

CONGRÈS / JOURNÉES SCIENTIFIQUES



Post festum

Peter Jäger

Il est probable que la création du nouveau système de tarif, dans la première moitié des années septante, avait soulevé des vagues aussi grandes que la semaine interdisciplinaire pour la formation continue IFW sous le titre «Qualité '99». Maintenant que ce grand événement est passé, il serait propice de rappeler brièvement ses origines, sa préparation et quelques perspectives d'avenir en la matière.

Pourquoi promouvoir la qualité ?

Lorsque la Commission pour la formation complémentaire et continue décida en 1995 de consacrer la prochaine IFW au thème de la qualité, elle a agi sous l'emprise d'une certaine euphorie sur les normes ISO. A l'époque, un certificat selon les normes ISO XY représentait (et elle représente encore aujourd'hui) l'alpha et l'oméga en matière de gestion de la qualité. Bien que consciente de la signification des normes ISO dans le domaine de la qualité des processus et donc dans la gestion de qualité actuelle, la Commission pour la formation complémentaire et continue a décidé de donner la priorité aux résultats et non aux processus. Il a fallu quatre ans de travail pour préparer et réaliser l'IFW «Qualité '99». Des représentants des

universités, des associations professionnelles spécialisées et des praticiens y ont participé. Afin d'être sûr que des critères de qualité applicables à la pratique seraient présentés, une répétition «grandeur nature» a été organisée, suite à laquelle les standards ont encore été retravaillés.

Pendant la préparation de la IFW, la notion de «qualité» est devenu un sujet politique de plus en plus discuté dans le domaine public ainsi que dans celui de la santé. L'art. 58 de la loi des assurances maladie en vigueur depuis 1996 prévoit la possibilité que le Conseil fédéral introduise des contrôles scientifiques pour assurer la qualité des prestations. Partant du domaine hospitalier et des contrôles techniques pour les installations médicales, il semble que nous assistons ac-

tuellement aux débuts d'une véritable manie du contrôle.

Au vu de cette situation, la SSO a toujours eu le désir de proposer à ses membres des propres standards médico-dentaires judicieux, permettant au praticien d'autoévaluer chaque travail individuellement et de prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires afin de se prémunir contre toute attaque externe.

La peur de l'inconnu

Force est de reconnaître que ni le scénario de la CFCC ni celui du Comité de la SSO ne prévoyaient quelque manifestation d'opposition que ce soit des membres SSO envers «Qualité '99». Dès lors que les critiques, fort discrètes au début, se sont transformées en rudes protestations surtout au Tessin et en Romandie, les dirigeants de la SSO ont essayé d'apaiser les esprits par des séances d'information au sein des sections.

On peut tirer deux conclusions de ces séances d'information: d'une part, il était frappant de voir que l'opposition franche et l'approbation tacite étaient des réactions réparties au hasard dans toute la Suisse; ni les Romands ni les Alémaniques ne s'exprimaient de façon uniforme. Il faut donc supposer que l'opinion dans les sections est essentiellement le reflet de l'avis de leur comité de direction – une conséquence banale en soi. Se confirme d'autre part, ce que les experts en communication ne cessent de répéter depuis longtemps: partout où un processus trop complexe et potentiellement lourd de conséquences n'est communiqué que de façon incomplète et tardive, les rumeurs, l'incertitude et les angoisses s'installent. C'est exactement ce qui est arrivé dans le cas de la IFW.

Le reproche d'une information insatisfaisante est vite lancé et nul ne saurait le contester. Dans le cas précis, il faut tenir compte du fait qu'il n'était possible de communiquer des renseignements pertinents que quelques jours avant la IFW (parce que la formulation des standards n'était pas encore terminée) ou que cela n'était même pas souhaitable (car la IFW devait elle-même fournir ces informations). A noter que l'Assemblée des délégués a tenu compte de cette contradiction; de ce fait, elle a décidé que l'on pouvait au besoin revenir sur une possible interdiction de publication de ces normes après la IFW.

Qui a établi ces standards ?

Dès le début du travail pour la IFW '99, il était clair pour les responsables que ce



Les discussions en début d'après-midi étaient chaque fois très intenses.

n'était pas aux praticiens de déterminer des normes pour leur activité. L'idée que les «normes seraient établies par les scientifiques» est restée longtemps incontestée, pour ne pas dire qu'elle était devenu un dogme. Ce fut à la demande des sections du Tessin, de Genève, de Vaud et Zurich lors de l'Assemblée des délégués du 24 avril 1999 que cette idée fut remise en question pour la première fois et que les délégués exigeaient la collaboration de la base. De même, cette motion a suscité des doutes si l'Assemblée des délégués, en tant qu'entité déontologique, est en mesure de juger de l'opportunité de ces standards.

La science a comme tâche d'élargir constamment les limites de la médecine dentaire et d'en définir des objectifs maximum. C'est le devoir du praticien d'adapter et si nécessaire de réduire ces exigences maximales à chaque patient et à sa situation économique. Les normes établies par la science ne sont pas contraignantes pour les standards du cabinet. Les normes pour le cabinet ne peuvent donc pas être établies par la communauté scientifique seule. C.q.f.d. – ce qui fut à démontrer.

Or, des praticiens ont également participé à la préparation de la IFW, et les scientifiques étaient très conscients qu'il fallait créer des normes pour le cabinet et non pour l'université. L'analyse de tous les éléments des discussions de la IFW montrera si l'avis du praticien avait suffisamment été intégré dans les normes présentées à Bâle. La procédure de consultation qui suivra montrera aussi si l'acceptation des membres est telle que les sceptiques renonceront à une assemblée exceptionnelle des délégués en septembre 1999.

Expériences utiles

«Les normes ne peuvent être imposées» – ni par l'université ni par la SSO et encore moins par des politiciens. Cette constatation était déjà admise, l'IFW, nous en a fourni la certitude. Il se dégage en outre le fait que les membres rejettent déjà le mot «standard»; la rédaction finale du manuel s'efforcera de rechercher une expression proche de «directives de qualité» qui sera plus à même d'exprimer le sens et les objectifs de ce projet tout en étant un terme moins ambigu.

Le Comité de la SSO a déjà tiré certaines conséquences du travail autour de l'IFW: la Commission pour la formation complémentaire et continue sera considérablement élargie et elle va se doter d'un cahier des charges bien plus vaste. L'un des buts est de renforcer la représenta-

tion des praticiens; la collaboration avec les instituts universitaires et avec les associations professionnelles spécialisées sera intensifiée. Une conséquence supplémentaire sera que la SSO sera en mesure, lors de futures négociations politiques et administratives, de se prononcer de façon plausible sur ce qui est raisonnablement faisable ou non en matière d'assurance qualité en médecine dentaire.

Au moment de la rédaction de ces lignes, on peut espérer que le manuel des normes de qualité soit finalement reconnu pour ce qu'il est, c'est-à-dire une aide pour le praticien, destiné à autoévaluer ses actes thérapeutiques au cas par cas. C'est ainsi que le manuel peut contribuer à renforcer la qualité de la médecine dentaire en Suisse, à étayer la position du praticien et à prévenir les conflits désagréables avec les patients. ■

Société Suisse d'Endodontologie (SSE)

La SSE propose la nomination des candidats pour *deux distinctions* qui seront présentés lors du 8^e congrès à Bâle en janvier 2000. La nomination peut être soumise soit par les candidats eux-mêmes soit par une tierce personne. Les décisions de la SSE sont sans appel.

Prix Guldener pour l'endodontologie

Cette distinction a été instituée à la mémoire de D^r Peter H. A. Guldener. Elle est censée récompenser des travaux de haute qualité dans le domaine de la recherche et de l'enseignement en endodontologie, en clinique ou dans le cadre d'une organisation professionnelle. Le lauréat doit exercer en Suisse et avoir contribué de façon exceptionnelle au progrès de l'endodontologie. Le *Prix Guldener* est doté d'une somme de 5000 francs.

Prix SSE de la recherche

Cette distinction doit récompenser des travaux de recherche en endodontologie. De tels travaux doivent, pour entrer en ligne de compte, avoir été publiés dans une revue professionnelle reconnue, et ce avant la nomination. Le projet de recherche doit avoir été exécuté en Suisse ou bien en collaboration avec d'autres institutions étrangères. Le *Prix SSE de la recherche* est doté d'une somme de 3000 francs.

Nomination

Toute nomination doit être accompagnée des informations suivantes en langue allemande, anglaise ou française:

- un bref exposé des *raisons* de la nomination
- un bref *curriculum vitae* du candidat
- une *photo/passeport* récente du candidat
- nom et adresse de deux *personnes/références* du candidat

Date limite

Au plus tard le 30 septembre 1999

Les lettres de nomination sont à adresser à:

D^r R. Nair, président du comité scientifique de la SSE, Abteilung für Orale Strukturbiologie, Zahnmedizinisches Zentrum, Plattenstr. 11, CH-8028 Zurich, tél.: 01-634 31 42, fax: 01-312 32 81, e-mail: nair@zzmk.unizh.ch.

Retour à l'âge de la plomberie dentaire?

En dépit de difficultés innombrables, l'afflux des candidats aux études de médecine ne fléchit pas. Depuis l'introduction du numerus clausus, les candidats doivent désormais passer un test d'aptitude. Il n'en va pas de même pour les études de médecine dentaire. Au surplus, après Genève, la Faculté de médecine de l'Université de Berne vient de soumettre à M^{me} Dreifuss, présidente de la Confédération, une demande de dérogation aux ordonnances régissant les examens fédéraux des professions médicales dans le but de pouvoir mettre en œuvre la réforme des études de médecine, basée sur l'apprentissage par problèmes.

