

Suivi des soins dentaires scolaires – résultats de l'enquête

La Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) a reconnu très tôt les mérites de la prévention. Elle s'engage depuis plus de cent ans en faveur de la prévention de la carie chez les enfants et les adolescents. Beaucoup de choses ont été réalisées pendant ce temps, mais les progrès accomplis paraissent remis en question. Des rapports négatifs émanant des sections ont incité le Comité de la SSO à procéder à une nouvelle enquête. Nous présentons dans les lignes qui suivent les résultats de ce suivi des soins dentaires scolaires.

Rolf Hess, Chef du Département de la politique de la santé et de la politique sociale, D^r méd. dent.,
Peter Suter, Délégué de la SSO pour les soins dentaires scolaires, Sandra Küttel, Service de presse et d'information de la SSO

Soins dentaires scolaires: à quoi bon?

Le 7 mars 1886, lors de l'assemblée fondatrice de la Société suisse d'odonto-stomatologie, son père fondateur, Friedrich Wellauer, a insisté sur la mission impartie à la nouvelle organisation professionnelle: «il faut accomplir les tâches sociales et prophylactiques de la médecine dentaire.» L'élément central de ces obligations, ce sont les soins dentaires scolaires.

C'est en 1994 que la nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMal) a été introduite, et avec elle une situation nouvelle pour la médecine dentaire. D'après la LAMal, la collectivité représentée par les assurances maladie ne prend en charge les prestations de la médecine dentaire qu'en présence de graves affections non évitables du système masticatoire, ou bien lorsque un traitement est nécessaire en raison d'une grave maladie relevant de la médecine générale. Les maladies que sont la carie et la parodontite sont évitables et ne figurent donc pas au catalogue des prestations des assurances maladie, contrairement à ce qui se passe dans les pays voisins. Cette réglementation ne peut toutefois s'appliquer que parce que le corps médical de la médecine dentaire a accompli son travail de prévention au cours de ces cinquante dernières années. L'incidence de la carie a pu être continuellement et massivement réduite dans toutes les classes d'âge examinées, et avec des coûts relativement modestes. C'est là un exemple unique jusqu'à ce jour de collaboration des milieux politiques, sociaux et professionnels! Un seul franc investi dans la prophylaxie rapporte un profit de treize francs.

La santé buccodentaire grâce à la prophylaxie à l'école

Le recul de la carie constaté à ce jour ne peut toutefois s'expliquer que par la présence d'une

prophylaxie à la fois bien développée et pratiquement sans lacunes. En font partie l'emploi de dentifrices fluorés, la fluoration du sel alimentaire ainsi que l'éducation à la santé buccodentaire dans les écoles et dans les jardins d'enfants. La transmission de la technique fondamentale du brossage des dents pendant le temps de la scolarité obligatoire permet au législateur de faire la distinction entre les maladies évitables et celles qui ne le sont pas. Ainsi, à l'âge adulte, chacun est responsable du bon état de sa propre dentition.

Au cours des cent dernières années, les soins dentaires scolaires ont atteint un niveau élevé. Cependant, le statu quo semble compromis: des articles de presse, des appels pessimistes de certains défenseurs des soins dentaires scolaires commencent à dessiner une image plus sombre des soins dentaires scolaires en Suisse.

Les soins dentaires scolaires: un engagement au service du bien commun ...

Les succès obtenus forment un élément central de la politique de la santé dans notre système professionnel libéral. Ils nous procurent un instrument efficace pour repousser de fortes convoitises. Des soins dentaires scolaires forts et efficaces reposant sur des principes communs à tout le pays confortent la crédibilité de la SSO et confèrent à notre organisation professionnelle un label de qualité vis-à-vis des chercheurs d'or de la médecine dentaire, qu'ils soient d'ici ou d'ailleurs.

La SSO s'est toujours engagée résolument pour les soins dentaires scolaires. Il n'y a que peu de sujets qui se défendent aussi bien vis-à-vis du public. La médecine dentaire fait ainsi la preuve de son engagement en faveur du bien commun. Des enfants aux dents saines ne sont pas seule-

ment le fondement de la bonne santé de la population: il est avéré qu'ils soulagent ainsi le budget familial tout contribuant à la réduction des coûts généraux de la santé.

... et un instrument de profilage

Ce sont ces arguments qui ont conforté le Comité de la SSO de poursuivre résolument le renforcement des soins dentaires scolaires en tant qu'élément central de nos activités prophylactiques, et de les intégrer étroitement à notre actuelle campagne de profilage.

Il presque exactement dix ans, la SSO a fait procéder à l'état des lieux des soins dentaires scolaires par sa Commission pour la politique de la santé (CPS). À ce moment déjà, des tendances se sont avérées qui s'étendent désormais très rapidement à l'ensemble du pays. Le Professeur Thomas Marthaler a alors, sur mandat de la SSO, rédigé en tant que contre-mesure un «Guide à l'intention des communes et des médecins dentistes scolaires», ainsi qu'un bref vade-mecum à l'intention des communes. Ces deux publications et un numéro du magazine à l'intention des patients ont été remis à toutes les administrations communales. Une nouvelle édition entièrement révisée du vade-mecum a été de nouveau diffusée dans toute la Suisse en 2004.

L'évolution effrénée dans les domaines politique et social a fait que la vue d'ensemble d'alors est bientôt redevenue trouble. Malgré de nombreux appels, peu de sections ont fait connaître les changements intervenus. Ce n'est qu'en présence d'urgences extrêmes que la SSO a été appelée à pratiquer des exercices d'incendie pour tenter d'éviter les évolutions les plus négatives. Un nouvel état des lieux s'imposait. Les résultats de cette enquête sont présentés dans les lignes qui suivent.

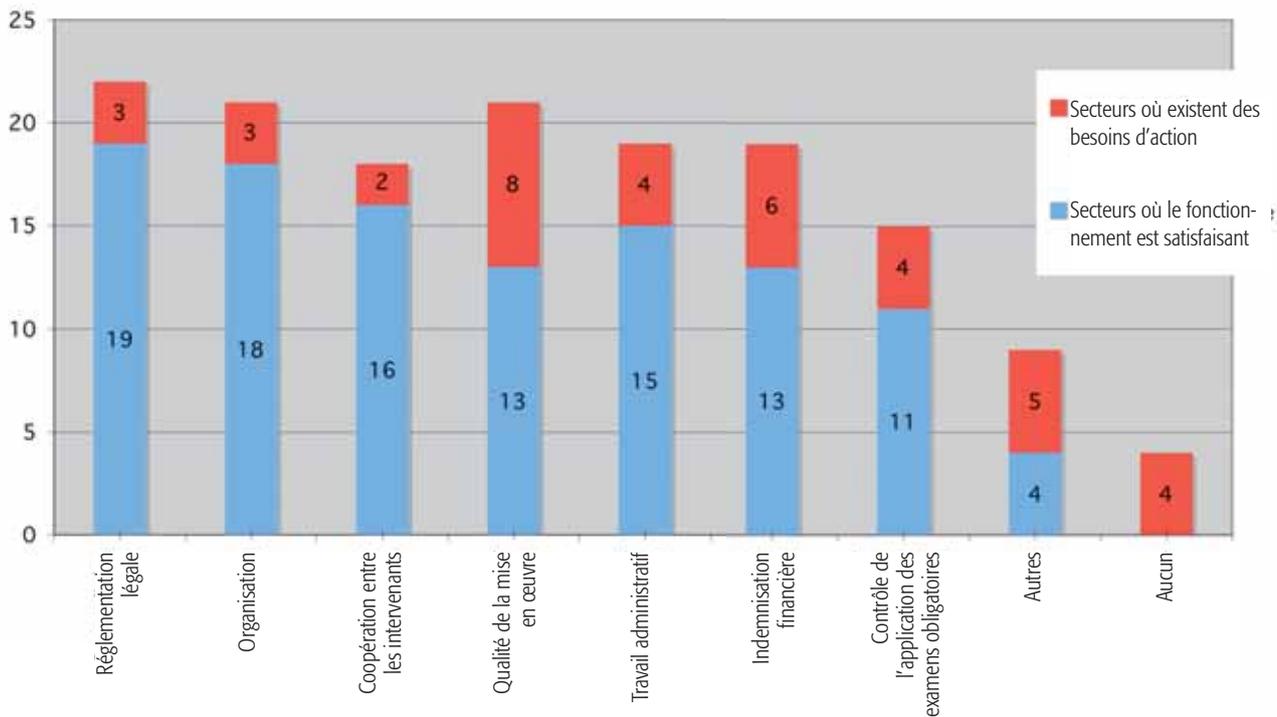
Enquête sur les soins dentaires scolaires

Un questionnaire a été remis à fin 2007 à tous les présidents des sections. Les questions s'inspiraient de celles contenues dans l'enquête auprès des membres menée à bien en 2001 par DemoSCOPE, afin de s'assurer une base de com-

paraison. Le but de l'enquête était de se procurer une vue d'ensemble sur la situation des soins dentaires scolaires du point de vue des sections intéressées. Il ne s'agissait en aucun cas de prétendre obtenir une vue objective des soins dentaires scolaires en Suisse par une étude scientifi-

que reposant sur des preuves. Les différentes constatations ne sont confortées que par des données d'échantillonnage telles que les présente le D^r Giorgio Menghini. Simultanément, la base se voit offrir la possibilité de faire état de ses préoccupations actuelles et d'exprimer ses

Etat des lieux des soins dentaires scolaires



Graphique 1: Etat des lieux des soins dentaires scolaires

avis et, bien naturellement, ses désirs également.

Toutes les sections ont participé à l'enquête, à l'exception de la Principauté du Liechtenstein. Actuellement au Liechtenstein, l'organisation des soins dentaires scolaires est à un tournant. Jusqu'à présent, le pays versait de généreuses subventions, non seulement pour la recherche, mais aussi pour le traitement. A l'avenir, la Principauté du Liechtenstein est désireuse de renforcer la prophylaxie aux dépens des mesures conservatoires.

L'«état de la nation»

La diversité suisse se reflète également dans des réponses très diversifiées figurant dans l'étude. Il est parfois difficile d'en déduire des tendances unifiées. Dans la plupart des cantons, les responsabilités des soins dentaires scolaires ont été déléguées aux communes.

Il apparaît que sept sections (SH, BS, AG, BL, VS, TG, ZH) sont dans l'ensemble satisfaites de l'état des soins scolaires chez elles (graphique 1). Dix-sept d'entre elles estiment qu'il y a besoin d'agir.

