

Réforme de la formation à l'hygiène dentaire

«Le titulaire d'un cabinet dentaire doit faire confiance aux compétences professionnelles de l'hygiéniste dentaire»

Un nouveau plan cadre d'enseignement s'applique depuis l'automne 2009 aux étudiant-e-s en hygiène dentaire. La RMSO s'est entretenue avec le Président de la commission SSO «Hygiéniste dentaire», Dr Herbert Hofstetter, des objectifs et de la mise en œuvre de la formation des HD au niveau de l'école supérieure (ES). Herbert Hofstetter est médecin-dentiste spécialiste en parodontologie. Il dirige la formation en hygiène dentaire au centre de formation medi, à Berne.

Entretien: Felix Adank, Service de presse et d'information de la SSO (photo: mäd)

RMSO: «Un nouveau plan cadre d'enseignement s'applique désormais à la formation en hygiène dentaire. Quels sont les changements qu'il apporte?»

H. Hofstetter: «L'ancien plan cadre d'enseignement pour la formation des hygiénistes dentaires s'orientait d'après des objectifs didactiques. Le nouveau plan cadre définit les compétences à acquérir: c'est une autre formulation. Par ailleurs, il demande aussi des heures d'enseignement plus nombreuses, aussi bien pour la théorie que pour la pratique. Auparavant, les écoles HD étaient libres dans la conception de leurs plans d'enseignement. Désormais, c'est un pensum de 5400 heures d'enseignement qui est défini au niveau de l'école supérieure, ce qui donne plus de temps pour assimiler les bases. Les écoles transmettront également plus de connaissances de bases, notamment dans le domaine médical. L'hygiéniste dentaire ES doit en effet être en mesure de traiter également ce qu'il est convenu d'appeler des «patients à risques»»

«Pour les patients, les traitements au cabinet dentaire vont-ils également connaître des changements?»

«Il ne s'agit pas de réinventer l'hygiène dentaire. Il y a peu de changements pour le médecin dentiste et pour les patients. La formulation du plan cadre d'enseignement fait appel à un langage quelque peu élaboré: les candidates hygiénistes dentaires devront apprendre la «responsabilité dans l'encadrement» et la «gestion des conflits». Mais la responsabilité de l'encadrement de l'équipe du cabinet dentaire incombe incontestablement au médecin-dentiste. Il s'agit plutôt de confier plus de responsabilités à l'hygiéniste

dentaire, au sein de l'équipe du cabinet dentaire. C'est dans ce but que la formation psycho-professionnelle se voit développée. L'hygiéniste dentaire doit également pouvoir identifier précocement d'éventuels conflits avec les patients, et les gérer.»

«Où en sont les écoles HD dans la mise en œuvre?»

«Les écoles HD à Zurich, le Centre de prophylaxie de Zurich (Prophylaxezentrum Zürich – PZZ) et le Centre de formation Careum enseignent selon le nouveau curriculum depuis le mois de septembre 2009. Les écoles HD de Berne et de Genève ont demandé et obtenu la prolongation d'un an du délai auprès de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT). Malheureusement, les écoles ne se sont pas retrouvées au plan des formes de l'enseignement: Le Careum zurichois se fonde sur le «Problem based learning» alors qu'à Berne, nous avons une autre approche. Désormais, chaque école enseigne selon son propre plan d'enseignement. Toutefois, le plan cadre d'enseignement laisse peu de marge de manœuvre et prescrit nombre de points avec une grande précision, ce qui garantit une formation unifiée au plan suisse. Le point central de la mise en œuvre cependant, c'est la pertinence (*Einschlägigkeit*) décidée après-coup (dans le sens de reconnaissance de certaines connaissances et/ou compétences acquises dans une autre profession), ce qui a entraîné de notables retards. Elle a été demandée par certains cantons au moment de la procédure de consultation: les assistantes dentaires (AD) doivent pouvoir suivre une formation HD raccourcie. On cherche surtout à réduire les coûts.



Herbert Hofstetter: «L'hygiéniste dentaire ES doit en effet être en mesure de traiter également ce qu'il est convenu d'appeler des «patients à risques»»

Certes, un compromis a pu être trouvé au sein du groupe de travail (ce sont encore 900 heures d'enseignement qui ont été économisées au lieu de 1200), mais la pertinence ne peut se réaliser ainsi!»

«Mais pourquoi la pertinence pose-t-elle un si grave problème?»

«La pertinence dans ce contexte, c'est la possibilité que les personnes appartenant à des professions apparentées puissent suivre une formation de plus haut niveau et plus courte. De fait, ce sont surtout des AD formées qui sont désireuses de devenir hygiénistes dentaires: elles font les 85 à 95% des HD qui terminent leur formation, et la tendance est à l'augmentation de ces pourcentages. Mon expérience de directeur d'école le confirme: au début de la formation, l'AD bénéficie d'un certain avantage découlant de son expérience professionnelle. Dans le domaine des bases en sciences naturelles, les AD présentent un déficit. A la fin de la formation, il n'y a plus de différence perceptible par rapport aux personnes venant d'autres professions.»

«Qu'est-ce qu'en pensent les écoles HD et les responsables de la formation?»

«Aussi bien les écoles formatrices que la SSO et l'association des hygiénistes dentaires «Swiss Dental Hygienists» se sont prononcées clairement contre la pertinence. L'expérience montre que les AD n'ont pas une meilleure position de départ pour apprendre la profession d'hygiéniste

dentaire. Comme elles ne travaillent pas dans la bouche du patient, elles ne disposent d'aucune formation préalable dont il serait possible de tenir compte. De plus, les exigences et le niveau du cursus de formation à l'hygiène dentaire sont d'une toute autre nature que ceux de la formation d'AD. Enfin et non des moindres, la pertinence ne porte que sur des connaissances théoriques: pour ce qui est des bases en sciences naturelles (biologie, physique et chimie par exemple), les AD n'ont pas d'avantages par rapport aux titulaires d'une maturité ou par rapport à celles qui ont terminé une école moyenne spécialisée.»

«Comment la pertinence pourrait-elle toutefois intervenir?»

«Nous n'avons jamais eu le sentiment que l'AD pourrait se satisfaire d'une formation plus courte que les autres étudiant-e-s. Des personnes provenant d'autres professions pourraient même avoir parfois de meilleures bases. L'application de la pertinence signifierait pour les écoles qu'elles devraient en principe offrir deux cursus. C'est impossible à appliquer, pour des raisons de coûts. Certes, nous pourrions déclarer certaines matières facultatives. Mais pour l'admission à la formation pratique sur les patients, nous devons produire une attestation de prestations. Par exemple pour la radiologie, il faut avoir réussi l'examen dans cette matière. C'est parce que la formation et l'expérience professionnelle de l'AD est insuffisante pour le niveau HD que, jusqu'à ce jour et sans aucune exception, toutes les candidates HD d'origine AD ont suivi notre cours de radiologie.»