Peter Jäger a recueilli les propos du Prof. D^r méd.-dent. Alfred H. Geering, vice-recteur de l'Université de Berne.

Professeur Geering, début mars, vous avez écrit au Professeur C. Marinello, président de l'Association des Professeurs des Ecoles Universitaires Suisses de Médecine Dentaire. Vous lui avez fait part de votre crainte que la compétence médicale des médecins-dentistes soit appelée à se perdre.

Geering: Je dois d'abord reprendre la question dans un contexte plus large: en médecine humaine, dans la situation actuelle, les candidats aux études doivent réussir un test d'aptitude pour être admis en école de médecine. D'autre part, à Berne comme ailleurs, le curriculum de médecine intégrera dorénavant l'apprentissage par problèmes (problem-based learning). Cela constitue certes un progrès énorme, mais a pour l'heure encore l'inconvénient que nous ne disposons plus guère de possibilités de sélection. En d'autres termes, la probabilité est grande que le ou la candidat/e qui aura réussi le test d'aptitude réussira aussi l'examen final.

Ce fait a-t-il des répercussions en médecine dentaire?

Il en a dans la mesure où tout candidat aux études qui ne voudrait pas se présenter ou qui échouerait au test d'aptitude peut décider de s'inscrire en médecine dentaire. Il en résulte une sélection négative, et comme nous ne faisons pas passer de test d'aptitude aux candidats médecins-dentistes, nous devons accepter ces étudiants. Ces prétendants malheureux à la médecine donneront-ils de bons médecins-dentistes? Il est au moins permis d'en douter.

On ne cesse pourtant de parler d'un numerus technicus...

Très juste. Nous ne pouvons pas former davantage de médecins-dentistes que nous n'avons de places de formation en clinique – ce qui est valable aussi pour la médecine humaine. Le problème est qu'au cours de ces dernières années, nous avons eu de la peine à pourvoir toutes ces places et que si la demande est inférieure à l'offre, nous n'avons plus aucune possibilité de sélection.

Pourtant, l'an passé encore, la SSO a fait de la publicité pour les études de médecine dentaire.

Effectivement, le nombre d'inscriptions en première année est, du moins à Berne, à nouveau supérieur au nombre de places disponibles en clinique. La campagne de la SSO y a sans doute contribué et nous espérons que la situation n'ira pas à nouveau en se dégradant. Cependant, nous ne pouvons nous contenter de spéculer: nous avons le devoir d'éradiquer les défauts du système et d'empêcher que d'autres se créent.

Qu'appellez-vous les défauts du système?

Premièrement, c'est un défaut du système que d'avoir, par le passé, supprimé progressivement un grand nombre de possibilités de sélection. Les exemples de l'école primaire, de l'école secondaire et de l'université sont là pour le montrer: les mauvais élèves n'en profitent pas et les bons élèves sont ralentis dans leurs progrès. Cette politique de formation est vouée à l'échec; elle aura des conséquences graves dans un proche avenir si elle n'est pas modifiée, faute de politiciens suffisamment courageux pour reconnaître devant leurs électeurs qu'elle est erronée et faire en sorte qu'elle soit corrigée.

Deuxième remarque, nous devons enfin prendre acte du changement intervenu dans le curriculum des études de médecine (apprentissage par problèmes, cours d'études ininterrompu, suppression des barrières de sélection passé la réussite du test d'aptitude). Nous autres médecins-dentistes devons réfléchir à la manière dont nous entendons réagir: voulons-nous perpétuer le système habituel, c'est-à-dire se passer d'un test d'aptitude mais maintenir les 1^{er}, 2^e et 3^e propés? Cela fait des années que nous fermons les yeux sur cette question. Il nous faut décider enfin – et rapidement! – si, et dans quelle mesure, les études de médecine dentaire doivent rester liées à celles de médecine humaine qui, ne l'oublions pas, sont des études universitaires. Un modè-

le préconise la séparation complète des deux filières de formation. Même si l'enseignement de certaines bases de médecine serait alors maintenu, je considère néanmoins qu'une telle séparation serait dangereuse; en ce qu'elle pourrait être l'amorce d'un cheminement vers la filière de la haute école spécialisée et d'une régression vers une pratique dentaire essentiellement technique (la haute école spécialisée serait ouverte notamment aux



«La faculté n'y peut rien si nous médecins-dentistes laissons filer l'occasion de nous joindre au mouvement.»

techniciens-dentistes porteurs d'une maturité professionnelle). Et cela à une époque où l'on ne cesse de parler de prise en charge globale du patient!

Le nouvel enseignement préclinique aux médecins a-t-il encore de la place pour les médecins-dentistes?

Je pense que oui. Il suffirait pour cela que l'apprentissage par problèmes des candidats médecins-dentistes comporte uniquement des problèmes de médecine dentaire. Une telle modification est très facilement envisageable – il suffit de la vouloir.

Et qui ne la veut pas?

Les médecins avancent bon train dans leurs réformes des études et ne s'occupent que de nous, en quoi ils ont raison! C'est notre rôle à nous d'intervenir et de faire connaître notre désir d'y être intégrés. Une commission de réforme des études a déjà été instituée en novembre 1997 par l'Association des Professeurs des Ecoles Universitaires Suisses de Médecine Dentaire, sans résultats tangibles jusqu'ici. C'est très dommage, car le temps presse de plus en plus.

Votre critique de tout à l'heure visait l'absence de possibilités de sélection. Attendez-vous des politiciens qu'ils réintroduisent des mécanismes de sélection?

Nous sommes tous d'accord, au moins dans le milieu de la médecine dentaire, qu'il ne suffit pas d'être admis en première année d'études pour devenir nécessairement un bon médecin-dentiste. Mais si l'évolution de la formation persiste dans sa voie actuelle, tout candidat qui commence les études sera pratiquement assuré de les terminer et d'obtenir son diplôme. Et ce à une époque où la médecine humaine et dentaire gagnent sans cesse en complexité – tant sur le plan médical, technique et humain que de la politique sociale. Nous devons tenir compte de cette réalité en procurant à nos étudiants les compétences nécessaires et en écartant du métier ceux qui ne sont pas faits pour l'exercer, afin de prévenir les dégâts.

Quant à la réintroduction de mécanismes de sélection, je n'ai pas à l'exiger des politiciens. Elle relève, avec le test d'admis-

sion et l'examen final, de la compétence exclusive de la faculté.

Et pourquoi la faculté ne fait-elle rien?

La Faculté de médecine et la Faculté de philosophie et de sciences naturelles de l'Université de Berne ont conduit la réforme des études de médecine humaine avec succès, de sorte que dès l'automne prochain, l'apprentissage par problèmes pourra être introduit pour tous les candidats aux études de médecine.

La faculté n'y peut rien si nous autres médecins-dentistes laissons filer l'occasion de nous joindre au mouvement; hier à Genève, aujourd'hui à Berne, demain à Zurich ou à Bâle. J'ai mis le problème sur la table à plusieurs reprises, mais rien de concret n'a été fait jusqu'ici. Tout se passe comme si en médecine dentaire, les gens avaient plus important à faire.

Cela revient à dire: nous savons ce que nous voulons et nous le pourrions si nous le faisons. C'est un scandale, non?

On peut effectivement le voir ainsi. ■

ERO-FDI: la guerre aux chimères

Peter Müller-Boschung, praticien à Berne, a derrière lui de longues années d'activité au sein de la SSO. Il a été membre de la commission centrale d'information, de la commission pour la politique en matière de santé publique et du comité directeur, où il a occupé en dernier le poste de vice-président. En tant que délégué de la SSO pour les affaires internationales, il est entré en contact avec les organisations internationales de médecins-dentistes et en particulier avec la European Regional Organization (ERO-FDI), qu'il préside depuis 1998 pour trois ans. Peter Jäger s'est entretenu avec lui à propos des souhaits formés par la ERO-FDI et de ce qu'ils impliquent pour les médecins-dentistes suisses.

Quels sont les objectifs à court et à moyen terme de la ERO-FDI?

La ERO-FDI vise en principe, tout comme la FDI, à offrir aux médecins-dentistes et à l'ensemble de la population une médecine dentaire optimale. Cela n'est naturellement qu'une pure déclaration d'intention, mais elle me paraît significative dans la mesure où la ERO-FDI souligne en toute bonne foi l'importance que revêt un environnement professionnel optimal, non seulement pour les patients, mais encore pour les médecins-dentistes. Les moyens à disposition de la ERO-FDI sont naturellement limités: échanges d'informations, résolutions, réseaux de contacts, etc. Or des fédérations nationales jouent tout de même un rôle actif. La Fédération libre des médecins-dentistes allemands, par exemple, s'engage en Roumanie ou encore la Chambre fédérale des médecins-dentistes d'Alle-

magne participe aux côtés de l'Autriche à la mise en place, en Europe centrale, de chambres professionnelles adéquates. En Slovaquie, le gouvernement s'est laissé convaincre d'adopter le «modèle suisse» libéral. La constatation que nos réglementations étaient bien adaptées sur le plan de la médecine dentaire et de la politique sociale n'est sans doute pas l'argument qui a prévalu, mais bien le fait que le «modèle suisse» était le plus économique pour l'Etat.

Si l'on suit vos explications, la ERO-FDI s'engage aujourd'hui principalement en Europe centrale – autrement dit la FDI est active surtout dans les pays en développement.