Statut des monitrices dentaires scolaires (MDS, précédemment auxiliaires en soins dentaires scolaires)

Le millier de monitrices dentaires scolaires de la SZPI actuellement en activité sont le pi-

lier porteur des soins dentaires scolaires. Ce sont elles qui transmettent de manière appropriée et avec des moyens modestes la technique correcte du brossage des dents et d'autres gestes au service d'une bonne santé buccodentaire. Les services rendus par ces femmes en leur qualité de personnages clés des soins dentaires scolaires pour ces quarante dernières années sont incontestés dans les sections. Une bonne moitié des monitrices dentaires scolaires disposent d'une formation en qualité d'assistante dentaire. L'autre moitié provient de professions sans arrière-plan de médecine dentaire. Ce n'est que dans cinq cantons ou sections que les MDS semblent ne jouer qu'un rôle secondaire. La Ville de Bâle par exemple recourt à des assistantes en prophylaxie. L'engagement des MDS est aussi diversifié que les soins dentaires scolaires eux-mêmes. Chaque commune a sa solution propre et finance le recours aux MDS. Leur rôle est particulièrement peu clair en Suisse romande. Il semble que dans cette région et en raison de la frontière des langues (la formation se fait à Zurich en langue allemande) les cantons aient pratiqué d'autres approches. Mais là aussi, les soins dentaires scolaires ont atteint un niveau satisfaisant. Notre confrère Ciucchi nous renseigne à ce sujet.

Où la chatte a-t-elle mal au pied? Transfert des tâches du canton aux communes

Dans dix-huit sections, les soins dentaires scolaires ont été délégués aux communes par le canton. Ce dernier se s'occupe de l'application que dans cinq sections.

Le fait que de plus en plus de canton délèguent les soins dentaires scolaires aux communes soulève un problème, d'une part. D'autre part, il présente aussi des opportunités. Lorsque les communes sont elles-mêmes responsables des soins dentaires scolaires, elles disposent d'une certaine indépendance vis-à-vis du canton. Elles peuvent déterminer avec une certaine autonomie leur modèle propre des soins dentaires scolaires, dans le cadre des directives imposées par le canton.

Paysage différencié des soins dentaires scolaires

Mais il y a des communes qui ne remplissent pas ou insuffisamment leurs obligations, que ce soit par manque de volonté ou par insuffisance de connaissances. Il y a aujourd'hui quelques communes, principalement urbaines, qui disposent de soins dentaires scolaires d'un haut niveau de professionnalisme. Elles proposent une offre étendue pendant toute la durée de la scolarité. Par contre (il s'agit pour la plupart de régions rurales), d'autres communes se limitent à

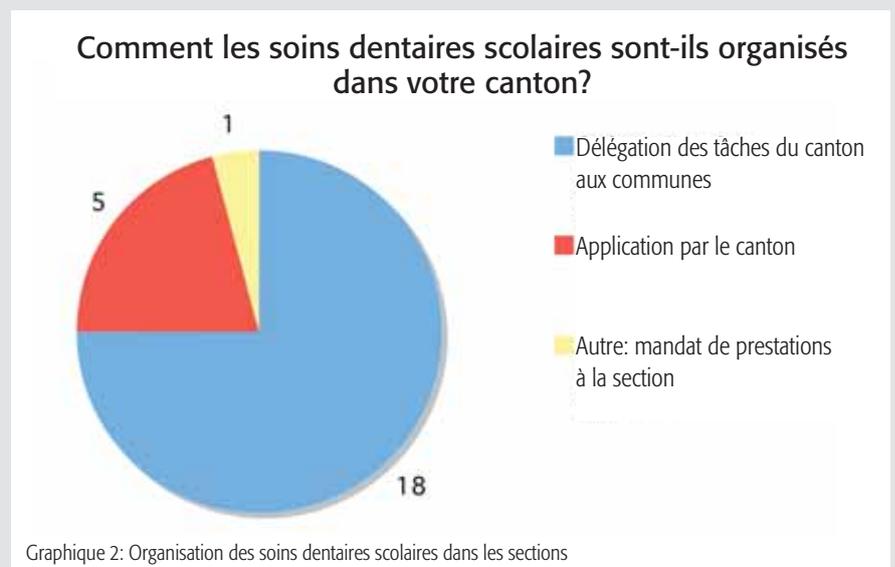
remettre des bons pour un examen annuel. Les exercices de brossage des dents ou l'orientation de l'alimentation ne sont pas prévus, ou se limitent aux premières années de la scolarité.

Il est urgent d'avoir une vue d'ensemble

De nombreux présidents des sections ont tout simplement perdu de vue la situation, en raison de la législation cantonale libérale. On voit tout un arc-en-ciel mouvant et changeant dans toute la gamme des possibilités. C'est pour les mêmes raisons qu'il faut admettre que les instances cantonales responsables de la santé se trouvent placées devant des problèmes similaires et qu'elles aussi ont perdu la vue d'ensemble. On peut même douter que les différentes communes maîtrisent encore la situation, car nombre de missions de contrôle ont été déléguées aux autorités scolaires, aux secrétariats des écoles, voir même aux maîtres de classe eux-mêmes.

Transfert des responsabilités des communes aux familles

La remise de bons s'est imposée dans de nombreux cantons et communes. Cette pratique correspond à notre société moderne individualiste, mais présente de nombreuses lacunes et provoque l'incertitude en raison de notre système libéral évoqué plus haut. Ces lacunes concernent souvent précisément les enfants qui auraient le plus grand besoin de soins. La responsabilité en

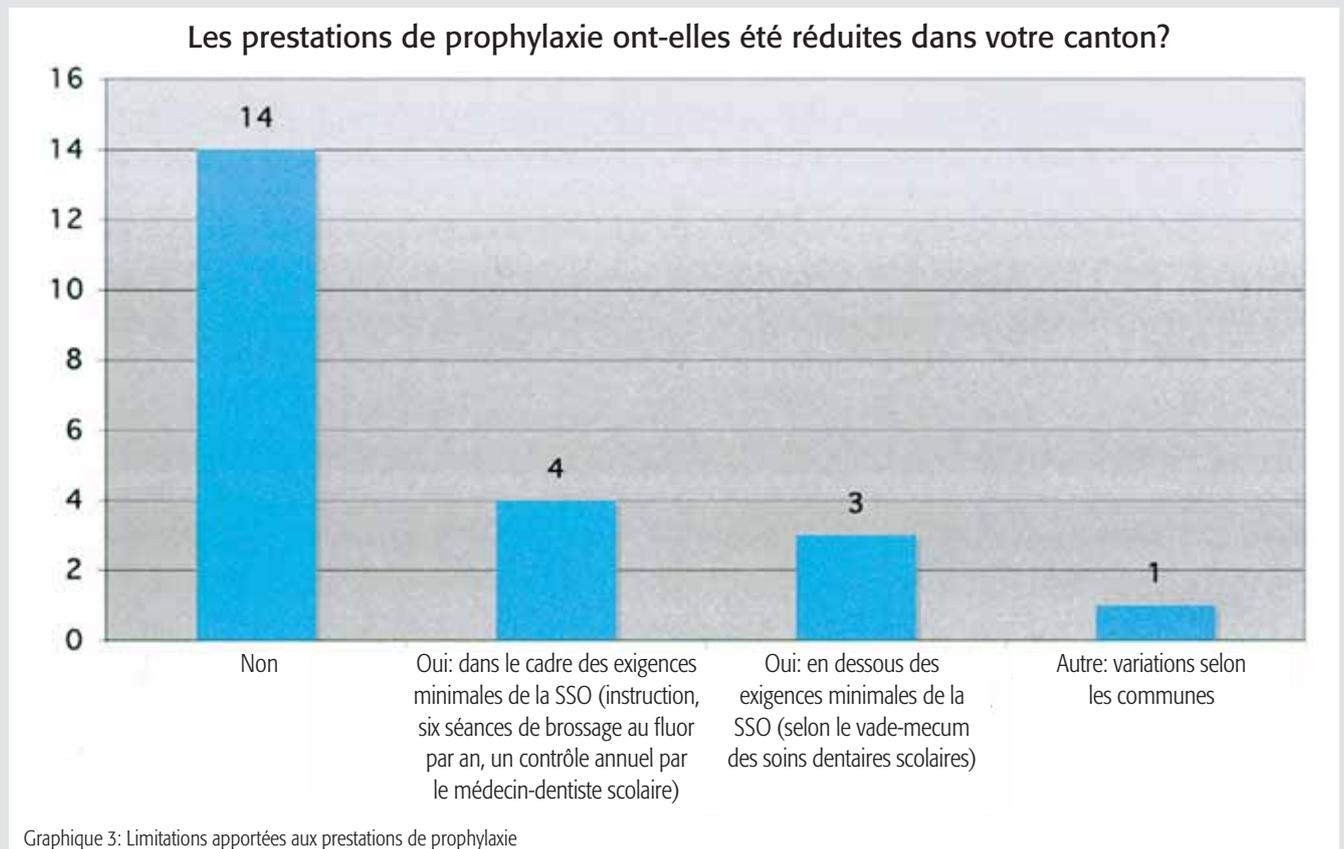


est laissée aux parents. Le renvoi à la responsabilité de chacun a pour condition toutefois que tout le monde sache ce qu'il faut faire pour éviter un état insatisfaisant. Tel n'est pas le cas des enfants issus de familles socialement affaiblies ou de familles provenant d'un contexte migratoire. On sait ainsi que, dans certains cantons, ce n'est qu'à peine plus de la moitié des bons qui sont utilisés. Au contraire, il semble toutefois que le cadre légal existant actuellement réponde entièrement aux exigences posées. Ce sont les prestations de prophylaxie qui sont les moins

touchées par des limitations. Celles-ci se situent pour la plupart, et l'on est heureux de le constater, au-dessus des exigences minimales de la SSO. Elles comportent l'instruction prophylactique, six séances de brossage au fluor et un contrôle dentaire par année scolaire.

Contrôle insuffisant de l'application des mesures

Qui contrôle la mise en œuvre effective de l'instruction aux soins dentaires scolaires et les bases épidémiologiques? Cette question a mis en lu-



mière une abondance peu claire de modèles différenciés. Il n'y a malheureusement que peu de mécanismes de contrôle adéquats.

La recherche scientifique épidémiologique de base n'est pratiquée systématiquement que par la station d'épidémiologie orale de l'Université de Zurich, dans la ville de Zurich, dans seize communes du canton de Zurich, quatorze communes du canton de Glaris, cinq du Tessin, dans la Ville de Will dans le canton de Saint-Gall ainsi que dans le canton de Bâle campagne.

Ce sont cependant souvent les autorités communales ou scolaires qui assument cette tâche. Dans quelques cantons, c'est le médecin dentiste cantonal qui effectue les contrôles. De nombreuses communes délèguent cette responsabilité aux maîtres de classe ou à la clinique de médecine dentaire scolaire.

Quelques autres cantons ont mis sur pied d'autres structures pour le contrôle de l'application: le Valais le pratique par le biais de son *Association valaisanne pour la prophylaxie*. Bâle-Ville a remis l'application et le contrôle également à ses assistantes en prophylaxie. Dans le canton des Grisons, c'est la section elle-même qui est chargée du contrôle de l'enseignement des soins dentaires scolaires. La critique principale et fondée formulée par les présidents des sections porte

en conséquence également sur l'application des prescriptions légales.