«Aujourd'hui, y a-t-il encore suffisamment de jeunes femmes intéressées à cette formation?»

Sans aucun doute. La profession est attrayante et le marché de l'emploi est à sec. La rémunération et le statut sont donc élevés et, par ailleurs, c'est une profession qui laisse beaucoup d'indépendance. De plus, pour les mères de famille, il est possible d'exercer la profession à temps partiel.

L'évolution démographique, avec de plus en plus de personnes âgées ayant encore leurs dents naturelles, fait que l'on a besoin de plus en plus de HD. Les besoins sont en très forte progression et vont continuer à croître.»

«... et de jeunes hommes?»

«Il n'y a quasiment pas de candidats de sexe masculin, malgré le bon salaire et d'excellentes perspectives d'emploi. Un seul HD homme est actuellement en formation au centre médi. L'hygiène dentaire possède une image de profession

féminine. Devant un HD homme, les patients réagissent de manière ambivalente. Je serais très heureux qu'il y ait plus de HD hommes, aussi bien en formation que dans les équipes des cabinets dentaires. Dans notre école, nous avons fait des efforts considérables dans ce sens, mais avec bien peu de succès jusqu'à présent.»

«Quels sont les inconvénients de cette profession?»

«La profession de HD est très exigeante, parfois monotone. Nombreuses sont les HD qui ont des problèmes de posture ou qui souffrent d'inflammations des gaines tendineuses, souvent accompagnées de douleurs ou de perte de sensations dans le poignet (syndrome du tunnel carpien). Nombre de ces problèmes peuvent être évités par des adaptations de l'ergonomie: la prévention des maladies professionnelles fait aussi partie de la formation.»

«Quelle est l'importance de l'activité indépendante d'hygiéniste dentaire titulaire de son propre cabinet?»

«L'activité indépendante peut être intéressante pour une hygiéniste dentaire particulièrement motivée, mais cela n'en vaut guère la peine du point de vue financier. De plus, la HD indépendante est soumise à des restrictions très différenciées au plan cantonal. Dans certains cantons, le Deep Scaling est possible sans ordonnance d'un médecin dentiste. Dans toute la Suisse, le traitement des patients à risque et les anesthésies sont prohibées pour toutes les HD indépendantes. Au Tessin, aucune HD indépendante ne peut exercer. Partout en Suisse s'applique le principe qu'une HD ne peut faire de radiographies que sous la surveillance d'un médecin-dentiste. En conséquence, une activité indépendante ne peut raisonnablement se concevoir que dans le cadre d'un cabinet dentaire. J'estime qu'il y a actuellement en Suisse une centaine de HD indépendantes. Cela représente environ 5% de toutes les HD travaillant dans notre pays.»

«Que conseillez vous aux jeunes, femmes ou hommes, qui s'intéressent à cette formation?»

«Je recommanderais un stage d'essai dans un cabinet dentaire avec HD. Les écoles en ont des listes. Je conseillerais naturellement aussi la participation aux séances d'information organisées par les écoles. On peut s'y entretenir avec des étudiantes, des enseignantes ainsi qu'avec des HD exerçant la profession. On réduira ainsi les risques d'espoirs déçus: souvent, la HD ne peut mettre en pratique au cabinet dentaire ce qu'elle a appris pendant sa formation. Elle va travailler en qualité de (spécialiste du parodont) sous la

surveillance du médecin dentiste. Elle doit pouvoir également traiter des personnes âgées et des patients à risque. Lorsqu'elle parvient à ses propres limites dans ce domaine, elle doit absolument référer le patient à médecin dentiste spécialiste en parodontologie.»

«A quoi les médecins dentistes doivent-ils être attentifs lorsqu'ils engagent une hygiéniste dentaire fraîchement émoulue?»

«Les centres universitaires de médecine dentaire doivent mieux préparer les candidats médecins dentistes à la collaboration au sein de l'équipe du cabinet dentaire. Malheureusement, il n'existe encore aucun module de formation ni cours de formation postgrade dans ce domaine. Je conseille aux titulaires d'un cabinet dentaire d'engager une stagiaire en troisième année de formation. Je leur conseille de bien intégrer la candidate HD dans le concept du cabinet: 80% des stagiaires continuent à exercer après la fin de leur formation dans le cabinet où elles ont fait leur stage. L'engagement d'une stagiaire est, la plupart du temps, une situation où tout le monde y gagne. Le titulaire du cabinet dentaire doit donner à l'hygiéniste dentaire la possibilité et le temps d'appliquer ce qu'elle a appris. Il doit mieux informer les patients sur l'activité de la HD, et il doit faire confiance aux compétences professionnelles de celle-ci: elle est très bien formée pour le traitement et le suivi des cas de parodontite. Dans ce domaine, elle a notablement plus d'expérience qu'un étudiant en médecine dentaire.»

«D' Hofstetter, nous vous remercions de cet entretien!»

Nouveau plan cadre d'enseignement pour la formation ES à l'hygiène dentaire

C'est en été 2005 que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a décidé d'insérer la formation à l'hygiène dentaire au niveau de l'école supérieure (ES). Un groupe de projet s'est chargé de l'élaboration du plan cadre d'enseignement, composé des Swiss Dental Hygienists, de la SSO et de la conférence de direction des quatre écoles d'hygiénistes dentaires. Le groupe s'est réuni pour huit séances d'une journée et dix-sept séances d'une demi-journée pour élaborer le plan cadre. Celui-ci a été approuvé et mis en application par l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie le 10 juillet 2009.

La formation HD intervient en quatre endroits: une formation est proposée à Berne et à Genève, deux le sont à Zurich (Centre de formation Careum et Centre de prophylaxie de Zurich).

Brosses à dents soniques: un groupe d'experts définit un label de qualité

Les brosses à dents soniques sont-elles la méthode la plus efficace pour se brosser les dents? Une taskforce intitulée «Schall-Hydrodynamik» (hydrodynamique sonique) est de cet avis et prévoit l'instauration d'un label de qualité attestant l'efficacité et la qualité de ces nouveaux appareils.