C'est effectivement le cas actuellement. Mais il serait faux de croire que dans la «vieille» Europe l'unanimité règne dans la manière d'enseigner la médecine dentaire, de la pratiquer et de la situer sur le

plan de la politique sociale ou celui de la santé publique. En effet, toutes les opinions sont représentées: elles vont de la confiance dans le rôle de l'Etat à l'ultralibéralisme. L'adhésion des pays d'Europe centrale et de l'Est enrichit encore l'éventail des opinions, à défaut d'accroître notre expérience des mécanismes de la démocratie ou celle des contacts résolus avec les organismes étatiques.

Quelles sont les questions d'ordre technique ou politique dont s'occupe aujourd'hui la ERO-FDI?

La ERO-FDI comporte plusieurs groupes de travail. Permettez-moi d'en présenter quatre:

- Un groupe de travail, géré en commun avec le comité de liaison des dentistes de l'Union européenne (CLD), s'occupe de l'équivalence des diplômes. Il encourage les universités à s'autoévaluer, tâche à laquelle il contribue sur demande, en collaboration avec le programme DENTED de l'UE. En outre, le groupe de travail a pour objectif d'encourager les échanges d'expériences à l'échelon institutionnel et de fixer un niveau de formation qui autorise la comparaison. Enfin, son grand désir est d'aider les Etats d'Europe centrale à donner une formation euro-compatible.
- Le groupe de travail «Women Dentists» s'occupe des femmes médecins-dentistes, de plus en plus nombreuses, et des questions ou problèmes éventuels entraînés par cette évolution. Les pays d'Europe centrale sont en quelque sorte à l'avant-garde, puisque le corps des médecins-dentistes se compose souvent d'une majorité de femmes.
- Le groupe de travail «Télématique» collabore également avec le CLD de l'UE. Les principaux problèmes rencontrés sont, d'une part, la protection des données lors de la consultation des dossiers des patients et, d'autre part, la question des statistiques, car la large diffusion de données digitalisées en facilite sans doute l'établissement, mais n'en garantit pas pour autant la pertinence. Le groupe de travail «Télématique» désire encore gérer l'utilisation d'Internet par les médecins-dentistes et en particulier les questions publicitaires liées à ce support. Les principes de base sont à l'ordre du jour et ils devraient être bientôt adoptés.
- Un groupe de travail étudie la question de la libéralisation de la médecine dentaire en Europe. Sa déclaration de principe (voir encadré) a été acceptée à la

Principes de l'exercice libéral de la médecine dentaire en Europe – adoptés par l'Organisation Européenne Régionale de la Fédération Dentaire Internationale lors de l'Assemblée générale des 7 et 8 mai 1999 à Bled (Slovénie) –

Préambule

Au cours des dernières années, l'Organisation Régionale Européenne de la FDI, le Comité dentaire de liaison de l'U.E. et la FDI ont élaboré et adopté des documents de principe concernant l'aménagement de l'exercice de la médecine dentaire. Les grandes lignes de ces documents sont résumées ici. Il ne s'agit donc pas de reformuler les déclarations politiques relatives à l'exercice de la médecine dentaire en Europe mais de résumer clairement les éléments essentiels contenus dans ces différents documents. Dans ce contexte, l'objectif est de définir, de promouvoir, d'appuyer et de faire progresser l'exercice libéral de la médecine dentaire en Europe, indépendamment de l'éventuelle diversité des situations rencontrées dans les différents systèmes nationaux, résultant de législations restrictives et/ou de conditions générales d'organisation de la politique sociale. En Europe, la profession dentaire a besoin d'objectifs sur la base desquels elle puisse aménager et influencer la politique nationale en matière de médecine dentaire.

Des principes relatifs à l'exercice libéral de la médecine dentaire en Europe sont énoncés ici, en rapport avec:

1. La définition de la notion d'«exercice libéral de la médecine dentaire en Europe»
2. L'exercice de la médecine dentaire dans un cadre institutionnel, le libre choix du médecin-dentiste
3. La liberté de traitement, la relation directe entre le médecin-dentiste et le patient
4. La compétence des médecins-dentistes et de leurs collaborateurs/le monopole du traitement
5. Le principe d'un financement solidaire des soins dentaires de base et d'un financement privé des soins dentaires complémentaires
6. Le principe de l'assurance sociale
7. Le principe de l'autogestion

Concernant 1: Définition de la notion d'«exercice libéral de la médecine dentaire en Europe»

Concernant la profession de médecin-dentiste, l'exercice libéral est défini comme suit. La solidarité avec d'autres catégories de professions libérales se définissant différemment peut être utile dans le cadre de la discussion politique.

Les éléments suivants caractérisent l'exercice libéral de la médecine dentaire.

1. L'exercice libéral de la médecine dentaire signifie en premier lieu une action ciblée individuellement sur la santé du patient. Il implique une responsabilité éthique particulière à l'égard du patient en tant qu'individu, et donc de la société.
2. Relation directe et personnelle entre le médecin-dentiste et le patient, dont découle une obligation de soin particulière, ainsi que de discrétion à l'égard des tiers. Aucun tiers n'a le droit d'intervenir dans cette relation directe existant entre le médecin-dentiste et le patient.
3. Indépendance économique avec les droits et les risques impliqués. Entière responsabilité pour l'entreprise que constitue le cabinet dentaire.
4. Engagement de la propre responsabilité du propriétaire du cabinet pour celui-ci. Pas de propriétaires de cabinets étrangers à la profession. Fourniture d'une prestation personnelle de service ou d'aide. La délégation de l'ensemble des prestations à des tiers est exclue.
5. Indépendance professionnelle, liberté de traitement.
6. Autocontrôle des personnes appartenant à la profession. Esprit de qualité, collégialité, d'où droit et éthique propres à la profession. Représentations professionnelles indépendantes de toute influence de l'Etat.
7. Liberté du citoyen de solliciter les prestations du médecin-dentiste selon son propre choix. Libre choix du mé-

decin-dentiste, prise en charge de sa propre hygiène buccale par le patient.

8. Le médecin-dentiste doit disposer d'une formation universitaire et justifier d'une qualification en conformité avec l'évolution scientifique.

Concernant 2: Exercice de la médecine dentaire dans un cadre institutionnel, libre choix du médecin-dentiste

L'exercice libéral en cabinet dentaire privé, indépendant sur le plan économique (cabinet individuel ou de groupe) est le mode le mieux adapté pour dispenser les soins dentaires à la population. Le ou les médecins-dentistes doivent être propriétaires de leur cabinet et en assumer la responsabilité économique. Les formes de financement par apport de tiers (SA, sociétés de capitaux) sont à rejeter au même titre que les dispensaires/polycliniques financés par l'Etat ou les caisses maladie. Les cliniques dentaires universitaires n'ont aucune mission en matière de soins dentaires (à l'exception d'une mission subsidiaire), leur mission principale est l'enseignement et la recherche.

Le système de soins dentaires doit être ouvert à tous les médecins-dentistes. Les Etats d'Europe doivent veiller, par le biais d'une politique de formation ciblée, à ce qu'il existe un nombre de médecins-dentistes correspondant aux besoins.

Tout patient doit avoir libre accès au médecin-dentiste de son choix, le libre choix du médecin-dentiste doit être assuré.

Concernant 3: Liberté de traitement, relation directe entre médecin-dentiste et patient

La formation attestée du médecin-dentiste et l'engagement de sa responsabilité professionnelle confèrent au médecin-dentiste une entière liberté de traitement. Le médecin-dentiste doit assumer seul la responsabilité de tous les secteurs des soins dentaires en adaptant le traitement adéquat, individuellement et dans un souci de qualité, aux problèmes, aux besoins et souhaits objectifs du patient. Aucun tiers, qu'il s'agisse de caisses de maladie ou d'administrations publiques, ne doit intervenir dans cette relation directe entre le médecin-dentiste et le patient. Cette condition est indispensable au renforcement de l'efficacité, de la qualité et de la prise en charge personnelle de la santé buccale par le patient, ainsi qu'à la transparence de la fourniture des prestations.

Concernant 4: Compétence du médecin-dentiste et de ses collaborateurs/monopole du traitement

L'exercice de la médecine dentaire est réservé exclusivement aux médecins-dentistes. Lorsque les statuts de la profession et/ou la législation permettent le transfert de prestations partielles, relevant des soins dentaires, à des personnels auxiliaires disposant de la formation requise, ce transfert s'effectue sous l'entière et unique responsabilité du médecin-dentiste. Toute activité autonome, au niveau dentaire, des personnels auxiliaires (techniciens dentaires ou spécialistes de l'hygiène dentaire**) est rejetée. Leur tâche consiste à assister le médecin-dentiste dans l'exercice de son activité.

Concernant 5: Principe d'un financement solidaire des soins dentaires de base et d'un financement privé des soins dentaires complémentaires

Eu égard à la réduction des ressources financières publiques et collectives, disponibles pour les soins dentaires dans tous les pays d'Europe, il est indispensable de définir des priorités concernant la fourniture et le financement des prestations dans le cadre de l'assurance maladie, fonctionnant selon le principe de la solidarité. La médecine dentaire est un secteur dans lequel il est particulièrement facile de dissocier les soins de base des soins complémentaires. L'éventail des prestations relevant des soins de base peut d'ailleurs être défini différemment dans les différents pays. Le concept des soins de base convient particulièrement à la médecine dentaire. En effet, contrairement à la médecine, la prophylaxie y exerce une influence prouvée et fiable, et les prestations de soins dentaires peuvent être

fournies à des niveaux de coûts et d'exigences très variables sans pour autant que la fonctionnalité de ces soins ne varie. Dans la médecine dentaire, une plus grande liberté s'avère possible et nécessaire dans la relation avec le patient. L'Etat ou l'organisme de solidarité doit assumer ses obligations sociales concernant les soins de base. Tout soin dépassant ce cadre relève de la relation entre le médecin-dentiste et le patient. Seuls les soins de base peuvent être proposés à des prix fixes et calculés selon des règles de gestion commerciale alors que la partie complémentaire est proposée à des prix libres, conformes à la situation du marché (et à des tarifs éventuellement fournis à titre d'orientation par les fédérations de médecine dentaire).