Les expériences faites par les différentes sections montrent que des enquêtes régulières dans les communes assurent la promotion de la prise de conscience en matière de soins dentaires scolaires. Si une commune les néglige, le responsable de la prophylaxie de la section peut demander un entretien avec les autorités. Ce sont en effet souvent les informations qui manquent, et non la bonne volonté.

Rémunération des prestations en matière de soins dentaires scolaires et contributions financières aux traitements

La deuxième critique soulevée porte sur la rémunération financière des prestations des soins dentaires scolaires. Elle repose dans de nombreux domaines sur le tarif LAA dont on sait qu'il stagne depuis plus de dix ans en dessous du niveau nécessaire à la couverture des coûts. Les médecins dentistes ne sont pas les seuls à s'en plaindre: les médecins de familles entonnent la même plainte. On ne peut guère s'attendre à des améliorations, comme le montrent les négociations en cours dans différentes communes du canton de Lucerne après l'introduction d'une nouvelle loi sur la santé. Le fait que la situation économique

soit assez sombre en ce moment ne fait que me conforter dans mes doutes.

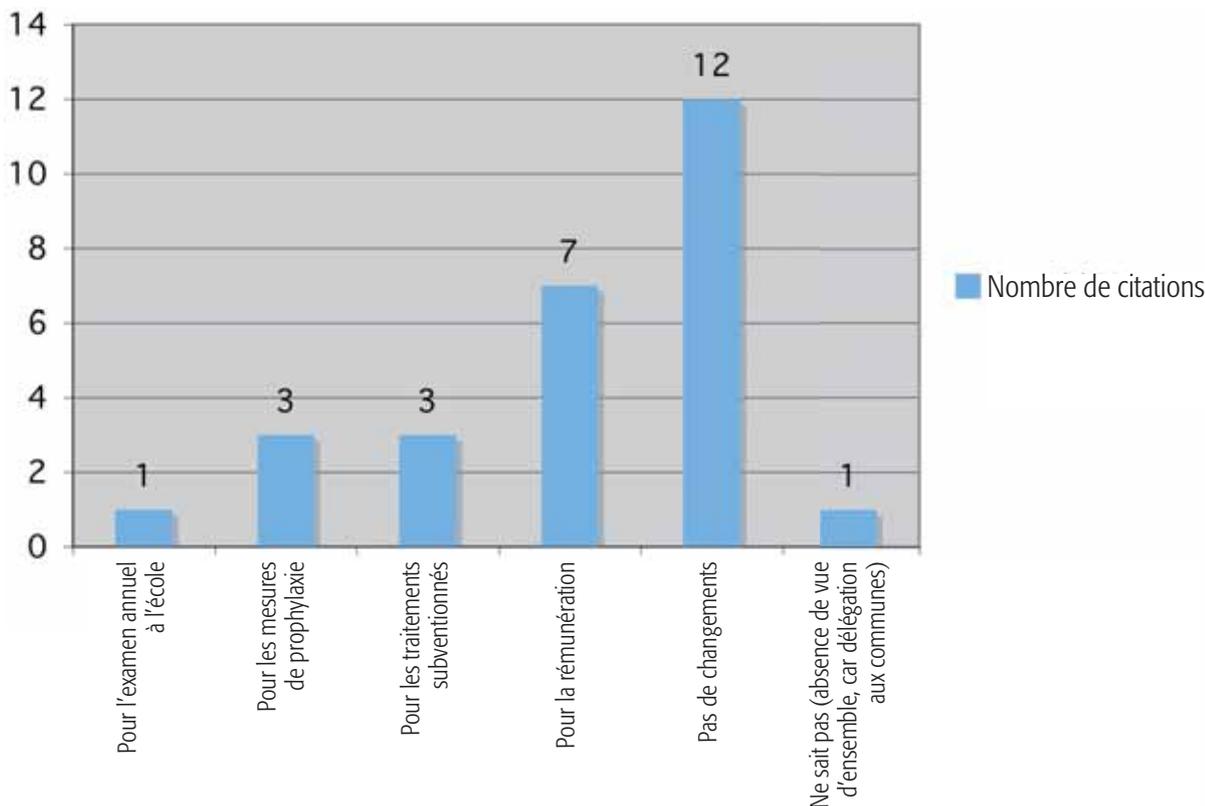
À l'exception de cinq sections, des contributions aux frais de traitement sont versées dans tous les cantons. Ces contributions dépendent pour la plupart du revenu des parents, ou bien elles ne sont versées que sur demande.

Evolution actuelle des soins dentaires scolaires

La principale motivation à l'origine de l'enquête était l'idée que les conditions des soins dentaires scolaires en Suisse s'étaient péjorées. Cet avis a-t-il été confirmé?

Les réponses se répartissent en deux groupes: alors que la plupart des sections ne relèvent aucune détérioration de la situation (principalement dans les cantons de la Suisse alémanique), d'autres mentionnent une érosion plus ou moins marquée du système des soins dentaires scolaires. Les enfants sont aujourd'hui enregistrés et amenés plus tôt aux soins dentaires scolaires, avec l'extension de la scolarité au jardin d'enfants. C'est un fait dont on ne tient généralement pas compte, mais dont on suppose qu'il a une influence considérable sur la santé de la dentition des enfants. Les limitations imposées aux prestations de prophylaxie, parfois en dessous

Des changements importants sont-ils prévus dans votre canton dans le domaine des soins dentaires scolaires, ou ont-ils été introduits récemment?



Graphique 4: Changements intervenus dans le domaine des soins dentaires scolaires

des exigences minimales de la SSO, doivent être examinées de plus près. Peut-être que les exigences minimales de la SSO seraient trop rigides et ne seraient plus d'actualité? D'autres changements concernent une réduction des contributions aux frais de traitement ainsi que des aspects administratifs et comptables.

L'enquête montre clairement que les soins dentaires scolaires se trouvent à des niveaux très différenciés selon les cantons. Alors que certaines sections sont tout à fait satisfaites, d'autres relèvent une nécessité d'action. Des solutions sont demandées surtout pour le maintien de normes de qualité, pour le contrôle de l'application ainsi que pour résoudre la question de l'indemnisation financière.

Le rôle de la SSO

Dans l'optique des incertitudes autour des soins dentaires scolaires, les sections sont-elles désireuses de voir la SSO renforcer sa prise d'influence politique et intensifier ses activités de relations publiques? Qu'est-ce à dire exactement?

Nous avons examiné ce point directement avec les responsables dans les sections. Il est apparu que celles-ci désirent de la part de la SSO une déclaration publique claire en faveur des soins dentaires scolaires. Les responsables de ces soins estiment qu'une action de cette nature assurerait une

plus grande audience au plan politique. La rencontre d'experts de Lucerne sera ainsi perçue comme le premier pas dans la bonne direction. Les possibilités ouvertes à la SSO dans le domaine de l'influence politique sont très limitées. Les sections désirent aussi de la part de la SSO une prise de position claire vis-à-vis des décideurs politiques dans le domaine des soins dentaires scolaires.

Pour ce qui traite du matériel documentaire, on désire que les informations soient traduites dans les langues pertinentes (albanais, turc, serbe, croate).

Perspectives

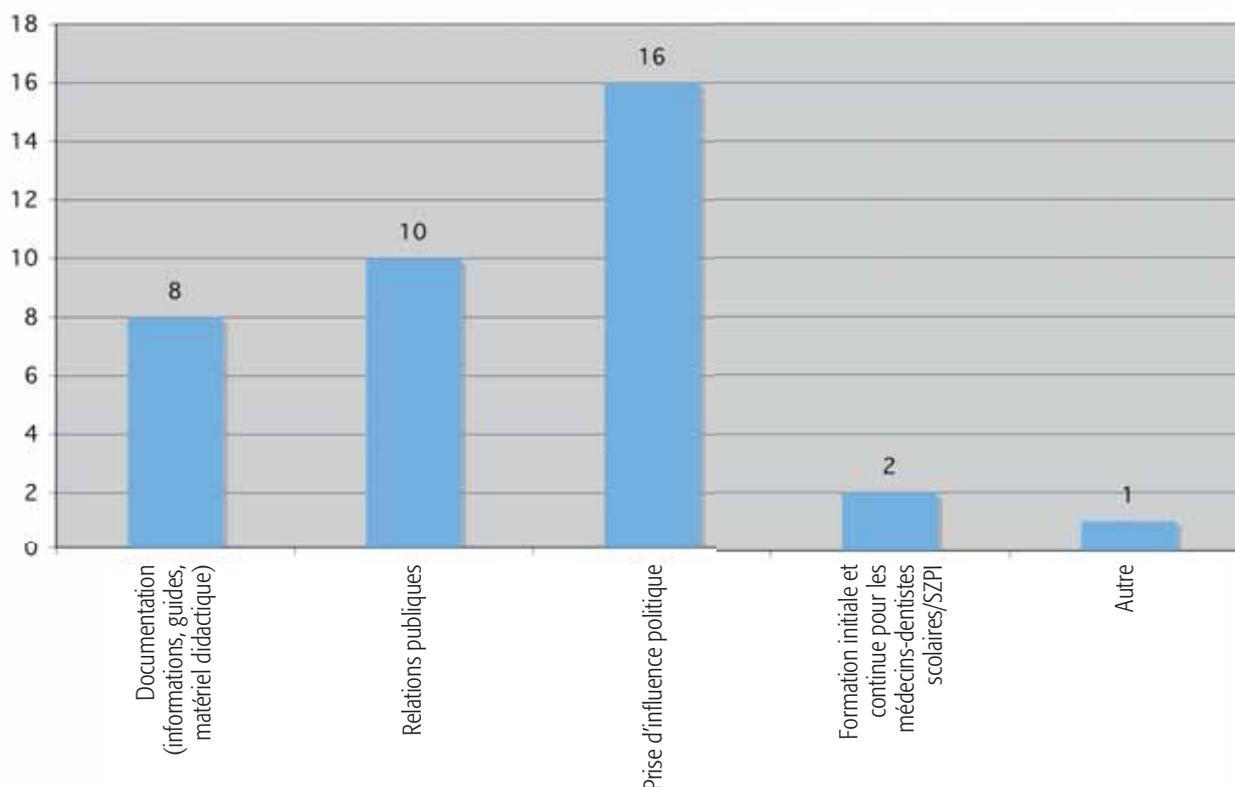
L'avenir des soins dentaires scolaires reste toujours entre les mains de notre organisation professionnelle, la SSO. Les améliorations doivent être à la fois efficaces et peu coûteuses. Nous devons faire en sorte que chaque commune puisse appliquer correctement les soins dentaires scolaires et que les sections leur fournissent pour ce faire des moyens auxiliaires nécessaires, propres à la SSO, et unifiés pour toute la Suisse. Indépendamment de son domicile, chaque écolier doit avoir les mêmes chances de conserver ses dents en bonne santé. Le contrôle de l'application est du ressort des milieux politiques. La

SSO peut fournir les bases de l'assurance qualité. L'objectif n'est pas d'uniformiser de manière centralisée les soins dentaires scolaires, mais de tirer parti des opportunités qu'offre l'autonomie. C'est l'histoire d'un succès qui a commencé par la poursuite d'un objectif commun grâce à par la collaboration exemplaire de la politique, de la société et de l'organisation professionnelle. Il faut maintenant la poursuivre sur la même voie. On rencontrera probablement moins de difficultés dans ce contexte pour négocier dans le domaine tarifaire une rémunération appropriée des activités de prophylaxie.