Felix Adank, Service de presse et d'information de la SSO (photos: màd)

Les brosses à dents soniques sont-elles meilleures pour l'hygiène buccodentaire quotidienne que les appareils et moyens auxiliaires découverts jusqu'à présent? Un groupe d'experts réunit les professeurs Thomas N. Imfeld et Ulrich P. Saxer ainsi que les Dres. méd. dent. Hubertus van Waes et Claudia M. Saxer. A cette question, ils répondent par l'affirmative, mais pas pour n'importe quel appareil. C'est pourquoi le groupe envisage l'introduction d'un label de qualité, afin que l'acheteur sache quelles sont les brosses à dents soniques qui travaillent véritablement dans le domaine de l'hydrodynamique et pour qu'il puisse identifier celles qui répondent à des normes reconnues. Pour le professeur Thomas Imfeld les brosses à dents soniques seraient surdouées et garantiraient un excellent nettoyage mécanique, l'enlèvement hydrodynamique partiel du biofilm, la suppression de la résistance

du biofilm aux agents chimiques de prévention ainsi que le transport optimal vers leur cible des substances assurant la prévention chimique, le tout sans provoquer de lésion des gencives. Les brosses à dents soniques modernes font osciller les brossettes à la fréquence approximative de 30000 allers et retours à la minute, ce qui suffit pour détruire et enlever au moins partiellement le biofilm, y compris dans les endroits inaccessibles de la surface des dents (espaces interdentaires notamment). Elles exercent aussi un effet de prévention: les acides cariogènes ne peuvent se former pendant les douze à vingt-quatre heures qui suivent leur emploi. De ce fait, l'apparition de germes pathogènes est réduite à un très faible niveau. Ceci a aussi des conséquences sur l'état de santé général, comme nous l'explique le professeur Ulrich Saxer: «La probabilité d'une parodontite diminue dans une cavité buccale bien soignée,



Les brosses à dents soniques modernes font osciller les brossettes à la fréquence approximative de 30000 allers et retours à la minute.

et avec elle le risque de maladies cardiovasculaires et de pneumonies.»

Pour Dr Hubertus van Waes du service de santé scolaire de la ville de Zurich, la brosse à dents sonique pour les enfants dès quatre ans et pour les adolescents, récemment mise au point, est une composante essentielle de la prévention de la carie: «Etant donné que ces brosses n'exigent aucune technique de brossage sophistiquée, même les enfants sont capables de se nettoyer très bien les dents.» C'est pourquoi il recommande aux parents l'utilisation de ces appareils hydrodynamiques. La toute dernière génération de brosses à dents soniques pour enfants est non seulement avantageuse, d'emploi aisé et attrayante, mais elle favorise également leur motivation grâce à la minuterie intégrée et la diffusion de musique. Un modèle particulièrement astucieux: celui qui prolonge la durée prescrite de brossage à chaque utilisation, et qui représente une jolie astuce didactique! Les brosses à dents à trois têtes, recommandées par les cliniques dentaires scolaires (elles brossent simultanément les surfaces de mastication ainsi que les surfaces intérieures et extérieures des dents), existent aussi pour les brosses à dents soniques destinées aux enfants (Panasonic EW-DL40). C'est un atout de plus dont il y a lieu de tenir compte.

Introduction prévue d'un label de qualité

Depuis le lancement des premières brosses à dents soniques, des imitations dépourvues d'effet hydrodynamique n'ont pas tardé à faire leur apparition sur le marché. C'est pour protéger la clientèle contre des appareils dépourvus d'efficacité que le groupe d'experts «Schall-Hydrodynamik» prévoit l'introduction d'un label de qualité attestant l'efficacité de ces brosses à dents dernier cri. Les produits examinés doivent subir avec succès un test de qualité, afin que les clientes et les clients puissent s'en remettre à un label indépendant des fabricants. «La transparence doit être évidente pour les acheteurs», assure le professeur Saxer. Il précise que le chemin qui mène à un label de qualité est «à la fois long et semé d'embûches»: «Nous devons élaborer un test en collaboration avec l'EPF de Zurich. Celui-ci conduit des recherches depuis 1950 dans le domaine des effets exercés sur le biofilm.» Quels seraient les modèles recommandés à ce jour? Les membres du groupe d'experts s'expriment clairement: les seuls modèles à offrir un effet hydrodynamique réel sont les brosses à dents soniques Philips Sonicare, Waterpik Senso Sonic, Braun Sonic Complete et Panasonic EW-DL40.

Pour de plus amples informations:
www.richtigzaehneputzen.ch

Nettoyage dentaire avec les brosses à dents soniques

Les brosses à dents soniques conviennent pour l'élimination des résidus d'aliments, de la plaque dentaire et des colorations. Malgré leur technique de pointe toute récente, la qualité du nettoyage dépend de leur emploi correct. Cette introduction contribue à leur utilisation optimale. Les seules brosses à dents soniques qui ont une action hydrodynamique sont les modèles Philips Sonicare, Waterpik Sensonic, Braun Sonic Complete, Panasonic EW-DL40 à trois têtes.

Professeur T. Imfeld (ZZMK), Professeur U.P. Saxer (PZZ), novembre 2009

1. Les brosses à dents soniques à action hydrodynamique ouvrent une toute nouvelle dimension dans la prévention. Leur action est à la fois mécanique et hydrodynamique. Cette dernière signifie que la plaque bactérienne pathogène est enlevée par les turbulences engendrées, également dans certaines zones que les brosses ne peuvent pas atteindre mécaniquement, par exemple des espaces interdentaires, des poches d'une parodontite à ses débuts ou d'une péri-implantite. Les enfants aussi apprécient le caractère ludique du brossage des dents, même s'ils portent des appareils orthodontiques.
2. Les brosses à dents soniques sont tout particulièrement indiquées pour les patients ayant des caries interdentaires, des lésions du parodonte (collets apparents), des défauts cunéiformes ou des lésions de gencives. Il faut nettoyer tous les côtés des dents dans un ordre systématique, de l'arrière à l'avant.
3. Il faut veiller à ce que le fond et le col de la tête de brossage ne touchent pas les dents. La brosse est actionnée avec la bouche presque fermée, sans mouvement particulier. On exécutera de petits mouvements de balayage vers l'avant (fig. 1) et vers l'arrière (fig. 2), pour approcher au mieux la brosse des espaces interdentaires. Soulever légèrement la brosse après environ cinq secondes d'action sur chaque dent et avancer jusqu'à la dent suivante. De la sorte, toutes les dents seront nettoyées systématiquement, d'abord à l'intérieur, puis à l'extérieur.
4. Pour nettoyer la face interne des dents antérieures, placer la brosse en position verticale et la tourner à gauche, puis à droite, avant de passer à la dent suivante (fig. 3). Il importe particulièrement ici de n'appliquer qu'une pression très modérée pour assurer un nettoyage qui sera d'autant plus efficace.
5. Brosse à trois têtes Panasonic EW-DL40: cette brosse à dents sonique s'accompagne, dans son emballage, de brossettes en caoutchouc ou de la brosse normale à touffes de poils amortis qui ne sont pas aussi efficaces. En effet, leur action hydrodynamique est abolie en raison de l'amortissement des touffes de poils. Mais si l'on utilise la brosse à trois têtes, on obtient un nettoyage notablement amélioré.
6. La brosse à une seule touffe de poils Waterpik a été spécialement conçue pour les espaces interdentaires. Elle permet d'enlever le biofilm (plaque) interdentaire. Les pointes, à un angle de 30 à 45 degrés par rapport à la gencive, pénètrent entre deux dents. Enclencher la brosse à l'aide de la poignée puis suivre les espaces interdentaires doucement le long du liseré de la gencive. Ce type de nettoyage est particulièrement efficace pour la face interne du maxillaire inférieur.
7. Les enfants peuvent utiliser une brosse à dents sonique dès l'âge de quatre ans. Avec la brosse à dents sonique «Kid» pour enfants (fig. 4), on a observé qu'ils se brossent non seulement plus longtemps, mais que le nettoyage est de 30 à 50% de meilleure qualité qu'avec un brossage manuel ou à l'aide d'une brosse à dents électrique. Une tonalité d'avertissement retentit lorsque le quart du temps de nettoyage est passé. Une mélodie signale la fin. Pendant les 90 premières utilisations, le temps de nettoyage impartit se prolonge chaque fois de quelques secondes. Durée du nettoyage: de deux à quatre minutes environ.
8. Le biofilm (plaque) n'est pas complètement enlevé là où «seulement» l'hydrodynamique nettoie. Il en reste quelquefois une mince pellicule, qui n'est cependant pas pathogène et que l'on peut révéler à l'aide d'un colorant.



