d'évaluation du risque. Tous les séminaires sont complets et nous faisons notre possible pour répondre à la demande.

Quand croyez-vous que SwiDent commencera à réaliser des bénéfices?

Cela dépendra à l'évidence du nombre d'assurés.

Quel est votre pronostic pour les trois années à venir? Quelles sont vos attentes?

Je ne sais pas et je n'ai pas envie de vous donner des prévisions personnelles pour les trois prochaines années. En fait, notre problème sera sans doute de faire face à la demande.

Quels sont les membres du conseil d'administration de



Jack Burnett, le président du conseil d'administration et directeur général de SwiDent Inc.

SwiDent S.A. (Switzerland)?

La structure de la société est transparente. Nous nous ferons un plaisir d'envoyer un exemplaire de notre prospectus à tous ceux que cela intéresse.

Combien de professionnels travaillent pour SwiDent et quel est leur domaine d'attributions?

Est-ce que vous prévoyez d'ouvrir des succursales en dehors de Genève? Si oui, à quel endroit?

Je ne sais pas ce que vous entendez par professionnels. Chez SwiDent, nous sommes tous des professionnels, jusqu'à la femme de ménage. Oui, en Europe, très prochainement.

Si un médecin-dentiste adhère à SwiDent, devra-t-il investir dans des appareils pour utiliser le logiciel SwiDent? Si oui, pour quel montant?

Tout dépend s'il a déjà un ordinateur ou non. Le système SwiDent est sur le Web et ne nécessite pas de gros investissements en plus. Si le médecin-dentiste n'a pas de PC et voudrait en acheter un, on en trouve à tous les prix. Quant aux praticiens qui n'ont pas d'ordinateur et qui n'ont pas l'intention d'en acheter un, ils peuvent communiquer avec nous par fax ou par courrier. L'investissement dépend donc de chaque dentiste et de la façon dont il ou elle entend gérer son cabinet.

Allez-vous vous associer avec d'autres compagnies d'assu-

rances? Si oui, sous quelle forme? Est-ce que vous recruterez des agents pour vendre l'assurance SwiDent? Comment vont-ils s'y prendre?

Nous avons été contactés par plusieurs compagnies d'assurances maladie qui étaient intéressées par la commercialisation de notre produit. Nous en sommes encore au stade de la discussion avec certaines d'entre elles.

Mais ma principale préoccupation n'est pas le marketing, c'est la qualité du service. La demande est telle que, si vous me passez l'expression, j'essaie de garder le couvercle sur la marmite en évitant qu'elle n'explose et fasse de gros dégâts.

L'idée de SwiDent a déjà été examinée il y a quelque temps par la Société suisse d'Odontostomatologie mais n'a jamais vu le jour. Avez-vous à un moment ou un autre envisagé une joint-venture avec la SSO pour obtenir son soutien officiel?

C'est une question intéressante. Je ne suis pas surpris que la SSO n'ait pas encore concrétisé son idée de créer une compagnie d'assurances jusqu'à maintenant. En fait, le contraire m'aurait étonné.

Le politicien a plutôt la réputation d'adopter des compromis et de faire tracer les choses. Il aime voir comment le vent va tourner avant de mettre un pied dehors. Pas de risque, donc pas de critique, rester au chaud, garder son boulot.

Mon équipe et moi-même avons rencontré le Comité central de la SSO en août dernier pour leur présenter SwiDent et leur proposer d'y participer. A ce jour, leur réponse a été une lettre admettant le principe de prévention de l'assurance SwiDent et nous demandant des informations complémentaires, que nous leur avons aussitôt envoyées. Je vous suggère de poser la question à la SSO et de me communiquer leur réponse, si vous en obtenez une.

En cas de succès foudroyant, est-ce que SwiDent deviendra un «market maker» en matière de prix, de tarifs et de normes de Total Quality Management (TQM)?

Le Total Quality Management – on dirait une formule américaine. Elle ne me plaît pas beaucoup. En ce qui concerne les normes, je peux vous dire que SwiDent n'a pas – et ne compte pas – s'immiscer dans les décisions du comité consultatif scientifique ou dans leur rôle. Les normes seront définies par ce

comité. Les tarifs continueront sans doute d'être déterminés par la SSO, à moins qu'elle ne décide de confier cette tâche à quelqu'un d'autre, quant aux prix, qui se rapportent à notre produit d'assurance, ils seront fixés par SwiDent.