Concernant 6: Principe de l'assurance sociale

En matière de financement des soins dentaires de base, on privilégie le principe de l'assurance sociale à celui du financement général par les recettes de l'impôt, parce qu'il permet d'établir un rapport direct entre les prestations de l'assuré et les contre-prestations du système d'assurance sociale. Ceci favorise la prise de conscience du problème des coûts par les assurés et confère plus de transparence aux prestations. Dans le cadre d'un système d'assurance, l'assuré dispose d'un droit toujours calculable à une contre-prestation. Les sommes dépensées par l'assuré sont soustraites à tout accès de l'Etat, de telle sorte qu'elles ne peuvent être consacrées à d'autres prestations. L'Etat ne peut pas non plus imposer au système d'assurance des prestations autres que des prestations d'assurance, il est tenu de financer les dépenses effectuées dans l'intérêt de la communauté hors du cadre de l'organisme de solidarité particulier qu'est l'assurance sociale, et ce à partir des recettes de l'impôt. Une organisation prévoyant une assurance maladie publique et une assurance maladie privée est estimée adéquate. Seul le financement de prestations absolument nécessaires au rétablissement de l'état de santé de l'assuré doit être imputé à l'organisme de solidarité régi par la loi. Les prestations dépassant ce cadre doivent être assurées ou payées par le patient conformément à sa décision personnelle et à ses moyens financiers.

La jurisprudence actuelle de la Cour de Justice Européenne fait observer qu'indépendamment de l'organisation et du financement de son système national, le patient a droit au remboursement des frais de traitement à l'étranger. Un système de santé européen libéralisé doit permettre la mise en œuvre de ce droit du patient à consulter un médecin-dentiste de son choix en Europe, et assurer de même l'égalité des chances entre médecins-dentistes afin qu'ils puissent, dans le cadre de la concurrence, proposer leurs prestations de services à tout patient, quelle que soit sa nationalité européenne.

Concernant 7: Principe de l'autogestion

Chaque Etat doit, dans les limites d'un cadre juridique légal libéral qu'il a lui-même défini, et d'un contrôle juridique général, laisser aux médecins-dentistes et aux organismes d'assurance l'organisation, l'aménagement et la gestion du système de soins dentaires.

L'égalité des droits des médecins-dentistes et des organismes d'assurance doit être assurée dans le cadre de l'exécution des tâches d'autogestion, afin qu'ils puissent élaborer des solutions conformes au marché.

Conclusion: Ligne commune pour l'exercice libéral de la médecine dentaire en Europe – Mise en pratique et réalité politique

Au sein de l'Organisation Régionale Européenne de la FDI et du Comité dentaire de liaison de l'U.E., des stratégies et des concepts doivent être élaborés pour permettre la mise en pratique commune des «principes de l'exercice libéral de la médecine dentaire en Europe» au niveau de la politique de la santé. Dans ce contexte, les décisions prises à la majorité au sein de l'Organisation Régionale Européenne de la FDI et du Comité dentaire de liaison de l'U.E. sont conformes aux statuts et démocratiques. La mise en œuvre doit s'effectuer en collaboration avec les organisations nationales, tant au niveau politique – national et européen – qu'à celui des relations publiques et des médias.

session de la ERO-FDI de Bled (Slovénie), les 7 et 8 mai 1999 par 18 voix contre 10. C'est la première fois que la ERO-FDI se dote d'une base clairement définie pour sa politique professionnelle. Ce groupe de travail désire poursuivre son activité et diffuser effectivement le concept libéral de l'exercice de la profession de médecin-dentiste dans chacun des pays. Ce projet relevant d'une politique strictement professionnelle a, me semble-t-il, une grande importance pour la Suisse aussi.

Y a-t-il aussi des questions auxquelles la ERO-FDI s'attache moins?

Il est évident que nous nous occupons trop peu des questions de perfectionnement et de formation continue. Pendant mon mandat, qui s'achèvera dans deux ans, nous ne les traiterons malheureusement pas en priorité. Aux questions mentionnées se rattache celle de l'assurance de la qualité. La SSO a eu le très grand mérite d'oser aborder ce sujet brûlant lors de l'IFW 99. Tous les médecins-dentistes d'Europe en effet attendent avec impatience l'issue de l'IFW pour connaître les standards exigés d'eux. Nous voulons traiter au congrès de Mexico de la FDI, en août de cette année, le thème



Le président ERO-FDI, D^r Peter Müller-Boschung (Berne) entouré de Marion Bader (secrétariat général, Cologne) et D^r Eduard Cimbura, secrétaire général (Prague)

de l'assurance de la qualité dans un «Forum ouvert de l'Europe», et nous serions reconnaissants à la SSO de fournir un rapporteur.

Qu'est-ce que la ERO-FDI a obtenu jusqu'ici pour les médecins-dentistes d'Europe?

La ERO-FDI a adopté, dans les années 90 principalement, toute une série de réso-

lutions et de déclarations de principe (voir tableau). Or la ERO-FDI n'a pas d'influence directe sur les législations nationales. Il incombe donc aux organisations professionnelles de médecins-dentistes de chaque pays de faire respecter dans leur législation nationale les principes généraux adoptés par l'organisation européenne des médecins-dentistes.

Qu'est-ce que la ERO-FDI a obtenu jusqu'ici pour les médecins-dentistes suisses?

La question est posée de façon un peu étrange. La Suisse a un caractère exemplaire à plus d'un égard – et le professeur suisse Hans Freihofer comptait d'ailleurs parmi les fondateurs de la ERO-FDI! – et elle se situe au stade auquel la ERO-FDI aimerait parvenir. La Suisse a montré comment une évolution sereine et s'étendant sur des décennies peut engendrer un bon système de soins dentaires. Elle a également montré comment la combinaison de la prophylaxie collective et individuelle avec une sécurité sociale se fondant sur des données scientifiques et prenant à sa charge les dommages inévitables et graves de l'appareil masticateur, aboutit à un résultat optimal. La ERO-FDI s'efforce de diffuser et d'introduire à l'échelon européen de tels éléments dans la pratique de l'art dentaire. En cas de réussite, ce sera très positif pour les médecins-dentistes suisses, car ils n'auront plus à combattre n'importe quelles conceptions erronées que dément la pratique. Les principes déjà mentionnés concernant la libéralisation de la médecine dentaire en Europe (voir p. 667) reflètent dans une large mesure la position de la SSO, et ils sont aussi très valables pour la Suisse.

Vue d'ensemble des résolutions et des déclarations de principe de l'ERO

Résolutions	Année	Lieu	Thème
1.	1982	Copenhague	Soins dentaires aux handicapés
2.	1984	Helsinki	Capacités en médecine dentaire en Europe
3.	1985	Nice	Capacités en médecine dentaire en Europe
4.	1987	Scheveningen	Principes fondamentaux des soins dentaires de l'avenir
5.	1988	Salzbourg	Techniciens dentaires
6.	1990	Corfou	Niveau de qualification professionnelle
7.	1990	Singapour	Personnel dentaire auxiliaire
8.	1993	Zurich	Garantie
9.	1994	Budapest	Niveau du diplôme de médecine dentaire
10.	1994	Budapest	Amalgame
11.	1994	Vancouver	Déréglementation de la législation sur les tarifs des soins dentaires
12.	1995	Malte	Danger des sources de rayonnement
13.	1995	Malte	Protection des fichiers personnels
14.	1995	Malte	Objectifs de l'OMS jusqu'en 2010
15.	1996	Orlando	Limitation des admissions aux études de médecin-dentiste
16.	1999	Bled	Compétences des personnels dentaires auxiliaires
17.	1999	Bled	Concurrence dans les soins dentaires
18.	1999	Bled	Politique de la santé
Principes			
1.	1991	Francfort/Main	Système européen de santé
2.	1994	Budapest	Assurance qualité
3.	1995	Malte	Complément assurance qualité
4.	1999	Bled	Exercice libéral de la médecine dentaire en Europe

Comment s'orienteront les développements futurs de l'UE dans le domaine de la médecine dentaire, tant au point de vue de la formation, du perfectionnement et de la formation continue qu'à celui de l'assurance-maladie?

La directive 78 des médecins-dentistes est en cours de révision. Or les autorités de l'UE n'accordent manifestement pas une grande priorité à ce travail de révision, et personne ne sait donc exactement où en sont les choses ni ce qui doit être vraiment changé. Quant aux systèmes de sécurité sociale et à l'assurance-maladie par voie de conséquence, tous s'accordent à dire qu'une unification serait impossible. En revanche, les systèmes de sécurité sociale doivent devenir en quelque sorte «perméables». C'est ce qui ressort aussi d'un jugement de la Cour européenne de justice, selon lequel l'assurance-maladie allemande était tenue de payer le traitement (peu urgent) suivi par un citoyen allemand au Luxembourg.

Une question personnelle pour finir: qu'est-ce qui vous plaît le plus dans la présidence de la ERO-FDI?