Fig. 1 Brosse Waterpik



Fig. 2 Brosse Philips Sonicare



Fig. 3 Pour nettoyer la face interne des dents antérieures, placer la brosse en position verticale.



Fig. 4 Brosse à dents sonique «Kid» pour enfants

Ecueils et stratégies de la communication en médecine dentaire

Partie III – Patients devant subir des interventions majeures dans la cavité buccale

Les réalités subjectives du patient et du soignant ne se recouvrent que rarement à la perfection. Les problèmes de communication sont donc bien souvent programmés à l'avance. Des stratégies fort utiles ont été tirées de la pratique lors d'entretiens avec des spécialistes expérimentés de l'art dentaire. L'objectif est d'aider les patients craintifs, souffrant de douleurs chroniques, de dépression ou de graves affections stomatologiques à revenir à une meilleure et nouvelle qualité de vie.

Delia Schreiber, lic. phil. (texte et illustrations)

Que ce soit pour des motifs relevant de graves affections stomatologiques (cancer par exemple) ou pour des motifs de nature fonctionnelle ou esthétique, les interventions majeures dans la cavité buccale entraînant des altérations durables ont pour conséquence que la perception de son propre corps peut se modifier considérablement après l'intervention. Autour du visage précisément, ceci importe pour la perception même de la qualité de l'existence, voire même pour celle de son identité propre. Il faut ici s'entretenir de manière approfondie avec le patient, découvrir sa motivation, identifier ses besoins, s'informer jusque dans les détails et prendre tout son temps avant de prendre une décision. C'est un processus dans lequel les compétences sociales et émotionnelles du soignant sont tout aussi importantes que ses aptitudes médicales. C'est à lui qu'incombe la responsabilité de faire jouer ses compétences. Tout chirurgien plasticien est en mesure de conter une anecdote survenue lors d'une consultation, comme celle qu'a vécu le Dr Elaine Girsberger (nom modifié par la rédaction): «Voilà que se

présente un homme au physique vraiment très, très ingrat. Je ne peux pas le décrire autrement. Sa physionomie est complètement distortue, au point d'en être méconnaissable. Que ce soient les yeux, les maxillaires, l'arête du nez, pas la moindre symétrie, pas l'ombre d'une harmonie. J'éprouve une vive compassion. Pour une fois, je comprends tout à fait que l'on soit désireux de changer son apparence. Mais la suite va me laisser désemparée et sans voix: cet homme me montre une tache de naissance de la taille d'un petit pois sous sa frange, soigneusement peignée. Il en souffre depuis sa petite enfance. Il se sent défiguré à cause d'elle. Voici des décennies qu'il est privé de son estime de soi. Puis-je l'en délivrer? Mais oui, bien sûr, évidemment... Autre chose? Mais non. Il est parfaitement satisfait de son apparence. Après lui avoir enlevé sa tache de naissance, il se contemple avec satisfaction dans le miroir, remercie à profusion et même à l'excès et, quelques semaines plus tard, m'envoie une carte de vœux de Noël enjouée, attestant de son considérable et durable soulagement!



Les questions circulaires font passer le patient d'un point de vue à un autre.

Dismorphophobie: quand la paille esthétique se fait poutre maîtresse...

Nos réalités sont différenciées. Dans ce cas, tant mieux, à la fois pour le patient et pour le soignant. Malheureusement, il y a aussi des situations dans lesquelles le soignant est tout disposé à pratiquer une intervention de routine, absolument ravi de l'issue de la thérapie, mais se trouve soudain impliqué dans une querelle devant les tribunaux parce que le patient ou la patiente se sent complètement «maltraité(e)». On tombe alors des nues. Que s'est-il donc passé? Le risque est d'autant plus grand lorsque l'on est en présence d'un trouble dismorphophobique, et l'on court le risque de devenir la victime des déficits psychiques du patient et de ses attentes manifestement exagérées. Les personnes concernées sont malheureusement insatisfaites. Elles ne cessent de s'occuper de leur apparence, de leurs corps. De tout petits détails, telles des pattes d'oie ou une légère asymétrie sont perçus comme gravement préjudiciables. On en arrivera à éviter les interactions sociales dans la mesure du possible, tant est grande la crainte d'un jugement dépréciatif. Une dentition pratiquement irréprochable sera ressentie comme insupportablement détestable. Le patient perçoit la moindre imperfection esthétique avec exagération. Il ne semble plus capable de discerner, même les aspects positifs. Dans de tels cas, avant d'entreprendre quoi que ce soit, il y a lieu de soutenir le patient dans ses fantasmes. En fin de compte, c'est avec un déficit intérieur que le patient associe la disposition de ses dents. L'inconfort intrapsychique qu'il ressent se trouve ainsi projeté sur une dentition supposée imparfaite. Le soignant ne peut dès lors qu'échouer: en effet, ce que le patient désire inconsciemment, c'est que le traitement le libère de son inconfort. Même si la dentition est désormais encore plus parfaite qu'auparavant, le médecin dentiste va devoir assumer la frustration résultant d'une perception inchangée de son existence, et il en sera tenu pour responsable. En fonction de la querulence du patient, on peut aller ainsi jusqu'au procès devant les tribunaux...

Remettre les désirs en question, et prendre le patient au sérieux

Il peut aussi arriver que l'on ne soit que l'une des étapes de l'itinérance médicale du patient. On va se trouver alors confronté à des critiques formulées à l'encontre de certains confrères. Le professeur Regina Mericske-Stern, Dr méd. dent. (Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne), le sait d'expérience: «Il y a des patients qui ne se découvrent sérieusement qu'après plusieurs consultations. Dans de tels cas, la confiance met longtemps à s'établir. Par exemple, lorsqu'une patiente se présente avec une reconstruction es-

thétiquement discutable, on se demande comment cela a pu arriver. C'est souvent ce qui ne va pas qui préoccupe, bien plus que la réussite. Ce n'est qu'après coup que l'on s'aperçoit que c'est la patiente elle-même qui a exigé du médecin dentiste qu'il donne un petit coup de meule ici ou là, et qu'il modifie encore quelque chose ailleurs. Certes, il arrive aussi que des travaux soient tout simplement mal planifiés et mal exécutés. Mais il arrive également que des travaux bien réalisés, du point de vue de la médecine dentaire, soient péjorés parce que le patient a réussi à convaincre le médecin dentiste de modifier encore et encore, ici ou ailleurs, la reconstruction pour la mettre à son goût à lui. Si le soignant initial s'y refuse, alors le patient va chez le médecin dentiste d'à côté. Des maladies psychiques pourraient bien être à l'origine des comportements de cette nature.