Pour tirer le meilleur parti possible des effets de synergie, il faut intensifier les contacts entre les sections. La rencontre d'experts de Lucerne en est la première manifestation.

Une prise de position officielle de la SSO en faveur des soins dentaires scolaires renforcera l'engagement des sections et la prise de conscience du public pour les soins dentaires scolaires. Le système suisse des soins dentaires scolaires doit conserver sa position de pointe en comparaison internationale. La Société suisse d'odonto-stomatologie fait la preuve de son orientation pour le bien commun par son engagement en faveur des soins dentaires scolaires. Ceux-ci devront en conséquence être mieux intégrés à notre campagne de profilage.

Dans quel domaine souhaiteriez-vous un soutien accru de la SSO?



Graphique 5: Soutien aux sections de la part de la SSO

Consentement des mineurs lors d'actes médicaux

Lors du traitement de mineurs, la question du consentement se pose fréquemment. Est-ce le mineur lui-même ou l'un de ses parents qui doit donner son accord? Il y a peu, le Tribunal fédéral a légiféré en la matière en condamnant un ostéopathe à une amende pour ne pas avoir respecté la volonté d'une jeune fille de 13 ans et avoir effectué le traitement contre son gré¹. Dans sa décision, le Tribunal fédéral s'est laissé guider par le principe que tout traitement médical nécessite le consentement du patient². Peu importe, qu'il s'agisse du consentement du patient capable de discernement ou de celui de son représentant légal. En effet, si un patient ou son représentant légal refuse un examen, un traitement ou une intervention, aucun acte médical ne doit en principe être pratiqué car cela le rendrait contraire à la loi.

Christian Peter (Source: Bulletin des médecins suisses – 2008; 89: 36, pp. 1538–1549)

Exposé du cas

Une jeune fille de 13 ans a dû subir un traitement en raison de douleurs au coccyx. La femme médecin a proposé deux possibilités de traitement: soit ne rien faire du tout, ou bien faire repositionner le coccyx par un ostéopathe. Conformément au désir de la mère et de l'enfant, la jeune mineure a été adressée à un ostéopathe. Celui-ci fit une première tentative de repositionnement du coccyx. Déjà lors de cette première intervention, la patiente cria sans discontinuer, se tendit et refusa toute coopération. L'effet escompté ne s'est pas manifesté et, malgré les supplications de sa patiente de ne pas poursuivre le traitement, l'ostéopathe fit une deuxième tentative. La mère de la patiente mineure assista au traitement passivement et sans un mot. Quatre jours plus tard, la mère de la patiente s'est plainte auprès de la Société cantonale de médecine. Le directeur de la santé compétent engagea alors une procédure contre l'ostéopathe en cause et ce dernier fut condamné à une amende de 1500 francs pour violation de la loi cantonale sur la santé publique. Il a été considéré avéré que le condamné avait effectué un traitement sans le consentement de sa patiente capable de discernement. Cette sanction a été confirmée aussi bien par le Tribunal administratif que par le Tribunal fédéral.

Les arguments présentés au tribunal et l'arrêt du Tribunal fédéral

Le prévenu a fait valoir que la mère de la patiente mineure était présente et qu'il en avait déduit qu'elle représentait sa fille. Par son comportement passif, elle aurait manifesté son accord. De plus, la patiente aurait été à l'évidence incapable

de discernement, car elle était en pleurs lorsqu'elle a appris qu'elle ne pourrait plus faire de l'équitation pendant les six semaines suivantes. En raison de sa peine à ce sujet et de ses craintes, elle n'aurait de toute façon pas été en mesure d'apprécier correctement la situation et de faire son choix entre les deux méthodes de traitement proposées.

Cette argumentation n'a pas convaincu le Tribunal fédéral. Il a constaté que la mineure n'aurait été représentée par sa mère que si sa capacité de discernement avait été inexistante. Le Tribunal fédéral a par contre admis que la jeune fille âgée de 13 ans était, dans le cas d'espèce, capable de comprendre sa maladie ainsi que les conséquences de sa décision. Le fait que les effets de celle-ci étaient restreints (rappelons que l'abstention d'intervention était une option de traitement équivalente) a eu pour conséquence que la capacité de discernement de la jeune fille de 13 ans a été admise.

L'argument du prévenu qui a fait valoir pour sa défense qu'il se serait comporté autrement si la jeune fille était venue seule entre en contradiction avec sa propre argumentation et a donné au tribunal la preuve que lui aussi aurait en principe admis la capacité de discernement de sa patiente mais qu'il a estimé à tort que celle-ci était représentée par sa mère puisqu'elle l'avait accompagnée.

La constatation que la mère n'était pas exempte de culpabilité ne change rien à la condamnation, tout en ayant cependant des effets sur la peine encourue. Tenant compte de l'éventail des amendes possibles (de 500 à 200 000 francs), l'amende infligée de 1500 francs est apparue relativement modeste.

Commentaire

Comme évoqué au début, le Tribunal fédéral exige *que soit obtenu le consentement éclairé du patient avant tout traitement médical*.

Consentement

Le consentement peut être donné oralement, par écrit ou être concluant, c'est-à-dire découlant du comportement du patient. Il faut observer qu'en présence d'un éventuel conflit ultérieur entre le médecin et le patient, c'est le médecin qui supporte le fardeau de la preuve³. C'est pourquoi le consentement doit être documenté dans le dossier de traitement.

Toutefois, le consentement ne peut être valablement donné que si la personne consentante a été informée et qu'elle est capable de discernement.

Information du patient

L'information du patient sert à préserver son intégrité corporelle et à protéger son droit à se déterminer lui-même⁴. Elle doit lui permettre de prendre une décision éclairée et sous sa propre responsabilité. Il en résulte que l'unique destinataire de l'information est le patient lui-même, capable de donner son consentement.

Le médecin doit renseigner sur le diagnostic médical, sur les options de traitements et sur leur déroulement possible. L'information doit être spécifique au patient, doit exposer les bases et les éléments essentiels de l'intervention et permettre au patient de pondérer les risques associés⁵.

Capacité de discernement

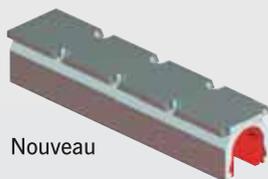
Le patient informé doit être capable de discernement afin qu'il puisse valablement consentir à un traitement. Les mineurs également peuvent être capables de discernement pour ce qui est de leur consentement à un traitement. Les patients âgés de 12 à 18 ans sont considérés généralement capables de discernement, pour autant qu'ils soient en bonne santé psychique et qu'ils soient conscients. La capacité de discernement est cependant appréciée de cas en cas⁶. Il faut examiner dans le cas concret si la jeune patiente est en mesure, en raison de sa maturité intellectuelle, de mesurer correctement la portée de sa décision, de manifester sa volonté et d'agir en conséquence. Si tel est le cas, elle sera seule responsable pour donner son consentement à une intervention.

Il y a lieu d'observer que l'âge de la majorité ne joue ici aucun rôle (voir également l'ATF 114 la 350, consid. 7a). La capacité de discernement ne dépend pas de l'âge du patient, mais de ses aptitudes intellectuelles.

+ Système Dolder®
combine l'original et
l'évidence clinique
pour un standard sur implants.

- + Partie femelle micro en titane avec gaines de friction interchangeables
- + Barre micro en titane
- + Barre micro calcinable

www.cmsa.ch/dental



Nouveau

Les critères suivants peuvent assister en cas de doutes sur la capacité de discernement:

- Le patient est-il capable de comprendre les informations apportées au sujet du consentement à donner et de les pondérer rationnellement dans le contexte d'un système de valeurs cohérent?
- Le patient est-il capable d'apprécier correctement la situation et les conséquences résultant des possibilités alternatives?
- Le patient est-il capable d'exprimer sa propre volonté?⁷

Si des réponses affirmatives sont apportées à ces questions, on peut partir de l'idée que le patient est capable de discernement.

Le patient, qu'il soit mineur ou majeur, a dans le cas présent le droit de donner lui-même son consentement à des examens et à des traitements médicaux⁸. Le droit de représentation des parents s'efface comme nous l'avons vu, même pour des enfants mineurs, pour autant qu'ils soient en mesure d'apprécier la situation selon les besoins. Il importe toutefois dans ce contexte de mentionner ici que l'on ne saurait conclure à la capacité de discernement du seul fait que la décision serait raisonnable.

Par contre, en l'absence de capacité de discernement du patient, celui-ci ne peut pas valablement donner son consentement à une intervention. Dans le cas des patients mineurs, le droit de donner le consentement à l'intervention revient dès lors aux parents (art. 296 al. 1 CC en relation avec l'art. 304 CC)⁹, chacun d'entre eux pouvant l'exercer seul.

¹ Arrêt du Tribunal fédéral du 2 avril 2008 (2C_5/2008)

² Exemples de bases légales: BE – art. 40 de la loi sur la santé publique; ZH – § 20 Patientinnen- und Patientengesetz; BS – § 11 Spitalgesetz; AG – § 15 Patientendekret; GE – art. 48 de la loi sur la santé; VD – art. 23 de la loi sur la santé publique

³ ATF 117 Ib 205

⁴ Wiegand W. Die Aufklärungspflicht und die Folgen ihrer Verletzung. In: Honsell H. Handbuch des Arztrechts; Zurich; Schulthess; 1994; pp. 119–213

⁵ Gattiker M. Die Widerrechtlichkeit des ärztlichen Eingriffs nach schweizerischem Zivilrecht; Zurich: Schulthess; 1999

⁶ ATF 118 IA 238 consid. 2b *in fine*

⁷ SAWM; Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung; Medizinisch-ethische Grundsätze der SAMW; 12f

⁸ Ramer P., Rennhard J. Patientenrecht; 2^e édition; Zurich: Schulthess; 1998

⁹ Toutefois, dans ce cas également, on tiendra d'autant plus compte de la volonté de la personne incapable de discernement (voir: Thommen M. Medizinische Eingriffe an Urteilsunfähigen und die Einwilligung der Vertreter; Basel: Helbing & Lichtenhahn; 2004)

Congrès mondial de la FDI (Stockholm)

Le congrès mondial de la FDI s'est déroulé du 24 au 27 septembre 2008 à Stockholm. Un très grand nombre de participants ont fait le déplacement vers la Suède. C'est avec une météo automnale agréable que la majorité des participants se rendaient tous les jours au Centre des congrès situé au sud de la capitale en empruntant les trains de banlieue qui le relie à la gare centrale en neuf minutes.

