

## Le «Neue Gruppe»: une valeur sûre

**Une vingtaine de médecins-dentistes ont créé une association scientifique le 29 avril 1966. Son nom? «Neue Gruppe». Elle est aujourd'hui bien connue, même au-delà des frontières de l'Allemagne. Avec Alessandro Devigus, c'est la première fois qu'un Suisse préside ce vénérable «Study Group». Notre rédactrice s'est enquis de ce cercle de formation continue très particulier.**

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

**RMSO: «Monsieur Devigus, comment avez-vous fait la connaissance du «Neue Gruppe» et depuis combien de temps y êtes-vous actif?»**

Alessandro Devigus, D<sup>r</sup> méd. dent.: «En vérité, c'est plutôt par hasard que j'ai rencontré le «Neue Gruppe». En 2002, sa présidente d'alors, le D<sup>r</sup> Rose-Marie Lohmiller, a organisé un congrès à l'ancien opéra de Francfort sur le thème de l'esthétique. Cette manifestation a rencontré un grand succès avec plus de mille deux cents participants. Autant le programme que l'ambiance du congrès m'ont tout de suite séduit. Je me suis en effet vu confronté à un groupe très motivé de consœurs et de confrères. Pendant tout le congrès, pas une seule fois ils ne se sont exprimés de manière négative sur leur statut professionnel.»

**L'engagement est toujours d'un bon rapport**

«Une part importante des membres du groupe ne traite presque exclusivement que des patients privés», poursuit le D<sup>r</sup> Devigus. «Ceci montre bien que l'engagement dans un environnement économique difficile en vaut la peine. J'ai pu participer en tant qu'invité à la réunion de printemps qui se tient toujours autour de l'Ascension. Lors de cette «rencontre de famille» consacrée aux échanges à la fois scientifiques et sociaux, j'ai pu me rendre compte de l'atmosphère positive et de l'énergie dégagée par ce groupe. Dès lors, j'ai ressenti le besoin de faire partie de cette famille.»

**Procédure d'admission**

**«Comment devient-on membre du «Neue Gruppe?»**

«C'est l'assemblée générale qui décide des admissions. J'ai dû présenter un exposé et organiser une formation continue dans mon propre cabinet. Pendant celle-ci, des membres du groupe nous ont soumis à une observation critique. J'ai eu la chance que les membres m'admettent dans leur cercle illustre. Après seulement quatre ans, il m'a été demandé si j'accepterais de travailler au sein du comité du «Neue Gruppe». Il est révélateur que le président d'alors ait d'abord posé

la question à mon épouse: il savait fort bien à quel point une telle fonction absorbe de temps et d'énergie au détriment d'une vie de couple! Ce sont ces préoccupations toutes familiales qui contribuent notablement à la bonne ambiance

qui règne parmi les membres. La grande surprise, ce fut de me voir proposer de présider le groupe pour deux ans. J'ai été très fier de cette offre faite à un «étranger». Je me réjouis maintenant à l'orée de deux années passionnantes et pleines de défis.»

**Les offres du «Neue Gruppe»**

**«Quelles sont les formations continues que propose le groupe?»**

«Il y a d'abord ce que l'on appelle les «journées de pratique». Elles font en fait partie intégrante de la procédure d'admission des nouveaux membres. Ensuite, des cours et des ateliers sont organisés en Allemagne et à l'étranger. Les échanges d'expérience se déroulent dans le cadre de formations continues orientées vers la pratique, sur les sujets les plus variés. Elles

# UNIVERSITÄT UND PRAXIS

44. Jahrestagung der NEUEN GRUPPE zu Gast bei Freunden in Zürich/Schweiz

**Zürich 28.-30. Oktober 2010**

Dr. J. Schmid · Dr. A. Wetzel · Prof. A. Lussi  
 Prof. A. Mombelli · Dr. M. Ackermann  
 Dr. M. Zehnder · Dr. D. Schneider  
 Dr. U. Besek · Prof. D. Buser  
 Dr. J. Kan · Prof. J. Türp

INFO & ANMELDUNG:  
[www.neue-gruppe.com](http://www.neue-gruppe.com)  
 MediAccess AG · Hofstr. 10 · CH-8808 Pfäffikon  
 Tel.: +41 55 415 30 58 · E-Mail: [info@fbrb.ch](mailto:info@fbrb.ch)

**NEUE GRUPPE**  
 Wissenschaftliche Vereinigung von Zahnärzten

«C'est là une bonne occasion pour eux de faire la connaissance de notre association. Une formation continue de trois jours aura lieu avant notre assemblée de printemps 2010 à Zurich, dans le service du Professeur Hämmerle», dit le président Alessandro Devigus.

sont proposées notamment par le Dr Dietschi à Genève, par le Dr Fradeani à Pesaro, et par le Dr Malo à Lisbonne. Si un cours est complet, tout est entrepris pour en organiser un autre. Nous sommes très ouverts pour le choix des sujets et des enseignants. La priorité est donnée à l'approche interdisciplinaire, favorable à l'ouverture des horizons. Les cours organisés par le «Neue Gruppe» sont également ouverts à des non-membres. C'est là une bonne occasion pour eux de faire la connaissance de notre association. Une formation continue de trois jours aura lieu avant notre assemblée de printemps 2010 à Zurich, dans le service du Professeur Hämmerle. Nous serions heureux que quelques-uns de nos confrères et consœurs nous rejoignent. On peut se renseigner et s'inscrire sur notre site <http://www.neue-gruppe.com>.

**«Le «Neue Gruppe» a-t-il réussi à développer une culture de communication entre l'université et les praticiens privés?»**

«Oui. Le «Neue Gruppe» compte en son sein des médecins-dentistes issus autant de l'université que de la pratique privée. Il en résulte quasi automatiquement une interface entre l'enseignement et la pratique. D'ailleurs, le sujet de notre congrès 2010 est précisément «Université et pratique». Auparavant, il y avait encore plus de membres du «Neue Gruppe» qui était actifs dans les grandes associations. Ils pouvaient ainsi promouvoir la philosophie de la nôtre dans le cadre de leurs activités.»

**«Quels sont les problèmes qui occupent le «Neue Gruppe», et quels sont les objectifs qu'il poursuit?»**

«La structure d'âge est actuellement défavorable au sein de notre association. Un groupe important de confrères plus âgés fait face à un groupe de confrères plus jeunes». Notre approche plutôt restrictive dans l'admission de nouveaux membres a longtemps tenu les jeunes membres à l'écart. Il importe maintenant de combler ces lacunes et de se préoccuper de la relève, tout en préservant le caractère «familial» de l'association. Pour ce faire, le groupe ne veut pas s'agrandir démesurément. Il faut que la survie de nos valeurs soit assurée dans un environnement toujours plus complexe.»

**«Les femmes seront-elles maintenant bienvenues?»**

«Il y a actuellement peu de femmes parmi nous. Mais nous avons déjà eu une présidente, et une femme est en ce moment membre du comité. Avec le changement de la structure des genres, ce seront bientôt les femmes qui seront en majorité. Ce sont cependant les compétences pro-



Le nouveau président Dr Alessandro Devigus (au milieu) raconte: «Les directives qualitatives de la SSO procurent des informations précieuses aux membres du «Neue Gruppe» soucieux de qualité, en particulier dans le contexte du débat politique autour du système de santé en Allemagne.»

fessionnelles et sociales qui priment lors de l'admission de nouveaux membres.»