Comment aborder de tels désirs exprimés par les patients? Regina Mericske-Stern nous fait part de ses recommandations: «Il peut arriver que le patient indique que l'occlusion est imparfaite. Ce qui importe alors, c'est de prendre le patient au sérieux et de déterminer avec le plus grand soin ce que pourrait être le problème. Nous autres médecins dentistes, nous sommes toujours en train de réaliser quelque chose, et quelques fois avec trop de hâte. La phase initiale d'exploration est donc d'autant plus importante lorsque l'on se trouve en présence de patients qui, dès l'abord, éveillent l'attention.»

Les explications et informations préalables sont essentielles

Une composante essentielle du traitement sont les entretiens qui le précèdent. Dès que l'on doit s'attendre à des modifications importantes de la

dentition, ces entretiens doivent être particulièrement approfondis. Dominik Ettl, D^r méd. et méd. dent. du Centre de médecine dentaire, de chirurgie buccale et de stomatologie de l'Université de Zurich (ZZMK) nous explique: «La communication est absolument essentielle en présence de modifications rapides et considérables de la dentition. Je dois m'assurer que le patient est conscient de la phase d'adaptation qui l'attend après l'intervention. Il doit savoir que la durée de cette phase dépend de paramètres biologiques qu'il est souvent difficile d'apprécier correctement avant le traitement. Si les explications préalables n'ont pas été suffisamment claires, ceci peut avoir comme conséquence dépit, colère et déception. Les accusations concernent souvent des aspects techniques, alors qu'en réalité il s'agit plutôt d'une adaptation aux plans biologique et psychologique. Une fois qu'on en est arrivé au stade d'une procédure contentieuse, il sera très difficile d'en sortir.»

Il n'est pas possible de transmettre au patient la réalité et les sensations qui viendront après la thérapie. On ne peut que lui dire qu'il aura à relever certains défis. A ce sujet, Regina Mericske-Stern précise: «Lors d'une reconstruction, le patient ne peut pas se représenter ce qu'il va ressentir dans sa bouche. Nous ne pouvons malheureusement pas le lui expliquer. Lors de reconstructions importantes, cela se passe en plusieurs étapes. Chaque fois, les sensations dans la cavité buccale sont différentes. Nous essayons de communiquer au patient autant d'informations et d'explications que possible, par le biais de posters, d'images et de notices. Cependant, nous ne pourrions jamais anticiper sa future réalité subjective et la lui décrire. L'incertitude ne peut ici que subsister.»

Rapports avec les patients qui souffrent d'un trouble dysmorphophobique

1. Les signes avertisseurs sont des attentes manifestement excessives et de fréquentes interventions esthétiques par le passé.
2. Procurez-vous une vue d'ensemble détaillée des motivations du patient: qu'est-ce qui le perturbe réellement dans son apparence, sa dentition, son fonctionnement? Est-ce que ça le dérange personnellement, ou bien est-ce que cela perturbe quelqu'un d'autre? Le défaut est-il réel ou bien seulement prétendu? Qu'est-ce que le patient attend d'une intervention? Quel but poursuit-il? Jusqu'à quand le changement doit-il intervenir?
3. Si le patient tente de détourner vos questions, s'il n'est pas cohérent dans ce qu'il raconte, si ses affirmations ne sont pas probantes et si elles se contredisent, ce sont là des indices d'un trouble psychique.
4. Exposez vos propres impressions avec empathie. Montrez de la compréhension pour les préoccupations du patient. Expliquez-lui toutefois, calmement, que vous avez le sentiment que vous n'êtes pas en mesure de lui «bricoler une thérapie» pour répondre à ses moindres désirs. Le cas échéant, attirez son attention sur le fait qu'une intervention majeure se ferait dans de meilleures conditions si son état émotionnel était stable, dans une période exempte de stress.
5. Laissez au patient tout le temps de la réflexion. Si vous le faites avec empathie et respect, il pourrait bien vous en être reconnaissant. Les patients psychiatriques sont constamment les victimes de dévalorisation, voire d'hostilité. Avoir le sentiment que l'on est pris au sérieux peut, dans certaines circonstances, faire plus de bien qu'une intervention. En effet, celle-ci pourrait même aggraver l'état psychique du patient.

S'informer et informer correctement

Phase 1: s'informer en détail et comprendre le problème et les préoccupations du patient de telle sorte que l'on puisse les restituer dans ses propres termes et que le patient soit tout à fait d'accord avec eux.

Phase 2: exposer au patient la faisabilité, les possibilités, mais aussi les limites et les risques associés à une intervention et à une thérapie, jusqu'à ce que le patient puisse les restituer dans ses propres mots et que vous, le soignant, puissiez confirmer sans réserves les affirmations du patient.

Phase 3: laissez au patient le temps de la réflexion pour qu'il puisse en parler à ses proches et, le cas échéant, pour que l'on puisse répondre à de nouveaux questionnements.

Dominik Ettl mentionne un point important: Souvent, il ne suffit pas de donner des explications au patient. Ce qui importe, c'est de s'assurer de ce qu'il a exactement compris, c'est de savoir comment il a interprété les indications médicales qui lui ont été données. Les gens mettent en relation les nouvelles informations reçues avec les anciennes expériences vécues. Les expériences sont très individuelles. C'est pourquoi chaque patient ayant reçu des indications identiques s'en fera des représentations et des idées toutes différentes. Quelles sont les attentes qui subsistent après l'entretien? Selon les circonstances, il faudra s'en informer plusieurs fois et, patiemment, les corriger. Un moyen très efficace est de disposer d'une panoplie d'exemples d'autres patients afin de pouvoir illustrer à quel point l'organisme humain peut réagir de différentes façons et de montrer que, malgré de nombreuses expériences passées, il n'est pas possible de prédire ce que sera le résultat pour un patient déterminé. Attention: lorsqu'un patient semble ne pas écouter et qu'il s'en tient mordicus à son idée initiale, le dépit est programmé d'avance. Le soignant doit absolument aborder les idées du patient jusqu'à ce que l'on trouve un dénominateur commun. Si l'on a l'impression de ne pas en avoir trouvé un, malgré tous les efforts dans ce sens, alors on est en droit de lui refuser le traitement. Une personne psychologiquement labile est, en effet, particulièrement susceptible d'exagérer à la vue d'un résultat prétendument insatisfaisant, ne serait-ce que pour porter préjudice à la réputation du médecin.