Comment expliquez-vous qu'il vous ait été si facile de convaincre les membres du comité scientifique consultatif à se joindre à SwiDent?

Je n'ai pas eu besoin de les convaincre, M. Weill. Je leur ai

demandé. Je crois qu'ils étaient déjà convaincus.

Avez-vous l'intention d'implanter l'idée SwiDent dans d'autres pays qui ont une structure similaire à la Suisse en terme d'assurance et de prévention dentaire? Lesquels?

Oui. Egalement dans des pays qui n'ont pas les mêmes structures que la Suisse. En Europe.

Pourriez-vous nous en dire plus sur votre personne? Votre âge, votre nationalité, votre forma-

tion, vos hobbies, votre lieu de résidence.

Je suis assez vieux pour savoir et assez jeune pour pouvoir. Je suis canadien, j'ai quitté l'université en seconde année, je n'ai pas le temps d'avoir de nombreux hobbies. J'habite à Genève et je ne prends jamais de bonnes photos.

M. Burnett, nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à nos questions et vous souhaitons beaucoup de succès avec SwiDent.

Merci.

Le professeur André Schroeder fête ses 80 ans

André Schroeder, professeur émérite de l'Université de Berne, fête ses 80 ans le 24 avril. Dans les années 60 et 70, il a encouragé et marqué la médecine dentaire à l'Université de Berne comme personne auparavant.

Après la clinique dentaire publique de Bâle, il est nommé à l'Université de Berne et là, avec ses collègues de la direction et grâce à son immense créativité et talent de diplomate, il raffermi et développe la position de la médecine dentaire au sein de la faculté de médecine. Cette évolution était évidemment avantagée par la haute conjoncture de l'époque et par les budgets sereins du canton de Berne. L'influence d'André Schroeder à l'Université de Berne est si grande qu'il devient, en 1972, le premier médecin-dentiste doyen de la faculté de médecine et qu'en 1979 il est nommé recteur de l'Université de Berne.

André Schroeder a dirigé la clinique de prévention dentaire de l'Université de Berne pendant 25 ans. Il reste en-

core aujourd'hui un modèle dans son effort pour soutenir et développer la médecine dentaire au service des patients, de la prophylaxie à l'implantologie orale en passant par l'endodontie. Son activité scientifique était caractérisée par la recherche de nouveautés. Il a travaillé sur de nombreux développements et produits – surtout dans le domaine de l'endodontie et de l'implantologie orale – qui sont largement appliqués en-

core aujourd'hui dans les cabinets privés. Son plus jeune «bébé», le ITI Dental Implant System, a connu un succès international retentissant ces 10 dernières années et prouve qu'une symbiose entre l'Université et l'industrie peut être extrêmement avantageuse pour la santé des patients. De nombreuses idées qu'André Schroeder défend depuis 20 ans, comme l'insertion d'implants par chirurgie en une phase et la fabrication de surfaces rugueuses en titane sont de nos jours connues par tous et adoptées par l'implantologie orale.

Le souvenir de la qualité didactique, de l'enthousiasme et de l'esprit qu'il manifestait

dans ses cours et dans la formation de ses collègues de cabinets privés demeure. Son enseignement se basait sur des connaissances scientifiques étendues ainsi que sur une grande expérience clinique; il a influencé toute une génération de médecins-dentistes.

L'immense activité scientifique du professeur Schroeder, qui comprend plus de 150 publications dans des revues nationales et internationales, a été reconnue par de multiples organismes. En effet, André Schroeder est membre d'honneur de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO), de l'Internationales Team für orale Implantologie (ITI), de l'Academy of Osseointegration (AO) aux USA, ainsi que récemment de l'European Association for Osseointegration (EAO). Ces honneurs sont complétés par le titre de docteur honoris causa que lui a décerné l'Université de Genève.

Ses nombreux élèves, ses anciens collaborateurs, ses collègues et amis le félicitent de tout cœur et lui transmettent leurs meilleurs vœux pour ce changement de décennie.