**Les directives suisses de qualité sont appréciées**

**«Pouvez-vous faire bénéficier le «Neue Gruppe» des expériences accumulées à la SSO?»**

«La Suisse a toujours été un partenaire important pour le «Neue Gruppe». Des professeurs réputés de l'université, tels les Professeurs Mühlmann, Schäfer, Lang, Belsler, Buser et Mombelli, et bien d'autres encore, ont répondu à nos invitations à des congrès et ont participé à des débats avec nos consœurs et confrères. C'est ainsi que nombre de contacts amicaux ont vu le jour. Les directives qualitatives de la SSO procurent des informations précieuses aux membres du «Neue Gruppe» soucieux de qualité, en particulier dans le contexte du débat politique autour du système de santé en Allemagne. Nos collègues allemands se réjouissent de l'échange intense de connaissances et d'expériences qui aura lieu lors du congrès de Zurich. Il se tiendra du 28 au 30 octobre 2010 sous la devise «Invités chez des amis». Je répondrai volontiers à toutes vos questions sur le «Neue Gruppe.»

**La genèse du «Neue Gruppe»**

Le «Neue Gruppe», c'est une réponse des praticiens privés d'Allemagne, née pendant les années soixante: ils ne se voyaient offrir pratiquement rien d'exploitable par les hautes écoles allemandes en termes de formation postgrade. Ils ont voulu proposer une formation continue professionnelle de niveau international, à un prix abordable pour les praticiens privés. De retour d'Amérique ou de Suisse, de jeunes confrères ont parlé de traitements perfectionnés et systé-

matisés à l'aide d'instruments de pointe. La formation continue professionnelle était difficile en médecine dentaire. «Le jeune médecin-dentiste lâché dans la nature après son examen d'Etat à l'université avait acquis des connaissances professionnelles qui, dans nombre de domaines, ne correspondaient pas aux toute dernières avancées de la médecine dentaire», a pu écrire le Dr Günther Wunderling, de Bad Pyrmont. Il poursuivait: «L'offre de formation continue ne peut plus être prise en compte par le praticien privé, sans délaisser à l'excès son cabinet dentaire. Et puis la formation continue elle-même est par trop superficielle. La théorie doit pouvoir être développée en pratique.»

Le «Neue Gruppe» s'est fait une place bien établie au sein de l'association des médecins-dentistes allemands. Lorsque cela a été nécessaire, il s'est également engagé dans le domaine de la politique de la santé.

On trouvera des informations sur le «Neue Gruppe» et ses activités sur son site web à l'adresse: <http://www.neue-gruppe.com>.

**Action Vieil or pour redonner la vue**

**Croix-Rouge suisse** 

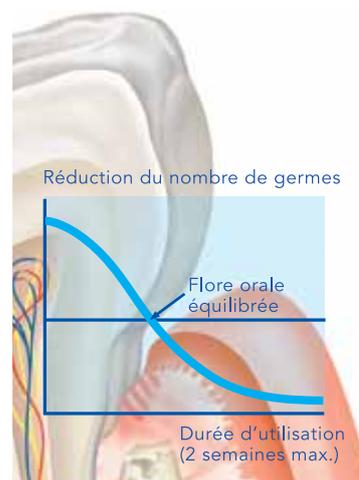


**Compte postal CRS 30-4200-3  
«Redonner la vue»**

# Agir efficacement contre la gingivite et la parodontite.

**meridol® perio**  
**Solution Chlorhexidine 0,2%\***

**sans alcool**



La présence d'alcool dans une solution de chlorhexidine n'offre aucun avantage. C'est pourquoi meridol® perio Solution Chlorhexidine 0,2% ne contient pas d'alcool pour une efficacité identique<sup>1,2</sup>.

## **Qu'est-ce que meridol® perio Solution Chlorhexidine 0,2%\* ?**

meridol® perio Solution Chlorhexidine 0,2%\* sans alcool est un antiseptique servant à réduire temporairement le nombre de germes dans la cavité buccale et inhiber la formation de plaque dentaire bactérienne<sup>1</sup>.

### **Sur prescription médicale**

- en traitement d'accompagnement dans les thérapies parodontales,
- pour empêcher l'infection de plaies après des interventions de chirurgie orale,
- en cas de capacité d'hygiène orale restreinte.

### **Efficacité cliniquement prouvée**

<sup>1</sup> Guillaume M, Bordas A, Rapport interne, 2004, Efficacité comparée d'une solution bucco-dentaire à 0,2% de chlorhexidine (sans alcool) et d'une solution bucco-dentaire à la CHX (alcoolisée) sur la reprise de croissance de la plaque chez des sujets sains.

<sup>2</sup> Lorenz K, Bruhn G, Heumann C, Netuschil L, Brex M, Hoffmann T: Effets de deux solutions bucco-dentaires de chlorhexidine sur le développement de plaque, la gingivite et les colorations: une étude de gingivite expérimentale de trois semaines randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo. J. Clin Periodontal 33 (2006), 561-567.

\* meridol® perio Solution Chlorhexidine 0,2 %

Ceci est un médicament, liste Swissmedic: D

Principe actif: Chlorhexidini digluconas 2mg/ml. Effets indésirables: dans de rares cas, des réactions d'hypersensibilité, des modifications de la muqueuse buccale, des gonflements des glandes salivaires, une sensation de brûlure ou d'insensibilité de la langue, des colorations de la substance dentaire dure et des papilles de la langue peuvent apparaître. Utilisation: adultes et enfants de plus de 8 ans. Pour des informations détaillées, consulter le Compendium suisse des médicaments ou la notice.

Titulaire de l'autorisation: GABA International SA, Therwil

Les études sont disponibles à l'adresse suivante:

GABA International SA, Grabetsmattweg, 4106 Therwil, tél. 061 725 45 45

  
**GABA Suisse**  
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire

## Tomographie volumique numérique (TVN)

### Un nouveau domaine de spécialisation en médecine dentaire – l'interprétation des images devient notablement plus complexe

**Une nouvelle méthode d'examen radiologique a été introduite avec laquelle les praticiens de la médecine dentaire sont encore peu familiarisés: il s'agit de la tomographie volumique numérique (TVN) au service du diagnostic fondé sur l'imagerie. Si un médecin dentiste fait aujourd'hui le choix de la TVN, il doit assumer seul la responsabilité de l'interprétation de coupes en trois dimensions sans superpositions. L'interprétation des images est ainsi devenue plus complexe et plus exigeante.**

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photo: mäd)

Avec la tomographie volumique numérique (TVN, DVT en anglais) au service du diagnostic reposant sur l'imagerie en médecine dentaire, c'est une nouvelle méthode d'examen radiologique qui fait son apparition, avec laquelle les praticiens de la médecine dentaire ne sont pas familiarisés. Elle permet la réalisation de coupes en trois dimensions et sans superpositions. Cette méthode de diagnostic existe en médecine depuis plusieurs décennies, connue sous le nom de tomographie assistée par ordinateur (*computer tomography, CT*). En comparaison avec la CT, la TVN permet le diagnostic avec des doses notablement plus modestes, tout en assurant simultanément une résolution supérieure. C'est pourquoi la TVN est favorisée par rapport aux techniques radiologiques traditionnelles.