Motiver pour des mesures d'accompagnement

Les interventions importantes dans la cavité buccales pour des motifs de santé demandent souvent des mesures d'accompagnement. Exemples: cesser de fumer ou s'astreindre à des séances régulières de nettoyage dentaire professionnel.

Il n'est pas rare que les patients soient tout sauf motivés pour ce faire. Pour Christoph Ramseier, D^r méd. dent., le dialogue qui suit montre comment aborder un entretien de motivation et avec quels outils de communication:

Médecin dentiste: «Si je vous comprends bien, vous ne voulez pas de nettoyage dentaire?»

Patiente: «C'est exact.»

Médecin dentiste: «Puis-je vous demander pourquoi vous vous y opposez?» (Exploration respectueuse.)

Patiente: «Mon voisin m'a dit que ça ne servait à rien.»

Médecin dentiste: «Ah, votre voisin pense que cela ne sert à rien...» (Ton neutre, simple répétition de l'affirmation afin d'entrer encore mieux en matière.)

Patiente: «Exactement. Il est endodontologue. Il doit savoir de quoi il parle!»

Médecin dentiste: «Je pense aussi qu'il doit s'y connaître!» (Prendre au sérieux l'affirmation de la patiente, confirmer, admettre: c'est faire naître la confiance, se mettre du côté de la patiente.)

«Que dirait votre voisin s'il savait que vous souffrez d'une parodontite, à votre avis?» (Inviter la patiente à changer de perspective par ce qu'il est convenu d'appeler une question circulaire: ceci favorise la différenciation des points de vue.)

Patiente: «Peut-être bien qu'il me conseillerait un nettoyage dentaire.»

Médecin dentiste: «Voudriez-vous lui poser la question?» (Laisser la décision à la patiente, sans la presser.)

Patiente: «Non. Voyez-vous, je pense que si ça ne sert à rien, ça ne fait pas de mal non plus! O. K, je crois qu'on va le faire, ce nettoyage dentaire!»



Miroir, mon beau miroir... Prudence avec les patients qui ont une idée très négative de leur apparence propre.



Il faut être à la fois perspicace et sincère dans la communication avec les patients souffrant de troubles psychiques.

Souvent, un entretien de cette nature passe par quelques autres détours, mais le principe reste toujours le même.

Un autre outil efficace de communication que l'on utilise en coaching systémique, c'est le questionnement échelonné. Christoph Ramseier le pratique à partir de ce que l'on appelle le *change talk*: «Comment pouvons-nous motiver quelqu'un à changer ses habitudes? Nous pouvons le questionner sur les avantages du nettoyage dentaire, et sur ses inconvénients. Pareil pour le tabagisme: s'enquérir des «pour» et des «contre». Qu'est-ce que vous apporte le tabac? Quel plaisir en retirez-vous? Quels en sont les inconvénients? De quoi me prive-t-il? Qu'est-ce qui me gêne? Maintenant, nous demandons au patient à quel point il est motivé pour arrêter de fumer d'une échelle de zéro (pas du tout motivé) à dix (très motivé). En admettant que le patient indique trois, le dialogue pourrait continuer ainsi:

Médecin-dentiste: «Hum, un trois c'est toujours mieux qu'un zéro! Croyez-vous qu'une motivation de trois suffit pour cesser durablement de fumer?»

Patient: «Non. Sûrement pas. Je ne tiendrais même pas jusqu'à demain...»

Médecin dentiste: «Quel est le niveau de motivation qu'il vous faudrait pour faire le premier pas pour arrêter définitivement de fumer, à votre avis?»

Patient: «Je crois que je pourrais y arriver avec un cinq.»

Médecin dentiste: «Super. Et que faut-il pour arriver à cinq? De quoi auriez-vous besoin pour y arriver?»

Les réponses peuvent être ici très différenciées. Une personne souhaiterait être moins stressée,

une autre arrivera à cinq après avoir survécu à une visite chez sa belle-mère! Le problème, c'est que la note prometteuse, une fois atteinte, se met en travers du chemin, tant est complexe le mécanisme de l'aide psychologique qu'apportent les notes. Mais une fois que la note désirée est atteinte, plus rien ne barre la route à l'arrêt du tabagisme.

Last but not least: le rôle magique que joue la confiance

Une brève conclusion s'impose à l'issue de cette série en trois parties sur les écueils et les stratégies de la communication en médecine dentaire. Qu'est-ce qui est au centre même de la communication en médecine dentaire? La notion qui revenait le plus souvent lors de mes entretiens avec des experts était toujours, et de loin, la confiance.

Le médecin et psycho-analyste Michael Balint parle du médecin en tant que drogue. Des études montrent que les patients constatent une diminution de leurs symptômes lorsqu'ils sont en confiance en face de leur soignant. La confiance est un facteur absolument essentiel dans la relation entre le patient et son médecin dentiste, et pas seulement en raison de son effet placebo. Elle simplifie la communication, favorise la guérison ainsi que la compliance et l'attachement du patient. Le premier pas pour gagner la confiance également des patients phénoménologiquement difficiles, c'est de reconnaître explicitement sa souffrance subjective. Même s'il faut parfois du courage pour accepter sans réserve la confiance du patient: montrez-lui de l'empathie, par exemple par des paroles effectivement ressenties telles que: «Ah oui, cela doit être très désagréable.», ou bien: «Nul doute que vous deviez faire des efforts considérables...» Il ne s'agit pas ici de jouer un rôle, mais de montrer votre propre appréciation au patient et de vivre la communication avec lui.

Une fois ainsi établie, la confiance peut faire des miracles pour toute la suite du traitement et permettre d'économiser bien du temps et de l'énergie!



Mine-Ex: restaurer l'intégrité fonctionnelle

«Au Cambodge, les mines terrestres représentent le plus grand obstacle dans la lutte contre la pauvreté. La seule crainte des mines encore dissimulées suffit à laisser des terres en friches et à priver des villages entiers de leurs moyens de subsistance. Ce sont là des entraves supplémentaires à la reconstruction et au développement du pays.» (Kofi Annan, ancien secrétaire général de l'ONU). La Fondation Mine-Ex bénéficie d'un appui grâce au produit de la manifestation de formation continue «Fonction et illusion» des Cliniques de médecine dentaire de Berne.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

Depuis 1992, ce sont près de 1,4 millions d'engins explosifs et de mines anti-personnel qui ont pu être désamorçés sur près de 145 kilomètres carrés. On estime qu'il subsiste jusqu'à six millions d'UXO (*unexploded ordnance*) encore non repérés au Cambodge. Les mines sont de petite taille, bien dissimulées et difficiles à repérer. Il en va de même pour les bombes à sous-munitions. Bien souvent, elles frappent alors que le conflit est fini depuis bien longtemps. Ce sont le plus fréquemment des civils qui sont touchés. Près d'un quart des victimes sont des enfants. Chaque année, des milliers de personnes au Cambodge sont blessées ou tuées lors d'accidents provoqués par des mines. Trop souvent, les enfants ne survivent pas à une explosion car, en raison de leur taille, les organes vitaux sont plus proches du lieu de l'explosion.