Daniel Buser et Peter Hotz
(Traduction Julia Moreno)



Le professeur André Schroeder, entouré par les professeurs Hubertus Spiekermann (à droite) et Daniel Buser lors de la EAO-réunion à Berne il y a un an. (Photo SdP)

LIVRES



Occlusion

**McNeill C:
Science and practice
of occlusion.**

540 pp. illustré, DM 280,-.
Quintessence Chicago (1997)
ISBN 0-86715-304-0

Peut-on encore vraiment intéresser le praticien en lui parlant de gnathologie?

Responsable d'un centre de troubles temporo-mandibulaires et de douleurs oro-faciales à l'Université de Californie à San Francisco, le professeur Charles McNeill définit l'occlusion comme un résultat fonctionnel d'interac-

tions des structures stomatognathiques. Elle inclut l'interaction fonctionnelle coordonnée entre les populations cellulaires et tissulaires qui forment le système stomatognathique et qui se différencient, se modèlent, s'altèrent et se réparent.

Près de 50 auteurs d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale ont participé à l'élaboration de ce livre qui présente enfin l'occlusion d'une façon motivante, pratique, scientifique et informative, en anéantissant l'enseignement insistant, trop théorique et borné des années septante dont le vent aura surtout servi

à accumuler de la poussière sur des ouvrages oubliés.

Une première partie livre les principes anatomiques, biomécaniques, physiologiques et pathologiques qui établissent une base biologique pour l'occlusion clinique présentée en seconde partie.

Les structures bucco-dentaires et gnathologiques évoluent et se développent dans un contexte fonctionnel interdépendant, tant dans la morphologie qu'au niveau tridimensionnel. Les stimulations que crée la fonction de ces structures induisent des signaux de différenciation tissulaire qui permettent le développement et le modelage des tissus vers leur maturité morphologique et leurs propriétés physiologiques. Les systèmes de forces et de connections physiques qui associent les dents, les muscles et les ATM peuvent être influencés par un

certain nombre d'anomalies acquises ou liées au développement. Une interdépendance fonctionnelle entre les structures est le gage d'un équilibre entre la structure, la fonction et la santé. Cette optique d'équilibre oriente le clinicien vers une détection et un diagnostic plus précoces des dysfonctions par le biais de stratégies mathématiques de modelage développées pour tester les relations mécaniques entre les structures stomatognathiques.

Il est ainsi possible de reproduire avec précision l'anatomie et la fonction du système stomatognathique afin de déterminer la demande fonctionnelle de ses structures en la corrélant à la réponse tissulaire résultante. Cette réponse à la fonction est présentée tant au niveau morphologique

suite à la page 382

suite de la page 380

qu'histologique, histo-chimique et moléculaire. Les objectifs thérapeutiques d'un traitement occlusal reposent ainsi sur une argumentation scientifique plus solide. Le traitement est envisagé lorsqu'on est en présence de signes cliniques et de symptômes qui peuvent être clairement attribués aux conditions structurales ou fonctionnelles du système stomatognathique. Une thérapie occlusale se doit d'être individualisée pour satisfaire au mieux les besoins du patient. Elle ne saurait être le reflet d'une recette universelle qui ne tient pas compte de l'état ou de la pathologie spécifiques du patient. Il est erroné d'imposer des modifications occlusales en vertu d'un concept idéal que préconise le clinicien. Un traitement répond

plutôt à des considérations que dicte l'individualité du patient dans sa santé, sa fonction, son confort et son esthétique. Ce traitement peut aller d'une simple restauration à une réhabilitation complexe, à la fois chirurgicale, orthodontique et prothétique. De très nombreux cas de réhabilitations simples et plus complexes sont ainsi présentés.

Il est aussi rappelé que toute forme d'entreprise thérapeutique doit être précédée d'une information claire et concise, en particulier sur le rôle du patient au cours du traitement. On ne saurait émettre des promesses spécifiques et le patient devrait comprendre et accepter de se soumettre aux exigences du traitement tout en informant le praticien des effets positifs et négatifs qui apparaissent.

Michel Perrier, Lausanne

et en présence d'une parodontite seulement.