#### Une situation fondamentalement nouvelle

Son champ de responsabilités s'élargit grandement, lorsque le médecin dentiste porte aujourd'hui son choix sur la TVN en raison des avantages que nous venons d'évoquer. L'extension porte notamment sur la pose d'indications, considérant les aspects de la justification de l'emploi de cette technique, de l'interprétation des images et du diagnostic et, en sa qualité d'utilisateur des équipements, de la technique de réglage, du choix des paramètres d'exposition, de la gestion de la qualité en fonction des appareils et du respect des prescriptions en matière de protection contre les rayonnements.

#### Interprétation des images: plus complexe et plus exigeante

L'interprétation des images et le diagnostic sont des points particulièrement critiques et délicats. Désormais, le médecin dentiste doit maîtriser le diagnostic fondé sur des images en coupe, ce qui demande de grandes capacités de représen-

tation spatiale. En raison de la grande dimension des images, le praticien assume désormais la responsabilité de l'appréciation de structures qui sortent de son domaine d'activité habituel. Les médecins dentistes doivent être en mesure de reconnaître l'anatomie du crâne et ses altérations pathologiques. L'interprétation des images devient donc sensiblement plus complexe et plus exigeante. Il faut avoir une grande expérience, déjà pour la détermination du volume osseux lors du diagnostic préimplantatoire. La présence

d'altérations pathologiques provoque rapidement un vif sentiment d'incertitude.

Les vues TVN exigent un volume important de stockage des données et posent des problèmes d'archivage des images. Le temps consacré à la gestion des données ainsi qu'à leur interprétation réduit le temps que l'on peut consacrer effectivement au patient. C'est pourquoi le praticien privé doit examiner de manière approfondie tous les aspects d'économie d'entreprise, avant que de se décider pour l'acquisition de son propre équipement TVN.

#### Un mythe: la moindre exposition aux rayonnements

Jusqu'à présent, on croyait dans le monde des spécialistes que la TVN ne provoquait qu'une plus faible exposition aux rayonnements. Les avancées de la recherche dans ce domaine montrent toutefois de plus en plus clairement que tel n'est pas le cas. On a mesuré des doses effectives se situant entre 0,068 mSv et 1,1028 mSv, la plupart des appareils évoluant entre 0,100 mSv et 0,600 mSv. En comparaison, l'orthopantomographie largement utilisée en médecine dentaire donne des valeurs autour de 0,025 mSv. La tomographie assistée par ordinateur (CT) du maxillaire évolue quant à elle entre 0,500 mSv et 0,900 mSv. Ainsi, la plage de doses reçues en tomographie volumique numérique représente



Michael Bornstein, PD, D' méd. dent. explique aux participants du cours les coupes réalisées en TVN, en trois dimensions et sans superpositions.

un multiple de celle de l'orthopantomographie et elle est bien supérieure à celle de la tomographie assistée par ordinateur!

### Un nouveau domaine de spécialisation en médecine dentaire

La tomographie volumique numérique a, sans nul doute, élevé la radiologie dento-maxillo-faciale au rang de spécialité de la médecine dentaire. Pour les enseignants responsables des universités, il est évident que ne peuvent être transmises de manière satisfaisante pendant les études que les bases de la radiologie en médecine dentaire: la connaissance des images intra-orales, l'orthopantomographie et la réalisation de télé-radiographies. Le temps manque souvent pour l'exercice approfondi de l'interprétation des images et du diagnostic reposant sur ces prises de vues. Tous les autres procédés d'imagerie autour du maxillaire, tels la TVN, CT, IRM, les examens à l'aide de produits de contraste et par ultrasonographie, ne peuvent être enseignés que dans leurs grandes lignes. Il est en conséquence inconcevable d'envisager et d'intégrer à la formation académique une formation suffisante à la TVN. Toutes ces «autres méthodes d'imagerie» doivent donc être intégrées aux formations postgrades ou à des cours de formation continue. C'est pourquoi il faut débattre au sein de la SSO de la création d'un titre de «médecin dentiste spécialiste en radiologie dentaire et maxillo-faciale», tel qu'il en existe déjà dans quelques pays européens et aux Etats-Unis.

### Premier cours de formation et de certification

Pour la première fois et pendant l'exercice sous revue, une formation de haute qualification à l'échelle de tout le pays a été organisée par la Société suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale (SSRDMF), couronnée par un certificat et en accord avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Les formateurs ont été recrutés parmi des représentants des institutions d'enseignement de base et de formation continue en médecine dentaire. C'est l'OFSP qui est à l'origine de cette formation. Il avait prié la SSRDMF de mettre sur pied et de gérer un programme de formation en tomographie volumique numérique. L'OFSP avait recommandé la SSRDMF en tant qu'instance compétente pour la formation en TVN.

Ce cours de formation de base et de certification en tomographie volumique numérique ne s'adresse en fait pas seulement à tous les utilisateurs d'équipements de TVN, mais tout autant à ceux qui réfèrent des patients ainsi qu'aux nouveaux utilisateurs de cette technique fascinante. Le cours met donc l'accent avant tout sur l'iden-

tification des structures visibles sur les images et sur l'exercice de l'interprétation, de l'analyse et du diagnostic en plus de l'enseignement de tous les points théoriques importants. La formation se répartit en deux grands domaines:

### Formation portant sur tous les aspects de la médecine dentaire

Ce domaine sera couvert par un groupe central de formateurs. La formation est conçue pour tous les utilisateurs d'équipements et pour tous les référents qui n'en exploitent pas eux-mêmes, mais qui sont désireux d'interpréter les images. Elle se conclut par le certificat de «Formation en tomographie volumique numérique».

### Formation complémentaire pour les exploitants d'équipements portant sur tous les aspects techniques et spécifiques aux appareils ainsi que sur les mesures de protection contre les rayonnements

Ce domaine couvre la formation de l'utilisateur par l'entreprise de distribution et/ou d'installa-

tion lors de la remise des équipements; elle sera d'une durée d'une journée au minimum. Pour ce faire, les entreprises soumettent à la SSRDMF un programme de formation homologué adapté aux spécificités du système TVN correspondant. Le but de cette homologation est l'homogénéisation de la qualité de cette formation sur les équipements correspondants. Le programme de formation est reconnu par la SSRDMF. Des entreprises se sont d'ores et déjà déclarées disposées à l'appliquer et à mettre à disposition le personnel qualifié indispensable.

Le certificat «Formation en tomographie volumique numérique et formation à l'exploitation d'un appareil de tomographie volumique numérique» est délivré à l'issue de ces deux formations.

La SSRDMF a déjà pu convaincre douze entreprises d'adhérer à cette formation. Elles ont en effet reconnu que leur succès économique dépendait directement de leur collaboration avec l'association professionnelle compétente qui organise la formation sur les appareils qu'elles vendent.