Peu coûteuses à fabriquer, très chères à désamorcer

C'est le 1^{er} mars 1999 qu'est entrée en vigueur la prohibition internationale des mines antipersonnel. La Suisse est l'un des premiers pays à

ratifier ce traité. Cela coûte une dizaine de francs pour acheter une mine antipersonnel. Il en faut un millier pour la désamorcer. Le déminage est une affaire très coûteuse. Il faut engager beaucoup de moyens pour éliminer les plus de cent millions de mines dans le monde qui font chaque année des millions de victimes, et pour rendre à nouveau productifs les champs et les rizières qui ont été minés. Personne ne sait vraiment à combien se chiffre le nombre des victimes des mines et des bombes à sous-munitions. L'un des principaux problèmes des victimes des mines est le chômage. Neuf sur dix des personnes touchées admettent être les victimes de discriminations sur le marché du travail.

Mine-Ex

En partenariat avec le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), la Fondation Mine-Ex est engagée au Cambodge depuis 1996. Elle apporte son aide aux victimes des mines en leur procurant des prothèses et en assurant la formation des fabricants de prothèses. C'est dans ce but qu'elle apporte au CICR une contribution an-

nuelle de CHF 500 000.-. De plus, la Fondation milite pour une interdiction des mines antipersonnel dans le monde entier. Le Cambodge compte environ treize millions d'habitants dont près de 28 000 ont été amputés de membres. Cinq mille cinq cents d'entre eux doivent, chaque année, être équipés de prothèses. Chez les enfants et en raison de leur croissance, les prothèses doivent être changées tous les six à douze mois. Pour les adultes, il faut compter un intervalle de deux à quatre ans en raison de leur usure. A ceci s'ajoute quelque huit cents nouvelles victimes chaque année. Les quinze centres orthopédiques reçoivent gratuitement les prothèses de la part des fabricants et ce sont eux qui assurent l'approvisionnement aux victimes dans tout le pays. Il y a encore, au Cambodge, un territoire de près de 560 kilomètres carrés infesté de mines. Chaque année, il est possible de déminer une surface de dix-huit kilomètres carrés.

Le déminage durera encore des années

Le déminage complet va durer encore de nombreuses années. Une convention passée entre le CICR et la Fondation assure que la totalité des sommes recueillies parvienne à la fabrique de prothèses Bangtrabek à Phnom Penh, sans la moindre déduction. Cette fabrique livre gratuitement les prothèses nécessaires aux douze centres répartis dans le pays. Cinq œuvres d'entraide s'occupent ensuite de leur remise aux victimes. Mine-Ex contribue ainsi à l'amélioration de la qualité de vie de nombreux Cambodgiens. La plupart des victimes sont des cultivateurs de rizières. Une fois équipés de prothèses, ils peuvent reprendre le travail et ainsi être en mesure d'assurer la subsistance de leurs familles.

Objectifs poursuivis par Mine-Ex:

- Procurer des prothèses à toutes les victimes des mines au Cambodge;
- Assurer la formation des fabricants de prothèses;
- Verser dans ce but le montant de CHF 500 000.- chaque année au Comité international de la Croix-Rouge;
- Militer pour l'interdiction totale des mines antipersonnel dans le monde entier.

Voulez-vous apporter votre soutien aux personnes concernées?

Nous autres de Mine-Ex, nous nous assurons que votre contribution parvienne au bon endroit, sans la moindre déduction. Compte de la Fondation Mine-Ex: UBS S.A., 3000 Berne, n° 77 262-466071.40V STIFTUNG MINE-EX ROTARY CH/FL, 3400 BERTHOUD, case postale 80-2-2.

Vous trouverez des informations détaillées à l'adresse www.mine-ex.ch.



Danger invisible: chaque année, ce sont des milliers de gens qui sont blessés ou tués par des mines au Cambodge.

«Mangez de vrais aliments, pas trop, et surtout des plantes!»

Le plaidoyer de Michael Pollan en faveur d'une alimentation saine va aussi bien contre l'industrie alimentaire que contre des scientifiques de l'alimentation bien intentionnés mais qui sont dans l'erreur et prétendent nous dire quels sont les aliments que nous devons manger, en quelles quantités, tout en suivant les conseils d'experts.

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information SSO (photos: mäd)*

Le livre «*In Defense of Food*» du journaliste Michael Pollan est paru l'année dernière aux Etats-Unis. Il est immédiatement devenu un bestseller du New-York Times. Pollan s'élève vertement contre l'industrie alimentaire américaine et contre la stupidité des régimes innombrables et nouveaux. Il montre comment l'obésité a commencé à augmenter aux Etats-Unis depuis 1980, précisément au moment où un flot de calories bon marché a submergé les consommateurs américains. Ce fut la conséquence de la nouvelle orientation de la politique agricole. Les agriculteurs des Etats-Unis ont produit en 2000 six cents calories par jour et par personne de plus qu'en 1980. Il s'agit avant tout d'aliments bon marché auxquels sont ajoutés des édulcorants et des graisses. Pendant la même période, le prix de ces aliments produits par l'industrie a diminué de 20%, alors que les prix des légumes frais et des fruits frais ont augmenté de 40%. Les Américains se sont littéralement «bourré la panse» d'aliments tout prêts: snacks, plats cuisinés au four à micro-ondes et boissons sucrées. Telles sont les sources de ces calories qu'ils absorbent de plus en plus depuis 1980.

Les aliments bon marché rendent-ils malade?

Michael Pollan se demande s'il y a une relation entre les aliments industriels bon marché et les dépenses croissantes du système de santé. En 1960, les Américains consacraient 18% de leurs revenus à l'alimentation. Le système de santé représentait alors 5% du revenu national. Aujourd'hui, le citoyen américain dépense moins de 10% pour son alimentation, mais les dépenses de santé sont passées à 16% de revenu national. L'auteur dénonce l'interaction malsaine entre une publicité qui coûte des milliards pour de nouveaux aliments et les enseignements constamment changeants des spécialistes de l'alimentation. Dans les années 1990, pour ne prendre qu'un exemple, les aliments pauvres en graisse étaient recommandés. On espérait ainsi perdre

du poids, se prémunir contre certains cancers et réduire les risques de maladies cardiovasculaires. Mais toutes ces recherches ont été remises en question au cours de ces dernières années. Une étude de Harvard rapporte que le fait de manger des poissons gras serait excellent pour prévenir les maladies cardiaques. Simultanément, d'autres études nous avertissent que la consommation de poisson pourrait provoquer des lésions du cerveau, car la chair de poisson contient souvent du mercure en grandes quantités. Il n'est donc pas surprenant que l'industrie alimentaire se dépêche de conditionner des huiles de poissons et d'algues en microcapsules et d'en mettre jusque dans des aliments tels que le pain, les nouilles, le lait, les yaourts et le fromage, tout en faisant une publicité agressive pour ces compléments alimentaires.