C'est, d'une part, un enrichissement incroyable d'apprendre et d'étudier les oppositions et les points communs dans l'exercice de sa profession en menant un travail constructif avec des collègues. D'autre part, une exigence considérable nous attend avant de parvenir à formuler, sur le «grand chantier européen», des principes applicables à l'exercice de la médecine dentaire. A nous, les médecins-dentistes suisses, notre expérience remontant à des décennies nous a appris à développer une médecine dentaire axée sur la prophylaxie, et nous savons également combien il suffit de peu de chose pour qu'un tel projet échoue. Ces expériences vécues par la Suisse m'engagent à veiller, en tant que président de la ERO-FDI, à ce que toute l'Europe puisse en profiter, quand elle le voudra. ■

mutuelle des diplômes, prévue par le traité de libre circulation des personnes, permettra à l'avenir aux médecins-dentistes de l'Union Européenne d'exercer leur profession de manière indépendante, ainsi qu'aux étudiants et étudiantes suisses diplômés, de travailler également dans les pays membres de l'U.E. Cette ouverture réciproque des frontières dans le domaine des professions médicales offre donc l'opportunité d'exploiter et d'entretenir les contacts professionnels et scientifiques existant entre l'U.E. et la Suisse, a expliqué la Présidente de la Confédération, Ruth Dreifuss, dans son allocution.

Pas de compliance sans communication

Selon la conseillère d'Etat, Verena Diener, la Suisse dispose d'un excellent réseau de soins dentaires. Les résultats obtenus au terme de nombreuses années d'efforts prophylaxie, la médecine dentaire de haute technicité, ainsi que le projet «Quality 99» mis en œuvre par la Société Suisse d'Odonto-stomatologie sont des exemples caractéristiques de cette réalité de la «santé buccale». Pourtant, il existe, aujourd'hui encore en Suisse, des personnes qui n'ont pas accès à cette médecine dentaire high-end. C'est un fait, cette médecine dépasse les possibilités financières et personnelles de certains, par exemple, des toxicomanes, des marginaux, des parents isolés, mais également des immigrés issus de cultures étrangères. Ils sont tous confrontés à d'autres problèmes que ceux de l'hygiène dentaire au quotidien et des contrôles réguliers auprès de leur médecin-dentiste ou de leur spécialiste de l'hygiène dentaire. Pour eux, la question de l'hygiène buccale ne se pose plus ou ne s'est jamais posée. Il est donc urgent d'agir sans trop espérer de collaboration raisonnable ni de pronostic positif. Pour être bien comprise et correctement menée à bien, l'aide apportée en matière dentaire exige une communication active entre les participants. L'étape la plus importante réside dans une information permanente de la population résidentielle sur les prestations de médecine dentaire et sur les centres de compétence où peut s'effectuer la prise de contact.

Une tâche complexe et difficile

De l'opinion de Verena Diener, ce serait se tromper de voie que de mettre en œuvre des aides uniquement financières et de poser de belles obturations sur une dentition mal soignée, ou de financer

CONGRÈS/ JOURNÉES SCIENTIFIQUES



Réunion de printemps du Council of European Chief Dental Officers (CECDO) du 6 au 9 mai 1999 à Zurich

Anna-Christina Zysset

Cette réunion a rassemblé 26 médecins-chefs européens et quelque 30 invités des milieux universitaires, de l'industrie et de l'administration à Zurich. Au programme figuraient des exposés sur la médecine dentaire préventive, sur le remplacement progressif de l'amalgame en tant que matériau d'obturation, ainsi que la présentation du concept d'assurance qualité, intitulé «Qualité 99», de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO). Un symposium était consacré au décret sur les produits médicaux et aux systèmes d'obturation de médecine dentaire. Ce congrès a été inauguré par la présidente de la Confédération, Madame Ruth Dreifuss. Le discours de banquet a été tenu par la conseillère d'Etat, Madame Verena Diener.

Du 6 au 9 mai 1999, des médecins-chefs de l'U.E. et des observateurs venus des autres états européens ainsi que d'Israël ont procédé à des échanges de connaissances à Zurich. En raison du transfert de l'Ordre des médecins-dentistes allemands de Cologne à Bonn, l'Allemagne n'a pu assumer ses obligations de pays-hôte. C'est ainsi que la Suisse a pu accueillir le congrès d'une organisation de l'U.E.

«Health for all»

L'accès aux soins de santé, pour tous, est une question qui dépasse le cadre des frontières. La médecine dentaire fait partie intégrante d'une vaste politique sani-

taire axée sur les 21 objectifs du XXI^e siècle fixés par le concept «Health for all». Ce concept de l'OMS, défini pour l'Europe, établit la santé comme un droit fondamental. L'engagement puissant et durable a d'ores et déjà conduit à une amélioration remarquable de la santé dentaire au sein de l'Union Européenne et d'autres pays.

Reconnaissance mutuelle des diplômes

La Suisse est intéressée par un échange de points de vue avec ses partenaires européens dont elle souhaite mettre à profit les expériences. La reconnaissance



Le Conseil des médecins-dentistes d'Etat lors de leur congrès à Zurich du 6 au 9 mai

des soins dentaires de troisième choix dans le cadre d'une aide sociale mal comprise parce que les moyens financiers sont insuffisants. Des actions de ce type n'ont aucun fondement professionnel ni éthique.

Si nous souhaitons apporter une aide à ces personnes, il nous faut assumer une mission plus complexe et plus difficile, estime la directrice du département de la santé de Zurich.

- Nous devons tout d'abord apprendre à parler et à communiquer avec ces personnes.
- Nous devons les comprendre et les accepter, de même que leurs valeurs culturelles.
- Nous devons ensuite, individuellement, leur faire comprendre que la perte des dents et les douleurs dentaires ne sont ni le fait du sort ni un phénomène naturel, et que chacun peut contribuer pour une large part à sa propre santé buccale.
- C'est dans ces conditions uniquement que nous pouvons espérer obtenir des résultats positifs dans le cadre des restaurations dentaires.

The Medical Devices Directive

La Medical Devices Directive et son homologue suisse, le décret sur les produits médicaux n'ont pas été conçus spécialement pour la médecine dentaire. Ils exercent toutefois une influence considérable sur la pratique de la médecine et de la chirurgie dentaire, et entraînent un supplément de tâches bureaucratiques. C'est un fait dont la plupart des médecins-dentistes n'ont pas encore conscience à l'heure actuelle, estime Werner Fischer, médecin-dentiste cantonal et médecin généraliste de Zurich. A quelques exceptions près, les informations fournies par les fabricants sont généralement insuffisantes. Elles proviennent de toute évi-

dence des départements marketing, et non des départements recherche et développement. En Europe, il est difficile d'obtenir des éléments permettant une comparaison neutre entre produits, comme c'est le cas pour les biens de consommation. Il n'est donc pas étonnant que les praticiens expérimentés se montrent plutôt réservés à l'égard des nouveaux produits. Ce sont surtout ceux qui débudent dans la profession qui ont besoin de produits nouveaux. Cette situation n'est favorable ni à l'industrie ni à la profession ni aux patients.

Ce n'est pas d'innovations permanentes dont les médecins-dentistes ont un besoin urgent, mais de produits faisant leurs preuves à long terme, de produits dont le développement et l'évaluation s'étendent sur plusieurs années, au minimum sur une période de cinq ans. Nous avons en outre besoin, en plus grand nombre, de déclarations de produits de conception nouvelle. Et nous souhaiterions par ailleurs de l'aide pour savoir comment obtenir, dans la pratique, une confirmation sérieuse et continue concernant nos systèmes d'obturation intra-buccaux. Nos patients désirent des obturations adhésives fiables et des prothèses qui tiennent au minimum dix ans. Pour le praticien, l'utilisation correcte et sûre d'un système d'obturation requiert beaucoup plus de données et de spécifications de la part des fabricants, entre autres:

- de données concernant le produit (brève description du produit, date de fabrication, de vente et de péremption);
- de données techniques (en nombre plus réduit qu'aujourd'hui, en revanche de plus d'indications sur la puissance des lampes à polymériser, par exemple);
- de données chimiques (risques pour l'utilisateur, principaux composants, composants hydrosolubles, incompatibilité de matériaux).

Ce qui manque aujourd'hui encore pour une large part, ce sont des informations médicales, toxicité à l'égard des cultures cellulaires, potentiel allergisant et sensibilisant, par exemple. L'adresse de l'entreprise assumant la responsabilité du fait du produit devrait par ailleurs être clairement indiquée.

L'objectif à moyen terme devrait être la mise au point de lignes de produits complètes par un même fabricant.

European Committee for Standardization (CEN)

Le premier objectif d'une normalisation européenne est l'échange de biens et de prestations de services grâce à la suppression des entraves techniques au commerce. Trois organismes sont chargés de la planification, du développement et de l'acceptation des standards européens: l'European Committee for Standardization (CEN), l'European Committee for Electrotechnical Standardization (CENELEC) et l'European Telecommunications Standards Institute (ETSI).

CEN/TC 55

Fondé en 1973, le CEN/TC 55 a pour principal objectif d'obtenir, par l'élaboration de standards, une harmonisation garantissant une utilisation sûre et adéquate des équipements médicaux. Le travail du TC 55 présente un intérêt considérable pour tous les intervenants du secteur médico-dentaire.

Aujourd'hui, l'intérêt tant du public que des médias et des politiques est focalisé sur l'assurance qualité des soins médicaux et la sécurité du patient.