Les pathogènes parodontaux se nichent dans les poches, sur la langue, à la surface des muqueuses et dans la salive. Ce dernier site laisse supposer un éventuel phénomène de contamination.

La plupart des patients souffrant de parodontite présentent les mêmes clones génétiques de pathogènes tant dans leur salive que dans leurs poches profondes, ce qui indique la transmission des germes des poches jusque dans la salive.

Un traitement parodontal diminue considérablement le taux de pathogènes salivaires qui peut néanmoins réatteindre des valeurs préthérapeutiques en moins de 6 mois.

La fréquence d'exposition à une salive infectée et l'inféctivité du receveur peut favoriser une transmission de germes parodontaux de bouche à bouche. Le contact salivaire est un épisode fréquent dans le quotidien familial. Chez l'enfant, une flore bactérienne en formation accepte plus facilement une invasion de germes nouveaux, tandis qu'une flore déjà formée y résistera davantage.

La transmission de germes ne peut s'effectuer qu'en distinguant les souches ou les clones d'une espèce. Depuis quelques années, les méthodes moléculaires permettent l'examen de l'ADN génétique des souches.

La présence d'un même génotype chez des individus signe une transmission, d'autant plus que l'Aa et le Pg se présentent presque toujours comme une infection monoclonale dans la cavité buccale d'un même individu, ce qui n'est pas le cas d'autres germes parodontaux comme le *P. nigriscens* ou le *C. rectus*, par exemple.

L'Aa et parfois le Pg se transmettent de parent à enfant. L'Aa s'est manifesté 26 fois plus souvent chez des enfants de moins de 3 ans lors-

que le test d'Aa pratiqué chez la mère s'avérait positif. En revanche, le Pg se transmet beaucoup moins facilement de parent à enfant. S'il est présent chez l'enfant prépubertaire, c'est qu'il a été transmis par un parent.

La transmission entre adultes reste moins évidente et les génotypes identiques dans un couple sont plus rares. La probabilité de transmission d'Aa et de Pg atteint 20 à 30% chez des couples mariés dont un partenaire souffre de parodontite. Le risque de transmission dépend des habitudes familiales, des caractéristiques de virulence des bactéries et de l'inféctivité de l'environnement receveur.

Les indices cliniques d'une parodontite apparaissent plus facilement chez un individu dont le partenaire souffre de parodontite.

En général, un seul clone d'Aa colonise une cavité buccale. Moins de la moitié des couples dont les deux partenaires sont colonisés par des Aa présentent le même génotype. L'Aa est en principe acquis soit tôt dans l'enfance, soit plus tard dans l'existence. Un clone acquis et installé n'est en général pas remplacé par un autre clone.

Quant au Pg, il se transmet plus facilement chez les adultes qu'au cours de l'enfance. Cette transmission requiert en outre la présence d'un état parodontal inflammatoire qui favorise son développement.

La prévention d'une colonisation bactérienne d'Aa et de Pg doit suivre différentes approches. Pour les deux, leur taux salivaire doit être diminué. Les enfants prépubertaires devraient être examinés si au moins l'un des parents est infecté par l'Aa. En ce qui concerne le Pg, les patients qui conservent une bonne hygiène parodontale peuvent réduire le risque de contamination.

Michel Perrier, Lausanne

REVUES



Parodontologie

Asikaïen S et al.:
Can one acquire periodontal bacteria and periodontitis from a family member?
JADA 128; 1263-1271 (1997)

Les pathogènes parodontaux comme l'*Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa) et le *Porphyromonas gingivalis* (Pg) ont été mis en évidence vers la fin des années septante. Cette découverte mit en exergue la théorie de la spécificité de la plaque et modifia le diagnostic et le traitement parodontal. L'Aa et le

Pg sont les principaux pathogènes de la parodontite juvénile localisée et de la parodontite de l'adulte. Il a été montré que ces germes ne se développent pas au cours de la première enfance. D'autres germes spécifiques de la parodontite colonisent aussi et en plus faible quantité les cavités buccales de patients sains et d'enfants en bas âge. De récentes découvertes ont encore montré que 1 enfant sur 10 présentait des souches d'Aa au moment de l'éruption des premières molaires. Le Pg ne colonise la cavité buccale qu'après la puberté