D^r Philippe Rusca (photos: mäd)

Les assemblées statutaires de la FDI ont débuté le 22 septembre par l'assemblée générale A. Le quorum a très largement été atteint avec plus de 150 délégués ayant le droit de vote. Le président Burton Conrod a ouvert la séance en rendant hommage au D^r Heung Ryul Yoon, ancien président de la FDI, décédé à Séoul (Corée) à l'âge de 67 ans. Le D^r Heung Ryul Yoon fut président de la Fédération dentaire internationale de 2003 à 2005. Le D^r Heung Ryul Yoon avait consacré sa présidence au développement de la santé bucco-dentaire à l'échelon mondial. Il avait tissé des liens d'amitiés avec de nombreux membres de la FDI. Ainsi sa disparition soudaine avait créé un grand émoi.

Quelques points forts de ces réunions

- La délocalisation du siège central de la FDI de Ferney-Voltaire (F) vers Genève va bon train. Le groupe de travail chargé de cette mission a présenté un dossier convaincant et les délégués ont donné leur aval au déménagement qui devrait intervenir au printemps 2009.

- La nouvelle clé de répartition des cotisations a suscité une vive discussion. Il est vrai que dans le système actuel, trois pays, à savoir les

USA, le Japon et l'Allemagne, paient à eux seuls env. 50% des cotisations totales. Une répartition plus équitable est souhaitable, mais ferait augmenter sensiblement les charges de certains pays. Le conseil a été chargé de revoir sa copie et d'améliorer sa proposition.

- Les grands objectifs de la FDI au niveau planétaire ont été le thème de diverses présentations:

La journée mondiale de la santé bucco-dentaire du 12 septembre 2008 a connu un franc succès. De nombreuses associations dentaires ont réussi à mettre sur pied, souvent en collaboration avec les autorités sanitaires, de grandes campagnes d'information, mettant en exergue l'importance de la santé bucco-



Un intérêt proche de la fascination



Une douce lumière automnale



La délégation suisse: D^r Hans-Caspar Hirzel, Monika Lang, D^r François Keller, D^r Philippe Rusca



Le comité ORE: D^r Patrick Hescot, D^r Philippe Rusca, Monika Lang



François Keller: «C'était la première fois que je me rendais à la FDI. J'ai été impressionné par son excellente et efficace administration ainsi que par l'engagement résolu des membres de la FDI. Le travail est rendu notablement plus difficile en raison des différences considérables entre les pays participants. J'ai aussi été étonné que les Etats-Unis, le Japon et l'Allemagne financent la moitié du budget. Le congrès m'a permis de rassembler des informations importantes et j'ai pu constater que la FDI doit faire face aux mêmes problèmes que nous. Dans les pays riches, l'Etat est désireux de réduire ses contributions financières pour faire des économies, et dans les pays pauvres, on se bat pour une desserte médicale raisonnable. La FDI offre la possibilité de nouer ou de consolider des contacts avec le monde entier. Je me suis toujours efforcé de rester en contact avec les Européens, surtout avec les représentants des pays qui sont nos voisins.»

D^r François Keller, président SSO

dentaire et le rôle majeur de la prévention. La campagne «Live, Learn, Laugh» qui met sur pied des programmes de préventions spécifiques en tenant compte des sensibilités particulières des pays visés réalise de bons résultats.

- Différents projets de formation continue, en particulier sur le net, sont en phase de concrétisation. Cette méthode est très prometteuse pour les praticiens très éloignés des grands centres et pourrait avoir une grande importance dans le futur pour les pays moins développés.
- Les différentes résolutions et décisions prises au cours de ces assemblées peuvent être consultées sur le site de la FDI www.fdiworld-dental.org

L'ORE (l'organisation régionale européenne de la FDI) a tenu son assemblée plénière en marge des réunions A et B. Le quorum a été atteint sans difficultés puisque 57 délégués sur 74 ont fait le déplacement vers la Scandinavie. Après quelques années difficiles, l'ORE se porte au mieux. Ses groupes de travail fournissent régulièrement

des résultats et son influence, au sein de la FDI, est devenue très importante. Durant l'assemblée générale B de la FDI, quasiment tous les candidats issus de l'ORE ont été élus sans problèmes aux postes convoités.

L'EGOHID «European Global Oral Health Indicators Development Project» a tenu sa conférence finale sur ce gigantesque projet qui a démarré en 2003. Le but était de trouver des indicateurs performants et simples de santé bucco-dentaires pour pouvoir donner des indices précis sur l'état de santé de la population européenne. Ces critères serviront aux décideurs du monde politique pour prendre des options de santé publiques à long terme. L'UE a mis € 3 millions à disposition d'un important réseau de chercheurs dans toute l'Europe pour peaufiner ces indices de santé. L'avenir nous dira comment cet instrument scientifique sera utilisé par les responsables de la santé en Europe.

Le congrès annuel de la FDI a connu un succès remarquable en regroupant env. 10 000 participants (toutes catégories confondues) dont 65 Suisses. Le Centre des expositions et congrès de

Stockholm n'est pas des plus récents mais ce léger handicap a été compensé par une organisation compétente et professionnelle. La plupart des congressistes ont été tout à fait satisfaits par les prestations offertes.

Le très riche programme scientifique a offert de nombreuses présentations qui se déroulaient en parallèle dans le Centre des expositions et congrès de telle sorte que chaque participant pouvait se composer un programme «à la carte».

Deux orateurs suisses ont eu l'honneur de présenter des conférences à Stockholm, il s'agit des MM. les Professeurs A.Lussi et S. Palla.

Le prochain congrès de la FDI aura lieu du 2 au 5 septembre 2009 à Singapour. La dernière fois que la FDI a organisé son congrès annuel en ce lieu remonte à 1990 et la célèbre cité du Sud-Est asiatique a sans doute encore grandi en prestige et importance depuis lors. Une fois de plus, j'invite tous les consœurs et confrères à participer à cette grande réunion internationale qui assure d'année en année un programme des plus attrayants.

Première rencontre à Lucerne d'experts des soins dentaires scolaires

Les oratrices et les orateurs se sont exprimés devant une salle comble à l'occasion de la première rencontre d'experts des soins dentaires scolaires à l'invitation de la SSO le 18 septembre à Lucerne. Les différents exposés ont couvert un large éventail de sujets: ce sont des thèmes touchant aussi bien à la médecine dentaire qu'à la sociopolitique qui ont été abordés.

Sandra Küttel, Service de presse et d'information de la SSO (textes et illustrations)

La première rencontre d'experts des soins dentaires scolaires a fait salle comble: près de quatre-vingts personnes se sont rendues le 18 septembre à Lucerne à l'invitation de Peter Suter, D^r méd. dent., délégué de la SSO pour les soins dentaires scolaires. Cette manifestation poursuivait deux objectifs: en plus de servir à la formation continue, elle voulait promouvoir les échanges entre les responsables des soins dentaires scolaires.

Nouvelle loi sur la prévention

Le D^r Salome von Greyerz, cheffe de projet à l'OFSP, a renseigné sur l'état d'avancement du projet de nouvelle loi sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention) qui se trouve actuellement en procédure de consultation. Cette nouvelle loi vise à renforcer la prévention et la promotion de la santé et à améliorer la coordination et l'efficacité.

La discussion qui a suivi a montré que les membres de la SSO sont sceptiques vis-à-vis de cette nouvelle législation.

Considérations relatives à la fréquence des radiographies Bitewing

Saskia Steinegger, du Centre de médecine dentaire, de stomatologie et de chirurgie des maxillaires de l'Université de Zurich, a présenté les résultats de sa thèse sur l'optimisation de la fréquence des clichés Bitewing dans le contexte des soins dentaires scolaires. Les examens à l'aide de radiographies Bitewing à l'âge de sept ans permet de répartir les enfants entre risque élevé de caries et risque moindre. Pour les seconds, la radiographie suivante est indiquée dans le délai de quatre à huit ans, voire même à la fin de la scolarité seulement en cas de recours régulier aux laques fluorées. Pour les écoliers qui présentent un risque élevé de caries par contre, les radiographies Bitewing sont à préconiser tous les ans ou tous les deux ans. Il conviendrait de réexaminer la fréquence jusqu'ici recommandée des radiographies (SSO 2005).

Un joker contre la carie: la laque fluorée

Giorgio Menghini, D^r méd. dent., chef de la Station d'épidémiologie orale de l'Université de Zurich, a démontré en se fondant sur des recherches épidémiologiques, que la fréquence des caries chez les écoliers et les recrues avait très notablement reculé dans les régions faisant l'objet des recherches. Il s'est exprimé en faveur d'une protection supplémentaire des emplacements de la dentition sujets aux risques maximum de caries, afin de parvenir à une nouvelle amélioration de la santé buccodentaire. En outre, il a documenté l'efficacité des laques fluorées pour la prévention de la carie. Il recommande l'application de ces laques à l'occasion de chaque contrôle annuel obligatoire de médecine dentaire scolaire.

Alimentation saine dans les jardins d'enfants et à l'école

Après avoir suivi le cours de perfectionnement «Alimentation saine pour les dents et pour le corps», les monitrices dentaires scolaires (MDS) du canton de Zurich sont habilitées à familiariser les écoliers avec les relations entre une alimentation saine et le poids corporel. Il s'agit de messages simples et diététiquement bien fondés rassemblés dans une documentation type éla-

borée pour les différents groupes d'âges. L'objectif poursuivi par ces leçons est la promotion de collations saines (fruits frais, légumes crus et eau du robinet) dans les jardins d'enfants et dans les écoles. Les MDS distribueront par ailleurs dès le printemps 2009 à chaque écolier zurichois de première année une «boîte des neuf heures» contenant des fruits ou des légumes ainsi qu'un gobelet. Ces boîtes de collation permettront aux MDS de faire la liaison avec des sujets portant sur l'alimentation. Le nécessaire «cours sur l'alimentation et boîte de collation» est à la disposition de tous les cantons intéressés.

Quarante années d'engagement des monitrices dentaires scolaires

Le D^r Felix Magri, de la Fondation pour les monitrices dentaires scolaires (*Stiftung für Schulzahnpflege-Instruktorinnen – SZPI*), a retracé l'histoire de l'engagement des monitrices dentaires scolaires dans le cadre des soins dentaires scolaires. Voici quarante ans maintenant que ce système a vu le jour à l'initiative du Professeur Thomas Marthaler, D^r méd. Entre-temps, le système s'est établi dans presque toutes les communes de Suisse alémanique. Felix Magri a souligné à quel point la collaboration était importante entre le médecin-dentiste, la monitrice dentaire scolaire et les enseignants. En sa qualité d'organe de formation des monitrices dentaires scolaires, la SZPI serait désireuse d'étendre ses activités à la Suisse romande également, où ce système n'a pas encore pu s'imposer.

Soins dentaires scolaires: l'état de la nation

Peter Suter, D^r méd. dent., a présenté les résultats de l'enquête conduite auprès des sections sur l'état des soins dentaires scolaires en Suisse. La principale motivation à la source de cette enquête a été la supposition que les soins dentaires scolaires en Suisse s'étaient péjorés. Cette



Bernard Ciucchi regrette la diminution constante des moyens financiers mis à disposition par les pouvoirs publics.