Surveillance de l'application du décret sur les produits médicaux

En Suisse, cette surveillance est assurée par les administrations sanitaires cantonales, ainsi que par l'Office fédéral de la santé publique. En cas d'incidents, survenus ou évités, elle l'est par le biais d'un formulaire de déclaration établi par le responsable de la mise en circulation du produit (distributeur et fabricant). Le projet de la nouvelle Loi sur les médicaments prévoit que tout utilisateur de remèdes (médicaments ou produits médicaux) doit effectuer une déclaration des incidents, survenus ou évités, directement auprès de l'institut qui va être créé à cet effet (dénomination actuelle: Institut suisse des médicaments). Il est donc important que les utilisateurs déclarent tout incident éventuel à leur fournisseur. En comparaison avec d'autres pays, il est, de toute évidence, peu fait usage de ces déclarations en Suisse. ■

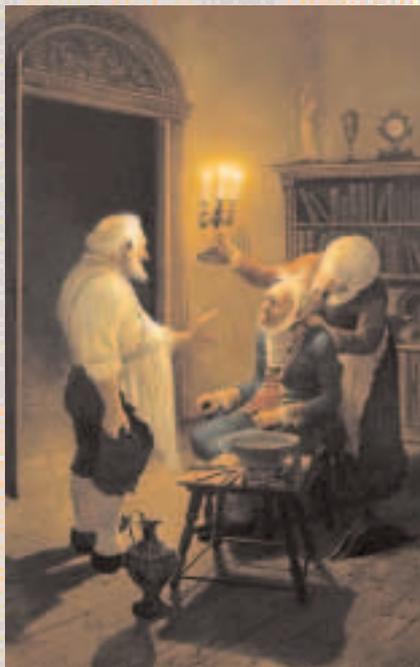
Gabor Vida

«L'opération dentaire de nuit»

Mirjam Neumeiser (Bonn)

Qui ne connaît cette situation? On repousse pendant des semaines une visite chez le médecin-dentiste nécessaire depuis longtemps déjà, et alors de violentes douleurs nous assaillent au milieu de la nuit. Qui nous secourra?

C'est bien ce qui arrive, dans ce tableau, à un homme allant trouver un médecin à une heure tardive. En proie à un violent mal de dents, il est assis dans un fauteuil, son bicorne est posé par terre près de lui. Les autres vêtements du malade caractérisent la mode de 1800: calotte serrée au genou et manteau à larges parements dorés laissant apparaître des manchettes de dentelle blanche. D'un air souffrant le malade lève son regard vers le médecin-dentiste debout en face de lui. Ce dernier étend la main gauche en un geste rassurant; un large sourire éclaire son visage, vu de profil. L'arracheur de dents porte, sur sa chemise blanche aux manches retroussées, un tablier également blanc qui souligne plus qu'il ne cache son ventre rebondi. Il tient de la main droite une pince à arracher les dents. D'autres instruments sont à disposition sur une table basse en bois. La scène est éclairée par un chandelier apporté par une servante. Celle-ci se tient derrière le patient



Huile sur bois, 48×40 cm, signée en bas à droite: «VIDA GABOR». Provenance: Galerie Teutschbein, Francfort-sur-le-Main

et, pour le tranquilliser, lui pose la main gauche sur l'épaule. Elle essaie manifestement de dissiper sa peur par des paroles consolatrices ou encourageantes. Non seulement le choix des costumes, mais encore la conception à la fois anecdotique et satirique de cette scène rattache Gabor Vida, né à Budapest le 24 janvier 1937, à la tradition de la peinture de genre du XIX^e siècle. Il signale et renforce en même temps avec un esprit mordant les éléments comiques de la situation. Il a rendu avec un soin particulier les traits du malade déformés par la souffrance et soulignés par le linge blanc entourant sa tête. Ce linge et le regard anxieux du patient accentuent l'impression de profond désarroi en complète contradiction avec sa tenue élégante. Le visage du médecin est également chargé pour la caricature. Bien qu'on ne l'aperçoive que de profil, ses traits se détachent de l'arrière-plan sombre de façon saisissante. Il a l'œil plissé par un clignement rusé, tandis qu'un large sourire découvre sa bouche édentée. Le nez puissant, la chevelure ébouriffée et un peu clairsemée et la barbiche touffue se profilent d'autant mieux sur l'arrière-fond obscur. La contradiction entre le geste mesuré de la main gauche et la main droite prête à se refermer fortement sur la pince crée une tension supplémentaire. Les trois personnes du groupe communiquent par gestes. Mais le patient réagit moins par la tranquillité que par la peur aux explications du médecin et à sa main gesticulante. En conséquence la servante cherche à le consoler en tournant son attention vers lui.

La lumière souligne le lien attachant les trois personnages. En se servant du modeste foyer lumineux émanant des trois bougies, le peintre réussit à grouper les personnages et dans le même temps à les tirer de l'ombre environnante. Cet éclairage artificiel crée une atmosphère particulière. Celle-ci se dégage des ombres projetées et du chaud coloris mordoré produit par la lumière de la chandelle. Vida s'est montré particulièrement attentif au rendu des reflets et des effets d'ombre. La cruche en étain par terre en est la

preuve saisissante: le rayon de lumière qui tombe sur elle est brisé plusieurs fois par les ciselures faites avec art, alors que la surface métallique brillante de la partie supérieure renvoie un reflet, cru, vif et des éclairs de lumière. Même les plus petits détails sont révélés par le passage de la lumière: ainsi par exemple les instruments dentaires scintillent dans cet éclairage qui produit de nombreux reflets à l'arrière-plan sur les inscriptions dorées des reliures des livres et sur les coupes. En effet le foyer de lumière permet au spectateur de déduire facilement ce qui se passe, car il dirige son regard vers les endroits du tableau importants pour comprendre l'histoire. Les visages des acteurs de la scène sont particulièrement bien éclairés, si bien que cette concentration de la lumière souligne singulièrement leur mimique.

Le contenu moral des tableaux de genre, déterminant au XVII^e siècle, s'estompé avec le temps et n'apparaît plus dans ce tableau. De plus, les motifs caractéristiques de l'iconographie du charlatan manquent ici. Le discrédit dans lequel était tombée la profession d'arracheur de dents se déduit aussi des représentations nocturnes que l'on trouve au XVII^e siècle dans la peinture hollandaise. Au XVI^e siècle déjà, la nuit passait pour le temps du vice, de la débauche et de la mystification. Or Vida n'interprète plus ainsi la nuit; il a choisi l'heure nocturne avec le seul objectif d'accroître l'atmosphère dramatique et d'apporter un élément narratif supplémentaire. Il s'intéresse seulement aux éléments anecdotiques et comiques de la situation qu'il caricature au point d'en donner une satire. En même temps Vida prouve, dans la finesse de sa peinture, son habileté à rendre les effets de lumière. Le tableau de genre perd donc son rôle éducatif pour développer à la place son contenu anecdotique.

Les personnes intéressées par cette œuvre en obtiendront, à un prix modique, la reproduction grandeur nature, sous la forme d'une lithographie offset en quadrichromie. Prière d'adresser vos demandes d'information et vos commandes à:
BonaDent S. à r. l., Berner Strasse 28,
D-60437 Francfort/M.
Téléphone 0049 69 507 40 85
Téléfax 0049 69 507 38 62
Internet: <http://www.bonadent.de> (à voir aussi: la Petite Galerie «BonaDent-ART».)
E-mail: bonadent@-online.de

REVUES



Médecine dentaire légale

Ford G S: Operation persistence – the Canadian forces dental services support of the Swissair flight 111 crash.

ASFO News, 18, 1: 4–8, 1999

Le soir du mercredi 2 septembre 1998 vers 22 h 30, l'avion du vol Swissair 111 s'écrasait à la verticale dans la mer au large de la Nouvelle Ecosse, provoquant la mort instantanée des 229 passagers dont 11 membres d'équipage qui se trouvaient à bord. La force de l'impact (plus de 700 km/h), sa localisation à une dizaine de km au large des côtes, les eaux houleuses à une température de 1 °C et le site des débris (150 m de profondeur) ne permirent d'identifier visuellement que 2 cadavres, l'un entier, l'autre grâce à des tatouages spécifiques.

Le médecin légiste en chef de la Nouvelle Ecosse dut recourir à d'autres moyens d'identification: le test ADN, les empreintes digitales, l'état de santé (prothèses de hanche, etc.), des cicatrices reconnaissables, des tatouages et l'odontostomatologie médico-légale.

Les autorités policières, militaires et les forces locales se mirent immédiatement à l'œuvre pour récupérer les débris du désastre. Le 3 septembre, le service des forces canadiennes médico-dentaires entraient en action. Cette équipe comprenait 15 officiers médecins-dentistes dont 9 avaient suivi un entraînement forensique, 22 assistants, 2 caravanes dentaires, 2 appareils de radiographies portables, 16 négatoscopes et du matériel d'entretien. Une partie de cet équipement provenait d'hôpitaux régionaux et d'un dépôt dentaire local.

Les recherches s'étendirent sur une période allant du 5 septembre au 31 octobre. Le 30 novembre, 80% des vestiges de la catastrophe avaient été récupérés et la plupart des restes humains identifiés (222 identifications positives dont 105 identifiées par la médecine dentaire).

La cause du désastre demeurait encore inconnue bien que la plupart des spécialistes l'attribuaient à un défaut de l'isolation au kapton.

Tous les passagers et les membres

d'équipage furent identifiés avant la fin du mois de novembre.

Le site de récupération comprenait un hangar destiné au rassemblement des débris de l'appareil et un hangar réservé à la morgue et aux identifications.

L'unité d'identification prenait en charge le support logistique, les photographies médicales et dentaires (film et digitalisation), la dactyloscopie, le test ADN, la radiologie médicale prenant des films de tous les débris humains identifiables, les effets personnels (passeports, médicaments, photographies de famille, etc.), des équipes de soutien psychologique pour les intervenants soumis à une période de stress intense.

La section d'odontologie médico-légale était formée d'une cellule de commandement, d'une cellule d'analyse postmortem, d'une équipe rassemblant les données odontologiques et radiologiques, d'une cellule antemortem et d'une cellule de comparaison qui utilisait à la fois un programme informatique et l'analyse classique.