## Un quart de siècle au service de la SSO

**La garantie du libre exercice de notre profession est l'une des priorités de notre politique professionnelle. La rédaction s'est entretenue avec le secrétaire de la SSO, Alexandre Weber, avocat et docteur en droit. Voici vingt-cinq ans qu'il fait tout pour préserver l'attractivité de la profession de médecin-dentiste.**

Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SSO (photo: mäd)

**RMSO: «Vous assumez depuis vingt-cinq ans les fonctions de secrétaire de la SSO. Comment votre champ d'activité et celui du secrétariat de la SSO ont-ils évolué au fil des ans?»**

D<sup>r</sup> Alexander Weber: «Par rapport à ce qui se passait auparavant, je dois me soucier beaucoup plus des affaires de nature politique. Notre environnement, qu'il soit politique ou social, est devenu beaucoup plus complexe et dynamique. Et ceci vaut aussi pour la médecine dentaire, alors que de plus en plus de médecins-dentistes étrangers se pressent sur le marché suisse, déjà saturé aujourd'hui en maints endroits dans les zones urbaines. En même temps, le cadre économique devient de moins en moins prévisible. Il est de plus en plus difficile de faire le pas vers l'exercice indépendant de la profession. Celle-ci continue à se spécialiser. Alors que le médecin-dentiste pouvait autrefois compter sur une patientèle stable peu de temps après l'ouverture de son cabinet, il faut aujourd'hui des périodes de lancement beaucoup plus longues. Tout ceci montre à quel point ont augmenté les exigences du travail associatif. Il faut énormément de travail de coordination et de conviction pour parler

aujourd'hui d'une seule voix dans le champ clos de notre politique professionnelle. C'est grâce à un front uni que l'on pourra atteindre nos objectifs. A ceci s'ajoute le développement constant



La médecine dentaire continuera, aussi bien au niveau global que national, à jouer un rôle important dans la desserte médicale de la population.

# SSO

## Urgences vitales au cabinet dentaire

### Faut-il prendre la tension d'un patient inconscient?

Lorsqu'un patient perd connaissance, il faut agir avec rapidité et efficacité. Le but est de reconnaître le plus rapidement possible une situation susceptible de mettre en péril le pronostic vital. Il convient d'éviter les actes superflus, telle la prise de la tension. Commencez immédiatement par les mesures de base, les simples mesures vitales de la réanimation. Ce sont les suivantes:

- Positionnement du patient inconscient,
- Libération et maintien de la perméabilité des voies aériennes (A),
- Ventilation (respiration) artificielle (B),
- Compression thoracique (anciennement: massage cardiaque) (C).

A chaque étape de la réanimation, examinez les points suivants:

- L'état de conscience,
- La respiration, et
- La circulation du patient inconscient.

Dans la plupart des cas, les mesures de base ne suffisent pas à elles seules pour normaliser les fonctions vitales. Elles ne permettent pas non plus de remédier à la cause de la perte de conscience. De ce fait, le traitement immédiat est purement symptomatique; son objectif est plutôt le maintien des fonctions vitales que le rétablissement de fonctions normales. Il sert en première ligne à assurer l'approvisionnement en oxygène de toutes les cellules de l'organisme. Important: ces mesures de base sont appliquées dans tous les cas d'urgence. Le médecin-dentiste doit à chaque instant savoir reconnaître et traiter une détresse respiratoire ou circulatoire. Cela veut dire qu'il doit maîtriser les mesures de base propres à sauver la vie aussi bien dans la théorie que dans la pratique!

Source: cours de la SSO sur les urgences vitales



**De plus amples informations se trouvent dans le cours virtuel sur les urgences vitales sur le site web de la SSO à l'adresse: [www.sso.ch/sso\\_course/index.htm](http://www.sso.ch/sso_course/index.htm)**

de nos propres offres de prestations: le secrétaire de la SSO a besoin aujourd'hui de bien plus d'effectifs qu'il y a vingt-cinq ans.»

### «C'est à vous qu'il incombe de traduire les décisions stratégiques de notre comité dans le quotidien de la politique. Pouvez-vous décrire pour nous vos activités de lobbying?»

«Quiconque veut exercer une influence au niveau politique doit s'impliquer dans des organes divers et maintes commissions. Pour agir avec efficacité, il y a lieu de détecter à temps les tendances qui se dégagent. Il faut donc ouvrir les oreilles et constamment saisir la balle au bond. La défense de nos intérêts, c'est aussi la recherche permanente de partenaires appropriés. Qui partage les mêmes intérêts? Où se recoupent-ils? Avec qui pouvons-nous former une coalition efficace? L'arène politique ne s'est pas fondamentalement transformée au fil des ans, même si les débats sont devenus plus passionnés.»

### «Quels sont aujourd'hui les défis que pose la politique de la santé en médecine dentaire?»

«Il nous faut défendre le libre exercice de notre profession. Nous devons contenir l'avancée de la bureaucratie si nous voulons préserver durablement l'attractivité de la profession de médecin-dentiste. Nous nous engageons également pour que les fournisseurs de prestations en médecine dentaire voient leur activité équitablement rémunérée, malgré l'augmentation des coûts de la santé.»

### «Qu'attendez-vous de notre nouveau ministre de la santé?»

«Il faut d'abord qu'il nous laisse faire notre travail. Continuer à nous imposer des statistiques, des contrôles et des limitations, ce n'est pas ce dont la médecine dentaire a besoin. Ce sont les associations professionnelles spécialisées qui savent le mieux ce qu'il faut faire. Avec ses directives en matière de qualité, la SSO a accompli un travail de pionnier.»

### «Comment percevez-vous l'avenir de la médecine dentaire en Suisse?»

«La médecine dentaire compte parmi les branches de l'économie qui sont les moins exposées aux

fluctuations de la conjoncture. Elle continuera, aussi bien au niveau global que national, à jouer un rôle important dans la desserte médicale de la population. Mais son organisation va changer: il y aura de plus en plus de cabinets collectifs, des modèles d'assurance nouveaux. Il y aura aussi de plus en plus de femmes médecins-dentistes travaillant à temps partiel. Voici comment j'essayerais les principales tendances.»

### Biographie succincte

Alexander Weber est né en 1947 à Berne. Maturité en 1966 à Schwyz où il a passé sa jeunesse. Etudes de droit à l'Université de Berne, couronnées par un doctorat en 1975. C'est en 1976 que le Dr Weber a obtenu son brevet d'avocat et qu'il a conclu ses études par une formation postgrade à la Law School de l'Université du Michigan, suivies d'un stage de plusieurs mois dans une étude d'avocats à New York. Il intègre en 1978 l'étude du Dr Gis Hochstrasser à Berne et reprend la direction des fondations de la SSO. Alexander Weber assume depuis 1984 les fonctions de secrétaire de la SSO, tout en assistant en parallèle ses clients dans des affaires de droit civil, économique et administratif.