Près de quatre-vingts personnes se sont rendues le 18 septembre à Lucerne à l'invitation de Peter Suter, D^r méd. dent., délégué de la SSO pour les soins dentaires scolaires.

supposition s'est-elle confirmée? Les réponses se répartissent en deux groupes: alors que la plupart des sections ne signalent aucune détérioration (principalement les cantons de la Suisse alémanique), les autres indiquent une érosion plus ou moins marquée du système des soins dentaires scolaires. Les résultats détaillés de cette enquête sont exposés dans le présent numéro de la RMSO (pages 1125-1129).

Les soins dentaires scolaires en Suisse romande

Unique représentant de la Suisse romande, Bernard Ciucchi, D^r méd. dent., chef de la Clinique de médecine dentaire scolaire à Genève, a exposé la situation des soins dentaires scolaires en Suisse occidentale. À l'aide de données statistiques, il a montré comment la fréquence de la carie se concentrait sur la population à risque dans la ré-

gion genevoise. Malheureusement, la qualité et la quantité des prestations fournies par la Clinique de médecine dentaire scolaire de Genève laissent à désirer. Selon l'orateur, cet état de choses est dû au fait que le secteur public lui met de moins en moins de moyens financiers à disposition. Ceci se fait au détriment de l'équipement technologique de la clinique. Les cliniques publiques de médecine dentaire scolaire sont de plus en plus concurrencées par des prestataires privés. Ceux-ci prennent contact avec les communes et offrent des prestations semblables à celles de la SSO, mais gratuitement ou à des tarifs inférieurs à ceux des médecins-dentistes membres de la SSO.

Une étape importante

Une étape importante a été franchie avec la première réunion d'experts de soins dentaires scolaires. C'est précisément à une époque de changements rapides que des échanges réguliers sont indispensables entre tous les intervenants. Cette rencontre a donné la possibilité de coordonner les activités et de profiter des expériences vécues par les autres. On attend avec impatience d'autres rencontres de cette nature.

Congrès / Journées scientifiques

Compte rendu du 38^e Congrès annuel de la Société Suisse de Parodontologie SSP, «Tendances en parodontologie», du 18 au 20 septembre 2008 à Genève

Quoi de neuf en paro?

Le 38^e Congrès annuel de la Société Suisse de Parodontologie SSP, placé sous le thème général «Tendances en parodontologie», a tenu ses assises du 18 au 20 septembre 2008 au Centre international de conférences de Genève (CICG). Selon le préambule du Prof. Andrea Mombelli, Université de Genève, président de la SSP et directeur du comité d'organisation du congrès, l'objectif de cette réunion scientifique était de «débattre de sujets controversés actuels et de l'évolution récente et future des méthodes de diagnostic et de thérapeutique». Voilà les jalons posés.

Thomas Vauthier, Möhlin (texte et photos)

Devant un parquet de quelque 330 participants, spécialistes, praticiens généralistes et hygiénistes dentaires, des intervenants réputés, suisses et étrangers, se sont exprimés sur des thèmes importants dans les domaines du diagnostic, du traitement et du suivi des affections parodontales. Ils ont notamment abordé l'importance du diagnostic microbiologique, cytologique et génétique, des méthodes de régénération, du débrièvement au laser, des atteintes de furcations et l'état actuel des connaissances à l'interface entre

paro- et implantologie, y compris la réhabilitation prothétique des patients atteints de parodontite.

La transmission de pathogènes: un vrai problème parodontal?

Arie van Winkelhoff, University Medical Center, Groningen, Pays-Bas

Dans la première conférence du programme scientifique, Arie van Winkelhoff, «grand old man» de la microbiologie buccale et parodontale, a passé en revue les modes d'acquisition et

de transmission des germes colonisant la cavité buccale. Alors que la transmission verticale n'intervient qu'entre adultes et enfants, la transmission horizontale peut avoir lieu entre adultes et entre adultes et enfants.

La composition de la plaque sous-gingivale en présence d'une parodontite est complexe et fait intervenir au total plusieurs centaines d'espèces bactériennes. La plupart de ces bactéries sont considérées comme endogènes («commensales») de l'hôte, et elles s'acquièrent naturellement auprès des membres de la famille. Certains éléments donnent à penser que des pathogènes notoires tels que *P. gingivalis* et *A. actinomycetemcomitans* pourraient ne pas être des commensaux de la cavité orale. En effet, ces pathogènes se rencontrent rarement chez des sujets parodontalement sains; par ailleurs, une antibiothérapie permet d'abaisser leur taux en deçà du seuil de détection. Ces espèces s'acquièrent toutes deux essentiellement par transmission horizontale, comme l'a démontré étude de VAN STEENBERGEN et coll. (1993) sur la prévalence de *P. g.* chez 14 couples de parents et 47 de leurs enfants: alors que 18 adultes étaient positifs pour *P. g.*, seul un enfant était positif et 34 étaient testés négatifs. D'autres recherches sur les génotypes de *P. g.* ont démontré que 75% des souches identifiées étaient identiques entre parents, contre 0 à 5% chez les enfants. Des chiffres similaires ont été trouvés pour *A. a.* Bien sûr, il ne s'agit pas là d'une preuve, mais ces taux suggèrent tout de même une probabilité très élevée.



Ouverture du congrès tout en sourire: Arie van Winkelhoff et Andrea Mombelli

Pour l'instant, on est encore loin d'une vaccination contre A. a. ou P. g. Certains auteurs s'interrogent toutefois pour savoir si la prévention de la transmission serait une des possibilités de prévenir la parodontite. Poussé à l'extrême, cela pourrait signifier, pour l'exprimer avec le mot de la fin d'Arie van Winkelhoff: «*Stop kissing!*»...

Utilité des nouveaux examens cytologiques

Tommaso Lombardi, Laboratoire d'histopathologie buccale, Division de stomatologie, EMD, Genève

Le carcinome épidermoïde de la cavité buccale et de l'oropharynx compte parmi les néoplasies malignes les plus répandues, avec une incidence mondiale de plus de 400 000 nouveaux cas par an. Il représente 5,5% des cancers de l'adulte et 17% des décès par cancer. Son incidence est de

33 pour 100 000 en Suisse, soit environ 1452 nouveaux cas par an. Malgré les progrès en médecine, le taux de survie des patients atteints de carcinomes buccaux ne dépasse toujours pas 35 à 50% après 5 ans. Il est aujourd'hui établi que les carcinomes épidermoïdes sont précédés par des lésions précancéreuses. Bien que la cavité buccale soit aisément accessible à l'examen clinique et à la biopsie, il se passe souvent beaucoup de temps avant qu'une lésion y soit décelée. Pourtant, un diagnostic précoce simple et fiable est une nécessité.

Ces dernières années, certains examens cytologiques oraux ont suscité un regain d'intérêt avec l'apparition de la brosse cytologique pour le prélèvement d'échantillons et l'utilisation de nouvelles méthodes d'analyse. L'un d'eux, le OralCDx® associé à une analyse d'image assistée par ordinateur, a fait l'objet d'une promotion particulièrement intense auprès des médecins-dentistes. Cependant l'intérêt et l'efficacité de ces examens pour le diagnostic des OIN (*oral intraepithelial neoplasms*) et d'un carcinome précoce restent controversées. En effet, la cytologie exfoliative livre environ 31% de résultats faux négatifs. L'une des raisons en est la fréquente kératinisation des lésions qui empêche le prélèvement d'échantillons corrects. Une étude de SCIUBBA et coll. (1999) a révélé que 517 des 699 tests négatifs (73%) n'ont pas été biopsiés pour confirmation du diagnostic. Et dans une étude rétrospective de 2 ans, menée par POTTER et al. (2003) sur 115 carcinomes, 4 avaient été testés négatifs au OralCDx®, ce qui a motivé les auteurs à conclure que «la sensibilité de cette technique n'est pas adéquate pour diagnostiquer toutes les lésions cliniquement dysplasiques ou malignes». La technique de la cytobrosse permet de découvrir

seulement les atypies cellulaires, qu'il faudra ensuite confirmer par un examen histologique sur biopsie (obligation médico légale avant tout traitement carcinologique). En d'autres termes: l'étalon or pour le diagnostic des OIN et d'un carcinome reste l'examen histologique d'une biopsie prélevée au scalpel.

10 ans de tests génétiques. Une utilité clinique reconnue?

Giovanni E. Salvi, Département de parodontologie, ZMK, Berne

Une étude parue il y a plus de dix ans a fait apparaître une corrélation entre un status spécifique du génotype de l'interleukine 1 (IL-1) et la sévérité de la parodontite dans une population caucasienne originaire d'Europe du Nord constituée de non-fumeurs (KORNMAN et al. 1997). Suite à cette étude, un test génétique établissant le génotype IL-1 a été mis sur le marché. Cependant, à en croire les conclusions d'une revue systématique (HUYNH-BA, LANG, TONETTI et SALVI 2003), il n'existe pas suffisamment de preuves qu'un statut positif relatif au génotype IL-1 influence la progression d'une parodontite et/ou le résultat de son traitement. En effet, les associations révélées dans des études antérieures ne sont en partie valables qu'en relation avec d'autres facteurs de risque (tabagisme, âge, flore bactérienne spécifique, etc.). Il convient donc d'interpréter avec circonspection les résultats obtenus avec les tests génétiques pour le dépistage du génotype IL-1 disponibles dans le commerce. A l'heure actuelle, on ne saurait recommander l'utilisation systématique de ces tests. Il vaut mieux cibler nos efforts sur les facteurs qu'il est possible d'influencer pour le succès à long terme de nos traitements parodontaux et implantaires, comme l'hygiène buccale, le taba-



Mise au point critique sur le cytodagnostic: Tommaso Lombardi



Giovanni Salvi: pas d'utilisation systématique du test génotypique IL-1

gisme, l'équilibre métabolique et la fréquence des *recalls*.

Le laser vaut-il la curette?

Daniel Ferrari, Département de chirurgie orale, Université Heinrich Heine, Düsseldorf, Allemagne

Remplaçant au pied levé son collègue Frank Schwarz, empêché à la dernière minute, Daniel Ferrari a d'abord passé en revue les bases et généralités des applications du laser en médecine dentaire.

Ces dernières années, différentes études cliniques randomisées contrôlées et/ou comparées ont été menées pour évaluer l'efficacité de différents types de laser dans le traitement parodontologique non chirurgical. Les conclusions les plus pertinentes d'une revue systématique ont été formulées par un groupe de consensus et publiées très récemment, en septembre 2008 par SANZ & TEUGHEL (J Clin Periodontol 35, Suppl. 8): après un dépouillement de la littérature, 12 publications (11 études) ont été retenues pour la revue. Le groupe de consensus indique parmi ses conclusions que le laser ER:YAG utilisé en monothérapie donne des résultats cliniques proches, tant à court qu'à long terme (jusqu'à 24 mois), à ceux du débridement mécanique. Il n'existe pas suffisamment d'éléments probants en faveur de l'application clinique des lasers au CO₂, ND:YAG, ND:YAP, ou des lasers à diodes à différentes longueurs d'ondes.