L'adoption immédiate d'une unité de doctrine dans la gestion des opérations permit de fournir les premières identifications positives dans les 48 premières heures.

La collection des données antemortem rassemblait les odontogrammes et des radiographies, des radiographies seules de qualités variées, des odontogrammes partiels, des notes cliniques. Certaines données reçues ne comportaient aucune information utilisable.

Tous les débris humains identifiables furent examinés afin de déterminer s'ils cachaient des fragments inclus de maxillaires, de dents ou de prothèses.

Au cours des opérations, l'identification d'une famille souleva quelques problèmes. Le père bénéficiait d'un status radiographique antemortem complet tandis que la mère ne possédait que deux radiographies rétrocoronaires. Les deux enfants adolescents n'avaient aucune radiographie. Cette difficulté fut encore aggravée par le fait que les grands parents et le reste de la parenté n'avaient pas encore pu être localisés pour procéder à un test ADN. La découverte d'un débris de maxillaire du père permit finalement de

l'identifier et de procéder ainsi au test ADN de ses enfants et de son épouse.

L'empreinte de l'intrados d'une gouttière de blanchiment récupérée sur le rivage mit en évidence la présence d'obturations observées ultérieurement sur un débris de maxillaire. La fiche de traitement de cette victime confirma aussi la confection d'une gouttière de blanchiment.

L'organisation et l'engagement de l'équipe médico-dentaire forensique permit de produire des identifications positives dans un temps record, en dépit des difficultés rencontrées.

Michel Perrier, Lausanne

Prothèse fixe

Andersson M et al.: Procera: a new way to achieve an all-ceramic crown.

Quintessence Int 5, 29: 285–296, 1998.

Depuis le début de cette décennie, la recherche s'est orientée vers la fabrication de nouvelles céramiques remplissant les qualités requises de solidité, de stabilité de teinte et de précision d'adaptation suffisantes pour être placées dans toutes les régions des arcades dentaires. Ces paramètres doivent encore inclure un rapport qualité/prix intéressant pour le patient, le médecin-dentiste et le laboratoire.

Le système Procera (Nobel Biocare), digitalement assisté, permet de confectionner une couronne composée d'une chape de silice dense et d'alumine associées à une porcelaine AllCeram à basse fusion.

La dent est préparée en exécutant un chanfrein de 0,8 à 1 mm de profondeur pourvu de contours arrondis exempts d'angles vifs. La réduction oclusale atteint au moins 2 mm pour faciliter les critères esthétiques et garantir une épaisseur suffisante de matériau. Les boxes proximaux sont à éviter. Les concavités interproximales parfois inévitables des prémolaires et molaires doivent présenter des angles arrondis.

La finition est assurée par des fraises diamantées à grain ultrafin pour optimiser la lecture digitale lors de l'enregistrement par scanner.

La prise d'empreinte se pratique selon les techniques habituelles. La carotte est ensuite retirée du modèle en plâtre pour être soumise à la lecture tridimensionnelle par une sonde de saphir qui, en 3 minutes, effectue environ 50000 mesures grâce à une suite de rotations circumférentielles de 360 degrés.

La continuité du résultat est alors contrôlée sur un écran d'ordinateur. La ligne de

finition apparaissant sur l'écran est marquée par un opérateur à chaque 5 degrés de rotation de la préparation présentée en coupe.

L'étape suivante crée un forfait modifiable de 600 microns d'épaisseur de chape. Un algorithme digital détermine l'angle d'émergence de cette chape et l'espace nécessaire au ciment de scellement.

Ces données sont conservées dans l'ordinateur et transmises par modem à la station de production (Procera Sandvik AB). Cette nouvelle procédure tient compte d'une contraction d'environ 20% de la silice en élargissant le modèle nécessaire à la manufacture. Une poudre d'alumine de haute pureté est compactée contre le modèle de préparation préalablement élargi. La surface de ce dernier est ainsi moulue et soumise à la silice pour atteindre la densité souhaitée.

Le modèle est enfin contrôlé et expédié par la poste au laboratoire dentaire. Le céramiste doit parfois amincir le modèle (0,3-0,4 mm) sur certains sites afin d'optimiser le profil d'émergence et les objectifs esthétiques.

Une porcelaine spécifique (AllCeram, Ducera) dotée d'un coefficient d'expansion compatible avec celui de l'alumine est utilisée pour la céramisation. Ses propriétés fluorescentes correspondent à celles des dents naturelles et minimisent les problèmes de métamérisme.

La haute température de fusion de la chape (2050°C) assure la stabilité du modèle pendant la déposition et le chauffage de la porcelaine à sa surface. La première couche donnant la teinte initiale à la couronne est appliquée et portée à une température de 910°C. Les processus de façonnement, de caractérisation et de glaçage précèdent l'essai, les ajustements finaux et le scellement.

Des études ont confirmé l'absence de dissolution d'ions aluminium de la chape à des pH situés entre 3 et 7. Une étude clinique à long terme portant sur 5 ans n'a montré que 3,1% de fractures sur des dents postérieures. Les critères tenant compte de la surface, de la teinte, de la forme anatomique et de l'intégrité marginale se sont révélés excellents ou acceptables.

Cette technique associant la technologie informatique à l'odonto-technique débouche sur un avenir particulièrement intéressant. Bien que son application se limite encore à des couronnes unitaires, il est prévisible que des structures à plusieurs éléments puissent être envisagées dans le futur.

Michel Perrier, Lausanne

Parodontologie

Williams R C: Periodontal disease: the emergence of a new paradigm.

Comp Cont Edu Dent. 19,1: 4-10, 1998

La recherche et la compréhension des maladies parodontales ont fortement progressé au cours de ces 30 dernières années. Elles ont évolué vers de nouveaux paradigmes en rapport avec la susceptibilité, l'étiologie, la pathogenèse et le traitement des parodontites.

Dans les années 70, le modèle d'une parodontite impliquait l'accumulation de plaque menant à la formation de tartre qui induisaient l'apparition de poches avec une perte osseuse conduisant à la perte des dents. Les facteurs aggravants comprenaient le traumatisme occlusal, les facteurs naturels et iatrogènes de rétention de plaque.

Toutes les bactéries de la plaque étaient considérées comme des pathogènes, la gingivite évoluait en parodontite dont la progression était linéaire, et pratiquement tous les individus étaient susceptibles à la parodontite. Enfin, une hygiène insuffisante et l'âge constituaient des facteurs de risque majeurs.

Depuis plus de 25 ans, de nouvelles données épidémiologiques ont modifié ce modèle. La microbiologie a identifié le rôle spécifique de certaines souches bactériennes. La résistance de l'hôte a trouvé des explications. La recherche clinique a ouvert de nouvelles stratégies thérapeutiques permettant de ralentir la progression de l'affection et de reconstruire les structures parodontales. L'épidémiologie a encore permis de mesurer la distribution des parodontites dans différentes populations et d'identifier les facteurs de risque.

Au début des années septante, Løe et Silness observaient différents états de progression parodontale chez des cultivateurs de thé qui n'avaient aucune hygiène dentaire. Cette découverte pré-supposait des variations individuelles au sein de la flore pathogène ainsi que des degrés variés de susceptibilité de l'hôte. D'autres chercheurs établissaient le caractère spécifique dans l'activité de certains sites. Une étude indiquait que la prévalence de la perte d'attache était élevée puisqu'elle atteignait 2 mm par an dans certaines populations.

Une parodontite avancée, définie par une perte d'attache de 6 mm et plus sur un ou plusieurs sites affecte environ 15% de la population entre 60 et 64 ans.

Depuis une dizaine d'années, la recherche s'est penchée sur les facteurs de risque qui peuvent accroître la probabilité de l'occurrence de l'affection. Les risques innés comprennent la race, le sexe, les facteurs génétiques, les immunodéficiences congénitales, les dysfonctions phagocytaires et certains syndromes comme le syndrome de Down.

Une hygiène insuffisante, l'âge, certains médicaments, le tabagisme, des affections immunologiques acquises, des maladies endocrines acquises (diabète), le stress et des facteurs nutritionnels font partie des risques acquis ou environnementaux.

Il a été plus récemment découvert qu'une parodontite modérée non traitée présente un risque pour le bien-être et la santé, notamment au niveau des maladies cardiovasculaires, des naissances avant terme et du diabète. Le caractère contagieux des parodontites a en outre été démontré.

La pathogénicité de certaines bactéries a aussi été prouvée. Celles qui colonisent les poches actives ne sont pas les mêmes que celles qui occupent les sites inactifs.

On sait désormais que parmi les quelques 300 espèces qui colonisent une cavité buccale, seules quelques-unes sont responsables de la destruction parodontale.

Les germes associés à une gencive saine comprennent surtout des Streptocoques gram+, des Actinomyces et 15% de bâtonnets gram négatif. Le pourcentage de ces derniers augmente en présence d'une gingivite. La charge bactérienne totale augmente en cas de parodontite. Elle est en outre fortement associée au Porphyromonas gingivalis, au Bacteroides forsythus, à l'Actinobacillus actinomycetemcomitans et au Treponema denticola.

Le problème de la résistance de l'hôte s'est affiné en constatant que les prostaglandines et une interleukine étaient des médiateurs de taille dans la résorption osseuse. Les déficiences du chémotactisme neutrophilaire et de la fonction phagocytaire jouent aussi un rôle dans les parodontites avancées.