## Congrès / Journées scientifiques

Compte rendu du Congrès annuel de la SSRD du 30 octobre 2009 à Berne

### L'âge a-t-il une signification en médecine dentaire reconstructive?

**Compte tenu des attentes des seniors à mener une vie active en jouissant d'un bon état de santé, on peut s'attendre à ce qu'un nombre croissant de personnes âgées ou très âgées s'efforcent de poursuivre aussi longtemps que possible des contrôles et traitements médico-dentaires réguliers, selon des habitudes acquises au cours des périodes antérieures de leur existence. Ce qui peut créer des problèmes pas assez connus jusqu'à présent.**

Thomas Vauthier, Möhlin (texte et illustrations)

En raison de la prévention médico-dentaire efficace, initiée dans les années du baby boom, un nombre croissant de personnes atteignent aujourd'hui un âge avancé en conservant un nombre toujours plus élevé de leurs propres dents. Cependant, l'état de santé bucco-dentaire des seniors est souvent insuffisant, et aurait plutôt tendance à se péjorer actuellement. Dans ce contexte, le dépistage précoce des maladies importantes du point de vue de l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées a une importance pluridisciplinaire, en raison des relations possibles entre les maladies orales et systémiques et de la probabilité croissante avec

l'âge des polymorbidités et des maladies chroniques, afin de prévenir d'une part une péjoration ultérieure de l'état de santé et de la situation psychosociale de ces patients, et pour éviter, d'autre part, des complications lors des traitements médico-dentaires ou, de manière plus générale, dans le domaine médical.

Au vu de ces tendances, le Congrès annuel 2009 de la Société suisse de médecine dentaire reconstructive (SSRD) s'est penché avec raison sur la question «L'âge a-t-il une signification médecine dentaire reconstructive?». Après l'allocation de bienvenue du Dr Horst Kelkel, président de la SSRD, une brochette de spécialistes de renom ont abordé la question sous différents angles, médicaux, gériatriques, psycho-sociaux et plus particulièrement médico-dentaires. Un exercice aussi intéressant qu'utile, car les spécificités des soins aux patients âgés continuent à être traités de parent pauvre dans la formation de base et de perfectionnement en médecine dentaire.

#### Changements dus à l'âge

*Professeur François Höpflinger, Université de Zurich*

En préambule au programme scientifique, le Professeur François Höpflinger, Institut de sociologie, Université de Zurich a passé en revue les aspects généraux, sociologiques et démographiques résultant de l'espérance de vie croissante dans les pays industrialisés. Dans ce qui est désormais résumé sous le terme «deuxième moitié de la vie», le spécialiste perçoit trois processus de changement: vieillissement de la population, augmentation du nombre de personnes appartenant à une génération ayant d'autres systèmes de valeurs et tendance à une vie plus active chez



Le Professeur François Höpflinger a illustré du point de vue socio-démographique les changements et les tendances caractérisant le vieillissement.

les seniors. Cette dynamique de la deuxième moitié de la vie, caractérisée en outre par une plus grande mobilité sociale et culturelle est historiquement sans précédent.

Le vieillissement démographique est en partie compensé par la diminution de l'importance de l'âge biologique/chronologique en faveur de l'âge subjectif perçu par les seniors. Dans une enquête représentative, 65% des personnes de plus de 75 ans estiment que leur santé est bonne à excellente, en dépit du fait que les problèmes médicaux liés à l'âge (diabète, hypertension artérielle, affections rhumatismales, troubles du sommeil) augmentent fortement à partir de 64 ans. En revanche, il est réjouissant de constater que dans cette génération entrant dans la tranche des 60 à 80 ans, le nombre de consultations médico-dentaires ou de soins par des hygiénistes est également en constante augmentation, parallèlement à une conscience accrue de l'importance d'un mode de vie plus sain (alimentation, activités physiques et intellectuelles).

#### Complications médicales lors de traitements dentaires chez les personnes âgées

*Professeur Torsten E. Reichert, Université de Regensburg, Allemagne*

Le risque de complications médicales lors de traitements dentaires chez les personnes âgées se compose d'une part des risques inhérents à l'intervention thérapeutique elle-même et d'autre part des complications potentielles en raison d'affections systémiques (cardiovasculaires, respiratoires, hémorragiques, etc.). Par conséquent, l'anamnèse revêt une importance particulière, puisqu'elle sert de base à une analyse des risques, voire de l'évaluation critique de l'indication à un



Le Dr Horst Kelkel, président de la SSRD avait le plaisir d'accueillir les nombreux participants au Congrès annuel 2009 au Kursaal de Berne.

traitement prévu et des précautions qui s'imposent, le cas échéant.

L'anesthésie locale est sans doute au premier plan, du fait qu'elle est susceptible d'entraîner des complications soit systémiques, soit locales, notamment en raison de l'adjonction de vasoconstricteurs. L'adrénaline, molécule de premier choix, n'est pas formellement interdite chez les patients à risques. Par contre, il ne faudrait pas dépasser une concentration de 1:200 000, injecter des doses aussi réduites que possible et assurer un monitoring adéquat (oxymétrie de pouls, tension artérielle). Chez les diabétiques, il est recommandé d'utiliser des produits sans adrénaline (qui peut provoquer des hyperglycémies) comme la mépivacaine ou du Xylonest (vasoconstricteur: félypressine).

Les recommandations en matière de prophylaxie de l'endocardite ont récemment été modifiées et se limitent dès lors essentiellement aux patients porteurs de prothèses valvulaires, à ceux présentant des antécédents d'endocardite ou des cardiopathies congénitales non corrigées, voire une valvulopathie apparue après une transplantation cardiaque (détails: [www.swisscardio.ch](http://www.swisscardio.ch)). Sans aborder ici en détail les nombreuses étiologies des diathèses hémorragiques, il faut retenir que le praticien est dans tous les cas tenu de contacter le médecin traitant des patients présentant un tel risque. Les mesures hémostatiques vont de la simple compression à l'aide de tampons de gaze, en passant par des sutures étanches, l'application de cire osseuse ou de colles de fibrine jusqu'à la pose d'attelles de cicatrisation en résine thermoformée.

Chez les patients diabétiques, il faut tenir compte de la susceptibilité aux infections et aux complications de la cicatrisation. Pour éviter des dérèglements de la glycémie, programmer les soins de préférence le matin après le petit-déjeuner, prévoir des séances pas trop longues et utiliser des anesthésiques sans vasoconstricteur. Pour des interventions chirurgicales, notamment en cas de contrôle insuffisant de la glycémie, une couverture antibiotiques pré- et postopératoire est recommandée.

### Le facteur de bien-être gérostomatologique au cabinet dentaire

*D<sup>r</sup> Marion Sauter, ZZMK Zurich*

Remplaçant au pied levé sa cheffe, la D<sup>r</sup> Ina Nitschke, PD, absente pour raison de maladie, c'est donc Marion Sauter, maître assistante à la Clinique de médecine dentaire pour les personnes âgées et handicapés du Centre de médecine dentaire de l'Université de Zurich, qui a présenté le concept du facteur de bien-être gérostomatologique. Force est de constater que la fréquence des consultations des personnes âgées



D<sup>r</sup> Marion Sauter: il faut abattre les barrières qui empêchent l'accès des patients âgés aux soins dentaires!

au cabinet dentaire diminue sensiblement, alors que le nombre des consultations médicales augmente parallèlement avec l'augmentation des problèmes de santé générale. Or, les origines de ce constat ne sont pas uniquement la perte d'intérêt pour la santé bucco-dentaire, mais également un certain nombre d'écueils, voire de barrières, qui retiennent les seniors de se faire soigner dans un cabinet dentaire.