Les évidences sont encore relativement faibles, et pour l'heure, on ne peut pas attendre des lasers de diverses longueurs d'ondes qu'ils apportent des avantages cliniques, microbiologiques ou immunologiques par rapport aux méthodes

de traitement conventionnelles. Les avantages du laser sont la préservation de la surface radiculaire et un gain d'attache supérieur dans des poches initialement profondes.

Facteurs critiques dans le traitement des furcations

Gianfranco Carnevale, cabinet privé spécialisé en parodontologie, Rome, Italie

Dans le cadre d'une analyse des facteurs de risque tant au niveau de la dent que du parodonte, la présence d'une atteinte de furcation est considérée comme multipliant par 13 le risque de perte de la dent par rapport à une dent à furcation intacte. Différentes approches thérapeutiques ont été mises en œuvre avec succès pour traiter ces lésions et pour réduire le risque de perte de la dent. Du fait du pronostic relativement favorable, les techniques de régénération sont à envisager dans les atteintes de furcation de Classe II: dans une étude de BOWERS et coll. (2003), une fermeture complète après un an a été observée dans 74% des sites traités, avec des poches lo-

cales résiduelles de quatre millimètres ou moins dans 84% des cas. A noter que la méthode utilisée était celle des membranes en ePTFE plus comblement par de l'os décalcifié et lyophilisé (DFDBA).

Contrairement à la préparation d'un tunnel, qui donne des résultats décevants, la plus radicale parmi celles-ci, la résection, a pour but d'éliminer physiquement la composante horizontale du défaut interradiculaire ou de la racine elle-même. Pour chaque patient individuel, il y a bien sûr lieu d'évaluer les indications et les contre-indications compte tenu de la situation anatomique. A noter que dans 75% des cas, l'os présent au niveau des molaires supérieures ne suffit pas à assurer un résultat stable à long terme (distance de moins de 10 mm entre le rebord de la crête alvéolaire et le sinus maxillaire). Les fractures radiculaire après des amputations sont un autre risque non négligeable: pour les molaires supérieures, le taux est de 56% et de 34% pour les molaires mandibulaires, lorsqu'il reste une seule racine résiduelle.

Fédération Suisse des Ostéopathes

5^e Symposium International de Lausanne «L'Odontologie et l'Ostéopathie»

Samedi 29 novembre 2008 – Université de Lausanne

Inscription en ligne sous: www.fso-svo.ch
7½ heures acceptées comme formation continue



Trio de spécialistes: Pierre Baehni en compagnie de Daniel Ferrari (à gauche) et Gianfranco Carnevale (à droite)

Domages aux tissus dentaires durs lors du traitement parodontal

Thomas Attin, Département de médecine dentaire préventive, de parodontologie et de cariologie, ZZMK, Zurich

Après un traitement parodontal réussi, les surfaces radiculaire des dents instrumentées se retrouvent parfois dénudées suite à la perte ou à la récession des tissus mous adjacents. La dentine de la surface radiculaire résiste moins bien aux attaques chimiques et mécaniques que l'émail. Aussi les surfaces radiculaire dénudées sont plus exposées à une perte de tissus dentaires durs suite à des influences mécaniques tels que le brossage des dents. Par ailleurs, des processus comme la carie ou l'érosion peuvent également entraîner une perte de tissus durs à ces endroits. En outre, suite à l'exposition des tubuli dentinaires, la surface radiculaire exposée tend souvent à présenter des signes d'hypersensibilité.

Une revue systématique de TUNKEL et coll. (2002) n'a trouvé aucune différence concernant l'efficacité du débridement manuel ou par ultrasons; par contre, l'instrumentation assistée par son ou ultrason nécessite considérablement moins de temps. Pour cette méthode, les paramètres influençant la perte de tissus durs sont l'angle d'attache à la surface traitée, la force latérale appliquée et les réglages de l'*unit* (puissance). A condition de respecter ces facteurs, le potentiel de préjudice aux tissus durs est comparable pour le débridement manuel ou mécanisé. Le spécialiste recommande toutefois une finition à la main, du fait que l'état de surface après traitement sonique ou ultrasonique est trop rugueux. Concernant le traitement par jet de poudre abrasive, nous ne disposons pas encore d'essais avec les buses ultrafines (diamètre de moins de 3 mm) mises au point depuis l'étude in vivo de FLEMMING et coll. (2003) qui avait démontré une bonne élimination du biofilm dans des poches jusqu'à trois millimètres. Par contre, il semblerait que la poudre de glycine causerait moins de dommages à la gencive que la poudre de bicarbonate, voire même du curetage manuel.

Aspects parodontaux de la chirurgie périapicale

Thomas von Arx, Département de chirurgie orale et de stomatologie, ZMK, Berne

La chirurgie périapicale fait intervenir la chirurgie pour préserver des dents lorsqu'il n'est plus possible de pratiquer ou de réviser un traitement radiculaire, ou lorsqu'un tel traitement entraînerait des risques élevés. Comme l'opérateur vise en premier lieu l'élimination du problème

périapical, il tend parfois à négliger la situation des tissus mous (gencive, muqueuse alvéolaire). Dans la mesure où les patients sont de plus en plus exigeants sur le plan esthétique, il convient de veiller à procéder de façon à épargner et à préserver les tissus lorsqu'on envisage une incision ou la préparation d'un lambeau. La présentation de Thomas von Arx a passé en revue d'une manière didactique les répercussions de diverses techniques d'incision et de types de lambeaux en chirurgie périapicale sur les paramètres cliniques et parodontaux. En cas de ligne de sourire moyenne, il faut éviter les incisions sulculaires et pour la situation la plus délicate, une ligne de sourire haute, seule les techniques de préservation des papilles devraient être utilisées.

Les implants immédiats préviennent-ils la perte osseuse?

Daniele Botticelli, Division de chirurgie orale, Université de Rimini, Italie

Diverses expériences sur animaux ont été effectuées pour évaluer le modelage et le remodelage osseux autour d'implants après une mise en place immédiate dans l'alvéole d'extraction. La présentation du spécialiste italien a passé en revue les mécanismes de cicatrisation des alvéoles d'extraction avec ou sans implantation immédiate, et a discuté des disparités apparentes entre résultats cliniques et histologiques. Bien que des études cliniques font état de bons résultats à court et à long terme après l'implantation immédiate, il a été démontré récemment que les implants n'empêchent pas la résorption osseuse physiologique qui intervient pendant la cicatrisation après l'extraction d'une dent. Pour



Daniele Botticelli: les implants n'empêchent pas la résorption osseuse.

compenser cette difficulté, il faut dès lors insérer l'implant à un niveau plus profond et plus lingual que le rebord osseux vestibulaire.

Esthétique ou santé: un dilemme parodontal?

Konrad Meyenberg, cabinet privé spécialisé en médecine dentaire esthétique et reconstructrice, Zurich

Une denture au parodonte compromis représente un défi particulier sur le plan esthétique. Souvent, en cas de reconstruction, la situation après un traitement parodontologique préalable pose des problèmes esthétiques difficiles à résoudre par un remodelage des parties molles: dents élonguées, contour des parties molles aplati, absence de papilles, triangle «noir» interdentaire. A notre époque, où l'implantologie propose des alternatives à la dentition naturelle, la question se pose de savoir s'il n'est pas préférable, du point de vue de l'esthétique et de l'efficacité, de sacrifier des dents posant problème à cet égard. Meyenberg a plaidé en faveur d'une attitude qui exploite le plus possible les pouvoirs de régénération des tissus parodontaux. Et de conclure qu'une évaluation réaliste des possibilités actuellement offertes par la chirurgie et la reconstruction, de même que des différentes stratégies de traitement plus ou moins invasives, montre qu'esthétique et santé ne sont pas nécessairement incompatibles, même lorsque l'état du parodonte est compromis.

Les dérivés de la matrice amélaire ont-ils supplanté la membrane?

Anton Sculean, Département de parodontologie, Université Radboud, Nijmegen, Pays-Bas

Le traitement parodontal par régénération vise à restaurer de façon durable les tissus de sou-



Lors de tous les gestes en paro, il faut ménager les tissus durs et mous: Thomas von Arx (à gauche) et Thomas Attin.



Anton Sculean (à gauche) et Pierpaolo Cortellini (à droite): comment repousser les limites de la régénération

tien de la dent (i.e. nouveau ligament parodontal, nouveau ciment avec insertion des fibres du tissu conjonctif et néoformation osseuse) perdu suite à une parodontopathie ou à un traumatisme dentaire. Une thérapie non chirurgicale ou chirurgicale conventionnelle permet certes d'atteindre des résultats cliniques probants, tels que la réduction de la profondeur de sondage, ou un gain d'attachement clinique, mais sur le plan histologique, la guérison se caractérise essentiellement par la présence d'un long épithélium jonctionnel le long des surfaces radiculaires débridées, et par une régénération limitée du ciment et des structures osseuses.

Les résultats histologiques obtenus dans des études cliniques animales et humaines apportent la preuve d'une régénération parodontale lors de l'application de techniques de régénération tissulaire guidée (RTG) faisant intervenir des membranes barrières ou l'application de dérivés de la matrice amélaire (EMD). Les éléments réunis dans des études cliniques contrôlées montrent que ces deux techniques permettent d'obtenir une amélioration significative à court et à long terme par rapport à la situation de départ ou par rapport à une approche conventionnelle avec formation de lambeau (débridement de la surface radiculaire sous contrôle visuel). En outre,

les données disponibles indiquent que les résultats cliniques des deux techniques ne sont pas significativement différents. D'un autre côté, la mise en œuvre de membranes est techniquement exigeante et comporte un risque plus élevé de complications postopératoires telles que l'exposition de la membrane, qui, à son tour, peut entraîner un risque de colonisation bactérienne et d'infection. Une étude multicentrique de SANTZ et coll. (2004) a observé un taux de complications de près de 100% pour les techniques de régénération conventionnelles, contre 6% seulement pour les traitements par EMD. Ces derniers permettent en outre de mettre en pratique des techniques minimalement invasives.

A la lumière des études les plus récentes, il convient de noter que les résultats obtenus par RTG et par EMD sont tout à fait comparables à court et à long terme, avec un taux de complications sensiblement plus faible pour les traitements par EMD. Conclusion: la réponse à la question du titre est oui. Dans la plupart des indications à une thérapie parodontale régénératrice, les dérivés de la matrice amélaire ont dorénavant supplanté les membranes.

Défis ultimes en régénération parodontale: du défaut osseux à trois parois au défaut osseux à zéro paroi. Existe-t-il une solution au dilemme clinique?