Les bactéries et leurs lipopolysaccharides traversent l'épithélium jonctionnel et parodontal pour accéder au tissu conjonctif et aux vaisseaux sanguins. Ils sont suivis par les composants sériques et sanguins qui diffusent dans le tissu conjonctif. A ce moment, les liposaccharides bactériens activent la libération de prostaglandines et d'interleukine par les monocytes et les macrophages qui, avec d'autres substances, vont dégrader le tissu collagène. Ces événements mènent aux signes cliniques de la destruction parodontale.

En matière de cicatrizzazione e di ricostruzione delle strutture, il principio di la rigenerazione tissulare guidata riposa su l'azione di cellule progenitrici emesse dal ligamento parodontale, suscettibili di rigenerare il parodonte per quanto una barriera impedisce tutta colonizzazione preliminare del sito per delle cellule epiteliali.

Plus récemment, il a été montré qu'il est possible de rétablir une attache parodontale grâce à des facteurs de croissance. De nouveaux paradigmes sont ainsi nés de l'évolution de la recherche:

1. les parodontites sont causées par des bactéries spécifiques;
2. la réponse immunoinflammatoire de

l'hôte, bien que protectrice, est responsable de la destruction tissulaire;

3. la parodontite évolue par phases de perte d'attache;
4. la susceptibilité à la parodontite varie d'un individu à l'autre;
5. des facteurs de risque innés et environnementaux contribuent à la susceptibilité d'une parodontite;
6. l'activité et les mouvements cellulaires liés à la cicatrizzazione peuvent être contrôlés.

L'application déjà possible de ces paradigmes exige encore beaucoup d'efforts de recherche épidémiologique et clinique dans les années à venir.

Michel Perrier, Lausanne

RASSEGNA MULTIMEDIALE



Evidence-based dentistry

Niederman R, Ferguson M, Rainier U, Badovinac R, Christie D, Tantraphol M, Rasool F:
Evidence-Based Esthetic Dentistry.

J Esthet Dent 5: 229-234, 1998

La «evidence-based health care» è definita come l'uso scrupoloso, chiaro ed assennato delle migliori prove disponibili nel decidere la cura dei singoli pazienti, che si concretizza nell'associazione delle migliori prove cliniche disponibili alla perizia clinica individuale. Questo metodo, proposto inizialmente alla McMaster University nell'Ontario e più recentemente alla Oxford University in Inghilterra, è noto in medicina da circa 20 anni e negli ultimi 5 anni sono apparse parecchie riviste di medicina, psichiatria ed igiene che usano la metodologia evidence-based come elemento chiave nella scelta editoriale delle pubblicazioni.

Questa metodologia comincia ora a muovere i primi passi anche nel campo dell'odontoiatria. Per esempio il Centre for Evidence-Based Dentistry della Oxford University e l'Office of Evidence-Based Dentistry della Harvard School of Dental Medicine collaborano alla pubblicazione di un nuovo journal, l'Evidence-Based Dentistry.

Gli AA. di questo articolo presentano una simulazione di pratica clinica per darne una dimostrazione pratica.

Premessa

Al Southwest Dental Meeting 1998 il D^r Brown segue alcune conferenze di esthetic dentistry. Parecchi conferenzieri concordano sul fatto che il bleaching riduce la capacità adesiva dei compositi. Non solo, ma esso aumenta anche l'infiltrazione marginale dei restauri adesivi. Al ritorno nel suo studio la prima paziente, la signora Johnson, chiede di poter sbiancare i suoi denti anteriori per pareggiare il loro colore con quello delle tre faccette che il D^r Brown aveva eseguito alcuni anni prima. Ovviamente il D^r Brown era preoccupato del fatto che il bleaching potesse causare infiltrazioni ai margini delle faccette e pertanto si affida alla metodologia evidence-based per chiarire tale problematica.

Evidence-Based Methods

La prassi seguita è stata ricavata dal testo di Sackett e coautori intitolato «Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM», e si articola nei quattro passi seguenti:

1. Formulare una domanda in 3 o 4 parti per identificare il problema in questione, l'intervento, il gruppo di paragone e il risultato.

2. Eseguire una ricerca in MEDLINE (o database analogo).
3. Valutare criticamente le prove per validità ed importanza.
4. Applicare quanto risulta di valido ed importante alla cura del paziente.

La ricerca bibliografica

La ricerca eseguita in MEDLINE sull'arco di tempo 1996-seconda settimana di luglio 1998. Gli articoli raccolti sono quindi classificati secondo le indicazioni della U.S. Agency for Health Care Policy and Research for establishing levels of evidence quality. Quest'ultima prevede una classificazione nelle seguenti categorie:

- Ia Evidenza ottenuta dalla metanalisi di prove controllate randomizzate.
- Ib Evidenza ottenuta da almeno una prova controllata randomizzata.
- Ila Evidenza ottenuta da almeno uno studio ben programmato e controllato senza randomizzazione
- Ilb Evidenza ottenuta da almeno uno studio semi-sperimentale d'altro tipo, ben programmato.
- III Evidenza ottenuta da studi non sperimentali ben programmati a carattere descrittivo, come studi comparativi, studi di correlazione e studi di controllo di casi.
- IV Evidenza ottenuta da relazioni di comitati di esperti o dall'opinione o dall'esperienza clinica di autorità reputate.

La valutazione critica

Questa si articola su tre quesiti, ognuno dei quali ha parecchi sottoquesiti:

1. I risultati dell'esperimento sono validi?
2. I risultati validi sono importanti?
3. I risultati validi ed importanti possono essere applicati alla cura del paziente?

Risultati e commenti

La domanda era stata inizialmente così formulata: «Does bleaching of bonded porcelain veneers increase marginal leakage?» I descrittori impiegati nella ricerca furono: 1) composite, 2) bonding, 3) leakage e 4) bleaching. Una prima ricerca basata sull'operatore booleano «or» ha individuato 22432 articoli per il primo termine, 9585 per il secondo, 14176 per il terzo e 95334 per il quarto. Usando l'operatore booleano «and», il numero degli articoli si ridusse a 4 (cioè solo 4 articoli contenevano tutte e quattro le parole chiave). Se poi la ricerca veniva perfezionata con l'inclusione di due ulteriori descrittori, «humans» e «randomized controlled trials», l'esito era veramente ma-

gro: un solo articolo, e precisamente «Post-operative bleaching: effect on microleakage» di G.A. Crim.

Il terzo passo era volto alla valutazione dell'articolo per determinarne la validità e l'importanza.

Riassumendo, Crim studiò l'effetto di un gel di perossido di carbamide (Rembrandt Lighten carbamide peroxide gel) sull'infiltrazione marginale di otturazioni in composito (Scotchbond 2/Silux Plus e Prisma Universal Bond/APH) di classe V in 20 denti umani estratti. Metà dei denti furono attribuiti ad uno dei due composti ed entrambe le superfici vestibolari e linguali furono trattate. Metà dei denti restaurati furono sottoposti a bleaching, mentre l'altra metà funse da controllo. Il bleaching fu eseguito per 9 giorni, tre volte al giorno, due ore alla volta. Tutti i denti furono sottoposti a 100 cicli di carico termico e la penetrazione marginale fu misurata con l'ausilio della fucsina basica. Alla domanda se l'esperimento sia da ritenere valido, la risposta è sì. Sebbene non tutti i criteri di validità siano stati rispettati. L'assegnazione dei denti ai due gruppi fu randomizzata, ma la randomizzazione non fu nascosta all'esaminatore. I gruppi sperimentali non furono

trattati egualmente: il gruppo sperimentale fu trattato con il gel sbiancante, il gruppo di controllo fu conservato in acqua invece di essere immerso in un gel senza componente sbiancante. Né emerge chiaramente dall'articolo che i due gruppi fossero simili all'inizio dell'esperimento.

L'importanza del risultato risulta dal numero di denti che necessitano di ritrattamento a causa del bleaching: tutti i denti restaurati con Prisma Universal Bond 3/APH. e la metà dei denti restaurati con Scotchbond2/Silux Plus.

La domanda finale è: l'informazione ricavata da questo esperimento può essere applicata alla cura della signora Johnson? La risposta è un chiaro no. L'oggetto di studio di Crim erano denti estratti devitali testati con fucsina basica. Il protocollo sperimentale era una simulazione in vitro, un surrogato della situazione clinica. È evidentemente difficile stabilire se questi risultati rappresentino il caso peggiore possibile o la miglior situazione possibile sul piano clinico. È vero che i risultati dell'esperimento dimostrano chiaramente che il bleaching in vitro aumenta l'infiltrazione marginale, ma sul piano clinico entra in giuoco il giudizio dell'operatore.

Commentando il lavoro gli AA. evidenziano limiti e possibilità della evidence-based clinical care. Con l'ausilio delle banche dati online e delle librerie specialistiche ogni operatore clinico è in grado di valutare l'informazione disponibile su un determinato argomento. Ciò significa che egli non deve necessariamente dipendere dall'informazione o dai parametri di cura stabiliti dalle organizzazioni professionali (!), dalle informazioni e dalla pubblicità dei fabbricanti di prodotti o dalle indicazioni delle compagnie assicurative.

Purtroppo, rilevano comunque gli AA., la qualità dell'evidenza è spesso insufficiente, come nel caso presentato. Recentemente la National Academy of Science's Institute of Medicine ha valutato che almeno il 51% della cura medica praticata negli Stati Uniti non è evidence-based. Nell'odontoiatria la situazione è probabilmente ancora peggiore, forse meno del 25%. Ciò che molti di noi non realizzano ancora, è che queste informazioni sono non solo a disposizione di tutti gli operatori clinici, ma anche di tutti coloro che al di fuori della nostra professione vogliono accedervi.

Ercole Gusberti, Lugano