La fréquence des chutes augmente considérablement avec l'âge: plus de 40 pour cent des personnes de plus de 80 ans font au moins une chute par année, avec des conséquences parfois sérieuses. Peu étonnant donc que la mobilité diminue en raison de la peur de trébucher ou de tomber. Pour cette raison, il est primordial d'assurer une accessibilité sans encombres au cabinet dentaire: parking ou transports publics à proximité, élimination dans la mesure du possible des obstacles sur le chemin d'accès, entrée de préférence de plain pied ou alors par une rampe (fauteuil roulant) ou des escaliers spécialement aménagés (mains courantes des deux côtés!), couloirs suffisamment larges et bien illuminés ou encore chaises équipées d'accoudoirs permettant de mieux se lever.

Font également partie des facteurs contribuant au confort des patients âgés, la mise à disposition de lunettes de lecture confectionnées pour les seniors ayant oublié les leurs (pas si rare!), ou d'aides acoustiques (p. ex. Sennheiser Audioport A 1), la planification des rendez-vous en accord avec les préférences individuelles ou encore le choix d'un langage compréhensible et de moyens de communication adaptés à l'âge du patient. Pour les soins aux patients en chaise roulante, il existe des appuie-têtes universels à

visser sur le dossier et l'utilisation d'une lampe frontale est souvent plus pratique que le scialytique.

### L'évaluation pluridimensionnelle du patient âgé

*Professeur Christian Besimo, Clinique Esculape, Brunnen*

Il a déjà été montré en gériatrie qu'une évaluation médicale pluridimensionnelle et multidirectionnelle permet d'améliorer la santé et la qualité de vie sans augmentation des coûts. C'est pourquoi on ne saurait qu'encourager l'introduction de méthodes au service du dépistage systématique au cabinet de médecine dentaire également, des affections concernant plus particulièrement les personnes âgées. Ces instruments devraient contribuer à la reconnaissance précoce des atteintes d'ordre médical et psycho-social qui peuvent avoir des conséquences lors de traitements dentaires des seniors; les renseignements obtenus sont en outre susceptibles de fournir des indications quant à la survenue de nouvelles affections chez ces patients.

Les instruments d'évaluation doivent être simples et utilisables sans investissements temporels ou financiers supplémentaires, ou alors il faut que ces investissements supplémentaires restent très limités, et n'empiètent pas sur l'organisation du travail et son déroulement. Les instruments proposés se limitent donc à *minima* aux éléments suivants:

*Feuille d'anamnèse et liste de médicaments* pour poser les questions systématiques se rapportant à la santé du patient, afin d'évaluer la situation médicale générale et reconnaître plus facilement



Professeur Christian Besimo: seule l'évaluation pluridimensionnelle permet d'aborder de manière à la fois globale et nuancée l'être complexe qu'est le patient âgé.



Quatre illustres spécialistes aux premières loges: Les Professeurs Maurizio Tonetti (à g.) et Christoph Hämmerle, Université de Zurich, ainsi que le Dr Stephan Götter, ancien président de la SGZBB (à g.), et le Prof. Carlo Marinello, Université de Bâle, en arrière-plan.

les relations possibles entre les affections bucco-dentaires et les maladies systémiques.

*Check-listes* pour l'ensemble de l'équipe (médecin-dentiste, hygiéniste dentaire, assistante en prophylaxie, réception, assistantes dentaires), permettant de noter les particularités ou altérations qui se manifestent dans les différents domaines d'activité, tant du point de vue de l'apparence du patient que de son comportement, ce qui permet de réaliser une observation systématique du patient pratiquement sans perte de temps et sans coûts supplémentaires.

*Procédés de dépistage* pour la mise en évidence d'affections telles que les dépressions, les démences et la malnutrition, basée sur des tests validés (objectivité, fiabilité) permettant l'obtention fiable et économique des données importantes et assurant la reproductibilité des résultats. L'application de ces méthodes ne permet pas au médecin-dentiste de poser les diagnostics y relatifs, mais permet simplement d'exprimer la suspicion éventuelle de certaines atteintes de la santé, afin de pouvoir les vérifier et, le cas échéant, adresser le patient dans les meilleurs délais à son médecin traitant.

Pour de plus amples renseignements concernant l'évaluation pluridimensionnelle du patient âgé, nous attirons l'attention sur l'article «Affections médico-psycho-sociales de la personne âgée: Dépistage en pratique médico-dentaire» de Christian Besimo, publié dans la partie «Pratique quotidienne et formation complémentaire» du présent numéro de la RMSO.

### Risque parodontal et affections généralisées

Professeur Maurizio Tonetti, Gênes

En reprenant un sujet central de ce congrès, le spécialiste italien a d'abord cité quelques résultats issus d'études récentes sur le vieillissement des populations. Selon CHRISTENSEN et coll. (Lancet 2009), on peut partir actuellement de l'idée que 50% des bébés nés dans les années à partir de 2000 vont pouvoir célébrer leur centième anniversaire! En effet, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, notamment en raison de la diminution de la mortalité. En revanche, les taux de co-morbidités des personnes âgées sont en hausse: 79% des plus de 79 ans présentent une ou plusieurs affections systémiques comme des maladies cardiovasculaires, le diabète ou des cancers qui sont susceptibles d'entraîner un handicap fonctionnel. Or, comme l'avait déjà mentionné le premier intervenant de la journée, on note une augmentation considérable des années actives, vécues en bonne santé (*healthy life years*) après l'âge de 65 ans, même si la tendance est en train de se ralentir dans nombre de pays. La santé bucco-dentaire est reconnue comme étant l'un de facteurs clés du bien-être et de la santé des seniors.

Dans ce contexte, il faut mentionner que la parodontite est l'une des principales étiologies des dysfonctions masticatoires. Il y a un nombre croissant d'études démontrant des liens entre la parodontite et certains facteurs de risque ayant des conséquences sur la santé générale, en premier lieu le tabagisme, mais également l'obésité

ou la malnutrition. Même si toutes les associations ne sont pas encore connues ou prouvées, le concept actuel évoque des influences mutuelles entre la parodontite d'une part et un certain nombre de «facteurs de risque partagés» (*shared risk factors*) comme l'athérosclérose, le diabète, certains cancers, l'arthrite et l'ostéoporose, d'autre part. Selon l'une des hypothèses les plus plausibles, le dénominateur commun serait l'expression accrue de différents processus inflammatoires. C'est d'autant plus probable que l'inflammation chronique serait l'un des éléments impliqués dans le vieillissement et la sénescence, exprimée par le déclin fonctionnel, cognitif et finalement la mortalité.

### Qu'entend-on par prestations socialement acceptables?

Dr Peter Wiehl, Policlinique de la ville de Bâle

La médecine dentaire a comme objectif de maintenir les structures naturelles existantes et de rétablir le confort masticateur et l'esthétique, en tenant compte des besoins individuels du patient, tout en maintenant ou en créant des conditions buccales saines. Or, il n'y a pas lieu de céder à l'esprit consumériste qui s'est manifesté, il y a longtemps déjà, dans le domaine de la médecine dentaire, du fait que de plus en plus de patients souhaitent être considérés comme des clients. Pour les soins dentaires relevant des assurances sociales, il y a lieu lors de la planification, de tenir compte, en plus de l'«optimum individuel», de l'exigence que les traitements doivent être



Le Dr Peter Wiehl est un éminent spécialiste des subtilités du domaine fort complexe des prestations dites socialement acceptables.