Pierpaolo Cortellini, cabinet privé spécialisé en parodontologie, Florence, Italie

Un quart de siècle de recherches dans le domaine de la régénération parodontale a produit quantité d'éléments probants sans pour autant dissiper les doutes d'une partie de la communauté des parodontologues. Les résultats scientifiques publiés ont mis en évidence les possibilités de corriger les défauts à trois parois, depuis les défauts superficiels jusqu'aux plus profonds, et ce avec la plupart des approches régénératives étudiées. L'incertitude croît lorsque le clinicien est confronté à l'absence de davantage de parois osseuses et à un défaut plus large. Dès lors se pose la question clinique: y a-t-il une limite au potentiel de régénération dans les conditions extrêmes de défauts intra-osseux très larges, très profonds, sans parois osseuses? Moins il y a de parois, moins il y a de place et de stabilité pour le caillot sanguin, les matériaux de comblement et les tissus.

De plus en plus d'éléments indiquent comment aborder les lésions intra-osseuses par une stratégie fondée sur l'anatomie de la déficience: depuis une approche très simple, minimalement invasive, pour les défauts à trois parois et/ou les lésions centrales peu profondes, jusqu'à une approche complexe, souvent combinée, pour le traitement des défauts très profonds, très larges,



Congrès de la Société suisse pour la chirurgie orale et la stomatologie (SSOS), Cham, les 26 et 27 juin 2009

Mise au concours destinée aux assistants en formation postgrade

Prof. Thomas von Arx (secrétaire SSOS)

Dans le cadre du congrès de la SSOS, les assistants en formation auront la possibilité de présenter une communication scientifique. Les concoureurs et les confrères poursuivant actuellement une formation en chirurgie orale, ou celles et ceux qui l'ont terminée depuis 12 mois au plus, pourront participer à ce concours. Le temps de parole sera limité à 10 minutes et le sujet devrait être en rapport avec la chirurgie orale ou la stomatologie. La communication fera l'objet d'une appréciation immédiate.

Le résumé (abstract) doit être rédigé numériquement en format IADR (objectifs, matériel et méthode, résultats, conclusion) et parvenir par courrier électronique au secrétariat SSOS jusqu'à la date limite du 31 mars 2009. Une somme de CHF 1000.- récompensera le meilleur exposé. Tous les participants autorisés seront invités au congrès.

E-mail: veronika.thalmann@ssos.ch
Objet: «congrès Cham 2009»



Ça fait du bien: les participants ont pu profiter de l'été indien pour prendre l'air au soleil.

non entourés de parois osseuses. Alors que les membranes e-PTFE renforcées au titane et les matériaux de comblement comme le BioOss® et BioGide® ne sont influencés ni par le nombre de parois résiduelles ni par l'angle radiographique de la lésion, les autres types de membranes et les amélogénines sont influencés par ces paramètres.

En conclusion à son exposé, Pierpaolo Cortellini a exhorté l'audience à ne pas extraire pour remplacer par des implants des dents qu'il est possible de sauver. Même au prix d'un investissement plus important de temps et d'argent!

Conclusions

Force est de constater que ni en médecine dentaire en général, ni en parodontologie plus spécifiquement, on réinvente continuellement la roue. C'est à petits pas que les innovations issues de la recherche franchissent le pas vers les applications cliniques. Même si certains changements de paradigmes ont eu lieu au cours des années, ils n'ont pour ainsi dire pas remis en question les bases de la parodontologie. Il n'y a plus guère de découvertes spectaculaires ou de grands chamboulements. L'heure est aux progrès subtils et au perfectionnement des acquis. L'intention du comité d'organisation, sous la direction d'Andrea Mombelli, de cette réunion scientifique était de palper, de sonder les «Tendances en parodontologie, en discutant de l'évolution récente et future des méthodes de diagnostic et de thérapeutique».

Et, en guise de conclusion, le préavis suivant: le prochain congrès de la SSP aura lieu du 3 au 5 septembre 2009 à Zurich et sera placé sous le

thème «Aspects interdisciplinaires en parodontologie».

Revue

Gouttières de sport

Glass R T et al.: Possible disease transmission by contaminated mouthguards in two young football players

Gen Dent 5: 436-440, 2007

Les gouttières de sport sont recommandées pour la protection de la denture lors d'une activité sportive. Des spécimens portés par des joueurs de hockey furent examinés en constatant qu'ils contenaient une grande variété d'organismes pathogènes et opportunistes, y compris des levures et des moisissures. Le microscope à balayage (MEB) devait montrer le caractère très poreux de ces constructions, ainsi que la présence d'un biofilm complexe.

Les bords tranchants des gouttières peuvent lacérer les tissus mous, ouvrant ainsi un accès direct au riche système vasculaire de la cavité buccale et la susceptibilité d'induire des infections systémiques. Avec cet indice toutefois, il n'a pas encore été possible de décrire de telles conséquences liées au port de gouttières.

Le premier cas étudié par les auteurs était un joueur de hockey de 13 ans, qui commença un entraînement un 20 août à raison de 2 fois par semaine et qui portait une gouttière de sport. Le 4 octobre, il fut blessé à la jambe gauche par le casque d'un opposant, bien qu'aucune lésion visible (dermabrasion, lacération) ne soit apparue. Sa mère observa des lésions traumatiques au niveau de sa muqueuse buccale, dans la région vestibulaire adjacente aux prémolaires et molaires supérieures. Elle les attribua au port de la gouttière que son fils continua toutefois à porter. Sa jambe gauche devait présenter un œdème inflammatoire le 15 octobre, dont la grosseur augmenta considérablement dans les 24 heures qui suivirent. Des tests sanguins furent effectués et un traitement intraveineux par ampicilline fut administré. La réponse aux antibiotiques étant négative, le patient fut hospitalisé, et l'ampicilline remplacée par de la vancomycine intraveineuse. L'inflammation poursuivit néanmoins son cours, et le deuxième antibiotique dut être remplacé par de la nafcilline, une bêta-lactamine souvent utilisée contre le *Staphylocoque doré* résistant à la méthicilline (SARM). La tuméfac-

tion et la cellulite évoluèrent encore pendant 24 heures avec adénopathies périphériques. Des doses alternées de vancomycine et de nafcilline furent administrées. La lésion fut drainée le 20 octobre, montrant des cocci Gram-positifs en courtes chaînes. Un examen Doppler n'indiqua aucune thrombose veineuse profonde. L'inflammation diminua progressivement dans les deux semaines qui suivirent. L'examen bactériologique de la gouttière révéla la présence de colonies isolées de *S. saprophyticus* et de *S. xylosum*, les principaux organismes étant des *Stomatococcus mucilaginosus* et des *Bacillus* spp. Le pathogène opportuniste *Stomatococcus mucilaginosus* est inhabituel et probablement le facteur étiologique de la cellulite. Une levure, la *Rhodotorula*, et cinq types de moisissures étaient aussi présents. Il est vraisemblable que le pathogène ait été transmis de la gouttière au réseau vasculaire par les lésions buccales. L'augmentation du flux sanguin dans la région atteinte de la jambe favorisa la dissémination des organismes et l'invasion du site.

Le second cas est celui d'un garçon de 13 ans, joueur de hockey et porteur régulier d'une gouttière. Après une première saison, il présenta des symptômes d'asthme induit par l'exercice (AIE). Son médecin lui prescrivit un bronchodilatateur sous forme de spray. Son AIE s'intensifia au cours des six ans qui suivirent et, au cours de son entraînement, il souffrit régulièrement de crises d'asthme sévères qui ne répondaient pas au traitement et nécessitaient une intervention médicale. Cette situation fut rapportée au médecin-dentiste traitant qui proposa un examen bactériologique de la gouttière. Une variété de bactéries fut mise en évidence, comprenant le *Bacillus* spp, le *Corynebacterium* spp et la *Listeria* spp. La présence de *Rhodotorula* spp et cinq espèces de moisissures furent également repérées. La variété des levures et des moisissures présentes permit de faire une association avec les symptômes de AIE. Le patient aspirait régulièrement des levures et des spores de moisissures dans son système respiratoire lors d'exercices vigoureux. Les individus sensibilisés mon-

trèrent un rapport évident entre des levures inhalées et des spores de moisissures lors du déclenchement de crises d'asthme. De plus, ce patient pratiquait aussi du basket sans porter de gouttière et sans souffrir de crises d'asthme pendant les exercices.

Le spectre des organismes trouvés sur ces deux gouttières met en avant le risque du port des gouttières de sport. Celles-ci sont hautement poreuses, et c'est là que réside le problème principal. Lorsqu'ils en portent, les athlètes mordent dans et autour des gouttières, libérant ainsi des micro-organismes dans leur cavité buccale, leur œsophage et leur trachée. Des situations dangereuses pourraient être évitées par des mesures régulières de désinfection. Mais aucune méthode acceptable de décontamination n'existe pour le moment. Le mieux serait de n'utiliser une gouttière que pendant une semaine ou encore de ne porter que des gouttières à usage unique.

Michel Perrier, Lausanne

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed
Innerhalb der Zeitschrift: SMfZ
Pour les indications dans les bibliographies: Rev Mens Suisse Odontostomatol
Dans la revue: RMSO

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

Monatsschrift für Zahnmedizin, Postfach, 3000 Bern 8
Für Express- und Paketpost: Postgasse 19, 3011 Bern
Telefon 031 310 20 88, Telefax 031 310 20 82
E-Mail-Adresse: info@sso.ch

Redaktion «Forschung · Wissenschaft» / Rédaction «Recherche · Science»

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Adrian Lussi, Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin,
Freiburgstr. 7, 3010 Bern

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belser, Genève; Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel; Prof. Dr. Rudolf Gmür, Zürich

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Prof. Dr. Urs Belser, Genève; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Neuchâtel

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

Anna-Christina Zysset, Bern
Deutschsprachige Redaktoren:
Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern; Dr. Felix Meier, Zürich; Thomas Vauthier, Möhlin

Responsables du groupe rédactionnel romand:

Dr. Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne; PD Dr. Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercole Gusberti, Lugano; Dr. Serge Roh, Sierre

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMfZ 1/2007, S. 61 (Forschung · Wissenschaft S. 19–24) und auf der SSO-Webseite aufgeführt.

Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/2007, p. 63 et sur la page d'accueil de la SSO.

Instructions to authors see SMfZ 1/2007, p. 66.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Präsident / Président: Dr. med. dent. François Keller, Delémont

Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 7

Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien
Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 04, Telefax 043 444 51 01
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Inserationstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.

Tarifs des annonces / Exemplaires de la Revue: sur demande au Service de la publicité et des annonces.

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.

L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

Gesamtherstellung / Production

Stämpfli Publikationen AG, Wölflistrasse 1, Postfach 8326, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli Publikationen AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 62 55

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 284.80*
Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 33.75*

* inkl. 2,4% MWST / incl. TVA 2,4%

Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 298.–
Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 33.–
+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 319.–

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.

Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.

118. Jahrgang / 118^e année; Auflage / Tirage 2007: 5700 Ex.; Postbestätigung WEMF 2007: 4795 Ex.; Pflichtabonnement: 4026 Ex.; bezahlte Abonnemente: 644 Ex.; Gratisexemplare: 125 Ex. ISSN 0256-2855