«efficaces, appropriés et économiquement adaptés» (art. 31 et 32 LAMal). A ce propos, les efforts consentis par le patient pour sa santé buccale (prophylaxie, état parodontal, édentations traitées ou non compensées) jouent un rôle essentiel. Les convoitises de la part du patient client/consommateur doivent être soumises au principe premier des possibilités thérapeutiques appropriées et économiquement adaptées. Contrairement au «client», libre de choix, le «patient» ayant recours au remboursement des soins dentaires par les assurances sociales doit accepter que les indications et les modalités du traitement sont de la responsabilité du médecin dentiste. Une arcade dentaire raccourcie, souvent limitée à une occlusion prémolaire, peut représenter un objectif de traitement socialement acceptable et satisfaisant pour le patient.

### Implants et patients âgés

Professeure Regina Merciske-Stern, ZMK, Université de Berne

L'implantologie, à l'instar d'autres spécialités ou la médecine dentaire en général, évolue dans un contexte caractérisé par ce que la spécialiste de Berne résume par les «quatre i»: *Instabilité, Incontinence, Intellect et Immobilité*. Les modifications de ces quatre éléments au cours du vieillissement sont à l'origine de la perte progressive de l'autonomie. En outre, la majorité des affections médicales chez les personnes âgées ou très âgées sont chroniques, généralisées, irréversibles et progressives (comme p. ex. la démence, un problème qui ne manquera pas de nous préoccuper de plus en plus à l'avenir, en raison notamment de l'évolution démographique).

## En marge du Congrès 2009 de la SSRD



### Regina Merciske-Stern élue future présidente

Lors de l'Assemblée générale de la SSRD du 30 octobre 2009, la Professeure Regina Merciske-Stern a été élue «Président elect» de la société. Elle succédera en 2010 au Dr Horst Kelkel (en arrière plan), président sortant, qui avait été élu en 2007. Selon les statuts, la durée du mandat est limitée à trois ans, avec possibilité de prolongation d'une année.



### Sandro Palla élu membre d'honneur

Dans la même séance, l'Assemblée générale a élu le Prof. Sandro Palla (à droite) membre d'honneur de la SSRD. Le lauréat, qui fut l'un des membres fondateurs de feu la SSPD (Société Suisse de Prothèse Dentaire), renommée par la suite SSRD (Swiss Society for Reconstructive Dentistry), a reçu du président de la SSRD un diplôme et une jolie boîte cadeau dont le contenu n'a pas été révélé...



### Quatre nouveaux spécialistes

Les Drs Luca Rodoni, Lugano, Rolf Kellerhoff, Berne, Eckart Teubner, Bâle et David Siegenthaler, Zurich (de gauche à droite) ont acquis en 2007, 2008 et 2009 respectivement leur titre de spécialiste en médecine dentaire reconstructive. Les trois premiers ont présenté leurs documentations de cas de spécialisation. Ces présentations cliniques, ainsi que celle du Dr Serge Borgis, Secrétaire de la SRD, Genève, ont agréablement entrecoupé les exposés plus théoriques des intervenants principaux.

Parallèlement, les risques inhérents aux traitements médicaux ou dentaires augmentent. Pour ces raisons, le concept 20/80, soit vingt dents à l'âge de quatre-vingt ans, tel qu'il avait été formulé à l'origine par MIYAZAKI et coll. en 2005, mérite toute notre attention. L'arcade dentaire raccourcie permet en effet non seulement d'éviter la confection de prothèses amovibles, mais également la pose d'implants. De nombreuses études ont démontré que les personnes âgées ou très âgées fonctionnant avec des dents naturelles sont en meilleure santé que les patients édentés ou porteurs de prothèses. Il se pose cependant le problème d'un maintien adéquat des dents naturelles, par des soins d'hygiène adéquats – que les patients sont de moins en moins capables d'assumer eux-mêmes. Or, une denture négligée ou délabrée représente une bombe à retardement, du fait qu'elle est susceptible de devenir un risque pour l'état de santé général (parodontite, infections odontogènes, perte de capacité masticatrice entraînant des carences, voire une malnutrition).

En dépit de ces considérations, les implants font partie intégrante des options thérapeutiques, même en âge avancé. Il va sans dire qu'il faut une sélection rigoureuse des patients, par l'évaluation de l'état de santé général: affections systémiques, médications (attention à la polypharmacie!), capacités cognitives et aptitudes manuelles pour assurer une hygiène acceptable, et d'autre part de la situation osseuse (quantité et qualité). Deux récentes études rétrospectives de Rentsch et coll. (acceptée pour publication) et d'UEDA et coll. (soumise pour publication) arrivent à la conclusion que 80% des prothèses inférieures ancrées sur deux implants interforaminaux sont toujours en fonction après un délai d'observation supérieur à 10–24 ans.

### Alternatives pour l'amélioration des traitements par prothèse amovible

*D<sup>r</sup> Fidel Ruggia, ZZMK, Université de Zurich*  
Les principaux problèmes rencontrés dans le domaine de la prothèse partielle amovible sont suffisamment connus: échecs biologiques (caries, lésions parodontales) ou techniques (fractures de crochets, de la résine) ainsi que manque de satisfaction du patient (éléments visibles du châssis, perte de rétention, manque de confort masticatoire, etc.). Du fait que la plupart des principes de design des prothèses stellites ne reposaient pas sur des preuves scientifiques, une première révolution a eu lieu dans les années 90: c'était l'heure du «bikini design», caractérisé par une réduction au strict minimum du recouvrement tissulaire et l'élimination de tous les éléments gênants ou superflus des châssis. Deux crochets étaient dès lors considérés suffisants.

La deuxième coupe rase est intervenue dans les années 90: le bikini est devenu «string brésilien»... Partant de l'idée que la rétention et la prévention de l'enfoncement des prothèses stellites peuvent parfaitement être assurées par un minimum de crochets, pour autant que ceux-ci enrobent le plus possible les dents piliers et que l'on puisse réaliser un parallélisme quasi parfait des plans d'insertion (parallélomètre intrabuccal!), les bras élastiques n'avaient plus de raison d'être. Dans les régions esthétiquement sensibles, il est possible de créer des appuis occlusaux par le modelage de cuspidés artificielles en composite. La combinaison de ces nouveaux principes de design permet dès lors de proposer des stellites (presque) sans éléments de métal gênants; l'avantage est triple: esthétique améliorée, d'où plus grande satisfaction du patient, moins d'échecs techniques par perte progressive de la rétention et moins de risques biologiques par le recouvrement tissulaire minimal et l'éloignement du châssis des structures parodontales, associé à une meilleure nettoyabilité.

### Planification et évaluation des reconstructions prothétiques chez les personnes âgées

*Professeure Frauke Müller, Section de médecine dentaire, Université de Genève*  
Les principaux défis et difficultés en gérodontologie sont la polymorbidité et la polymédication, la perte d'autonomie, de la motivation et des capacités de communication. Les patients souffrant de démence posent sans doute le plus de

problèmes. Selon la sévérité de la démence, il sera possible de procéder soit sans changements du plan de traitement, soit avec quelques adaptations ou compromis, ou alors en se limitant au soulagement des douleurs ou des réparations simples.

Par conséquent, le plan de traitement gériatrique et la planification des soins sont des processus dynamiques qui doivent comprendre les considérations suivantes:

- Besoin exprimé
- Diagnostic bucco-dentaire
- Plaintes du patient
- Raisons médicales pour un traitement dentaire

#### Plan de traitement académique (idéal)

- Diagnostic médical et fonctionnel
- Handicap physique et mental
- Rapport coût-bénéfice
- Autonomie

#### Plan de traitement clinique (raisonnable)

- Demande exprimée
- Désirs de la famille et aspects financiers
- Soins généraux et bucco-dentaires

#### Plan de traitement pratique (actuel)

- Modification de la compliance
- Modifications de l'état de santé oral ou général
- Plan de traitement modifié (actuel)

Il existe de nombreux outils d'évaluation clinique des patients et/ou des prothèses en gérodontologie.



Tout sourire: Frauke Müller et Regina Mericske-Stern, deux figures de proue de la gérodontologie en Suisse.

logie. Il est impossible, dans le cadre de ce compte-rendu synoptique, de les présenter tous ou encore moins d'y entrer en détail. Deux instruments sont cependant au premier plan: En élargissant l'évaluation selon le schéma du *Oral Health Impact Profile* (OHIP), McENTEE et coll. ont introduit dès 1999 le *Clinical Oral Disorder in Elders Index* (CODE), qui prend en considération les fonctions mandibulaires et occlusales, les muqueuses, les dents et les structures parodontales, ainsi que les prothèses.

### Conclusions

Même si tous les intervenants ne se sont pas trop strictement limités à l'illustration de la question

centrale, «L'âge a-t-il une signification en médecine dentaire reconstructive?», le Congrès annuel 2009 de la SSRD était riche en enseignements et aura sans doute permis à tout un chacun d'aiguiser sa sensibilité pour la prise en charge des patients âgés. La gérostomatologie demande de la part du praticien une grande souplesse et de solides connaissances allant au-delà du domaine tout de même assez restreint de la médecine dentaire. Plus encore que dans d'autres spécialités de notre profession, les soins doivent être adaptés à la situation et aux besoins individuels du patient. Merci aux organisateurs pour cette journée très instructive sur un sujet encore trop souvent négligé.

tal. Leur fréquence et leur distribution ont été examinées à partir d'échantillons prélevés dans un cimetière médiéval français.

Les vestiges dentaires furent prélevés sur 58 individus adultes dont les corps avaient été exhumés d'un cimetière situé à Vilarnau d'Amont dans le sud de la France. Le genre des vestiges put être déterminé, incluant les 1395 dents de 29 hommes et de 29 femmes.

La fréquence des pertes dentaires était respectivement de 8,7% (antemortem) et 21,9% (post-mortem). Il ne fut pas possible de déterminer précisément si les pertes antemortem résultaient de caries ou non. Tous les types de dents étaient atteints de caries. Les premières molaires étaient les dents les plus fréquemment perdues antemortem, tandis que les incisives étaient le plus souvent perdues en situation postmortem. Les hommes présentaient des lésions carieuses (21,9%), les canines étant les moins atteintes (4,7%) et les molaires les plus atteintes (46,3%). Chez les femmes, la fréquence des lésions carieuses atteignait 14%, les incisives étant les moins touchées (0%) et les molaires les plus touchées (26,1%).

Tous les échantillons présentaient des signes d'attrition, les molaires maxillaires étant les plus atteintes, avec une pulpe exposée dans 5% des cas. Les axes d'attrition étaient obliques, horizontaux et concaves.

La population médiévale du Roussillon montrait un degré élevé d'attrition et un faible degré de carie. La fréquence et la distribution des caries étaient comparables à celle d'autres populations rurales européennes d'un status socio-économique similaire à une même période de l'histoire. La prévalence de l'attrition et de la carie est probablement à associer aux habitudes alimentaires régionales.

Michel Perrier, Lausanne

## Revue

### Lichen plan

**Bidarra M et al.:**  
**Oral lichen planus: A condition with more persistence and extra-oral involvement than suspected?**

*J Oral Pathol Med* 37: 582-596, 2008

Le lichen plan (LP) est une affection auto-immune muco-cutanée relativement commune. La muqueuse buccale, d'autres muqueuses de l'organisme, la peau, les ongles et le cuir chevelu peuvent être touchés. Dans 15% des cas, le LP n'intéresse que la muqueuse buccale avant tout. Des cas rares de LP buccal peuvent aussi atteindre les muqueuses génitales et anales, l'œsophage, la muqueuse gastrique, la conjonctive et la vessie. Cet article étudie la durée d'un LP buccal et la prévalence des divers symptômes ou signes qui indiquent une association extra-orale.

87 patients remplirent un questionnaire sur la durée des lésions du LP buccal et la prévalence constatée des manifestations extra-orales. Tous ces patients présentaient un LP cliniquement apparent et la plupart avaient déjà subi une biopsie confirmant les signes histologiques de la maladie. La plupart des sujets avaient entre 36 et 75 ans lors des premières manifestations. La moyenne d'âge ne différait pas significativement en fonction du genre. Des symptômes buccaux avaient perduré pendant 1 à 10 ans dans près de 76% des cas, pendant 11 ans et plus dans 14% des cas et pendant plus de 15 ans dans 8% des cas. Des signes extra-orales furent constatés dans 40% des cas. Plus de 69% de ces derniers ne

présentaient qu'un seul site extra-oral dont 11 patients avec des sites multiples. Sur les 87 patients, 15 présentaient des signes cutanés, 3 des lésions du scalp, 24 des lésions des ongles, 7 des lésions génitales et 22 des lésions pharyngo-oesophagiennes. Ces dernières lésions ne furent pas confirmées par une biopsie.

Ces résultats indiquent que le LP buccal, à la fois chronique et persistant, est assez fréquemment associé à des manifestations extra-orales. Cette affection touche les deux sexes également et présente une composante auto-immune. L'étude des atteintes extra-orales mérite d'être approfondie. Un diagnostic tardif peut accroître la morbidité de l'affection en présence de signes extra-orales surtout.

Michel Perrier, Lausanne

### Dents médiévales

**Esclassan R et al.:**  
**Dental caries, tooth wear and diet in an adult medieval (12th-14th century) population from mediterranean France**

*Arch Oral Biol* 54: 287-297, 2008

Les dents d'anciennes populations peuvent révéler des modes de vie, des comportements sociaux et des habitudes alimentaires. Les dents conservent leur morphologie d'origine pendant de longues périodes en résistant à des agents destructeurs et à des lésions postmortem. Des pathologies comme la carie et l'attrition peuvent être évaluées dans leur contexte environnemen-

### Action Vieil or pour redonner la vue

Croix-Rouge suisse 



Compte postal CRS 30-4200-3  
«Redonner la vue»