Sept mots

L'incertitude et la perplexité règnent partout en maîtres. Michael Pollan en arrive à une réponse courte, simple et rafraîchissante à la question de savoir comment nous devrions nous nourrir pour

rester en bonne santé: «Mangez de vrais aliments, pas trop, et surtout des plantes!» Les conseils en matière de nutrition ne devraient pas être plus compliqués que cette formule de Pollan. En anglais, elle ne compte que sept mots: «*Eat food. Not too much. Mostly plants.*»

Mangez de vrais aliments: les produits que l'on trouve dans les rayons de nos supermarchés ne sont pas forcément de vrais aliments. La règle empirique, c'est de n'acheter que ce que votre grand-mère a connu! Dès que l'emballage d'un produit porte la mention «sain», méfiez-vous! Pas trop: mangez de petites portions. Appréciez les repas en compagnie d'autres personnes. Ne vous resservez pas. Faites comme les Français qui prennent leur temps pour leurs repas et mangent de petites portions. Résultat: ils restent sveltes. Les habitants d'Okinawa sont parmi les personnes en meilleure santé de la planète. Ils appliquent ce principe: mangez jusqu'à ce que votre estomac soit plein à 80%.

Surtout des plantes (et avant tout des feuilles): il semble que le seul point sur lequel les experts en nutrition soient d'accord soit la consommation de végétaux. Les études confirment qu'une alimentation comprenant beaucoup de fruits et de légumes réduit le risque de mourir d'une «maladie de la civilisation». L'effet protecteur est plus grand lorsque l'on mange beaucoup de légumes différents.

Source:

Michael Pollan
Nutrition Mensonges et Propagande
Thierry Souccar Edition: 2008
ISBN: 978-2-916878-26-3



Les études confirment qu'une alimentation comprenant beaucoup de fruits et de légumes réduit le risque de mourir d'une «maladie de la civilisation».

* L'article a été rédigé par l'auteur pour la publication «Politik+Patient» n° 4/2009. Impression avec l'aimable autorisation de VEDAG.

«Vous êtes notre avenir!»

Comment, à quelques jours de Noël, les affres des infections oculaires et de la cécité liée à la pauvreté ont volé la vedette aux dents cariées, prothèses et autres implants dentaires devant une douzaine d'étudiants en odontologie de l'Université de Berne.

Annette Godinez

A l'invitation du D^r Michael Bornstein, la Croix-Rouge suisse (CRS) intervenait pour la troisième fois à l'Université de Berne pour y présenter l'action *Vieil or pour redonner la vue*. Lancée par le D^r Max Schatzmann, un dentiste engagé, celle-ci repose sur un principe simple: avec l'accord de leurs patients, les praticiens envoient à la Croix-Rouge leurs couronnes et bridges usagés. Le métal précieux est ensuite refondu, et le produit de sa vente reversé à de vastes projets ophtalmologiques menés en Asie et en Afrique. Chaque année, quelque 15 000 personnes rendues aveugles par la cataracte sont opérées par des collaborateurs de la Croix-Rouge et recouvrent la vue. Plus de 330 000 examens ophtalmologiques sont pratiqués, et d'innombrables patients sont pris en charge, échappant ainsi à la malédiction de la cécité. Monika Christofori, qui encadre le projet de la Croix-Rouge au Tibet et au Népal, témoigne de la détresse de ceux qui sont frappés par un tel fléau: «Dans les pays en développement, les enfants aveugles sont privés de toute perspective. Ils ne peuvent apprendre à lire ni à écrire et sont condamnés à une vie de dépendance.»

De l'or dentaire contre la cécité

Celle qui dirige le projet depuis ses origines, il y a bientôt 30 ans, lance un appel aux étudiants: «De votre soutien dépend le salut de nombreuses personnes aveugles dans les pays les plus pauvres. Vous êtes notre avenir!» Près d'un tiers des den-

tistes de Suisse sont solidaires de la cause, qu'ils font avancer en sensibilisant leurs patients à cette réutilisation possible de leur or dentaire. «Qui en entend parler est prompt à faire un don, constate Beatrix Spring. Quoi de plus gratifiant que de redonner à un aveugle l'usage de ses yeux?»

Le prix d'un tel miracle est modique: une opération de la cataracte, qui permettra à un habitant des pays pauvres de recouvrer la vue et son autonomie, ne coûte que 50 CHF. Afin que l'or dentaire parvienne à bon port en bon état, la Croix-Rouge met à la disposition des dentistes une enveloppe spéciale, renforcée et préaffranchie.

Quand les enfants mangent à même le sol

Un film documentaire consacré à deux fillettes aveugles vivant dans le nord du Ghana illustre de façon saisissante la réalité du travail de la Croix-Rouge. Le manque d'hygiène, de soins, de nourriture et d'eau potable crée un terrain propice à la propagation des affections oculaires et de la cécité. Celles-ci sont particulièrement répandues là où des familles entières s'entassent avec poules et chèvres dans une cabane exiguë, là où les enfants mangent au milieu de la crasse et des déjections.

Dans cette région, les agents de la Croix-Rouge comptent parmi les rares personnes qui, malgré la rudesse des conditions de vie et de travail, combattent inlassablement la détresse. A pied ou, quand l'état des routes le permet, à vélo, il



En chemin vers une nouvelle vie: dans le nord du Ghana, deux sœurs aveugles secourues par la Croix-Rouge (photo: © CRS, Beatrix Spring).

se rendent dans les villages pour alerter les habitants sur les maladies oculaires et les initier aux règles d'hygiène élémentaires. Des tests oculaires sont pratiqués et, si une maladie ou un déficit visuel est suspecté, le patient est pris en charge par un infirmier spécialisé. Ensemble, les intervenants veillent à ce que les malades et les aveugles aient accès à des soins.

Quand il est trop tard pour intervenir

Outre l'or dentaire, bijoux en or et en argent, couverts, pendentifs et broches sont les bienvenus. Les dons en faveur de l'action *Vieil or pour redonner la vue* ont enregistré un net recul au cours des derniers mois: la faute à l'envolée des cours de l'or, qui rend les prix de rachat des négociants très attractifs. «Nous vous serions reconnaissants d'attirer l'attention de vos connaissances, amis et parents sur notre collecte», déclare Beatrix Spring. Nous renonçons volontairement à toute me-



Tous mobilisés: Monika Christofori (chargée de pays à la CRS), Beatrix Spring (responsable *Vieil or pour redonner la vue*) et le D^r Michael Bornstein (photo: © CRS, Annette Godinez).



Grâce à l'enveloppe jaune, l'or dentaire est acheminé à Berne en toute sécurité (photo: © Bill).

sure publicitaire coûteuse. Le projet vit de la générosité de ses donateurs et du bouche à oreille.»

Si les «miraculés» de l'action Vieil or pour redonner la vue sont légion, nombreux sont aussi ceux

pour qui plus rien ne peut être tenté. Leur cécité est irréversible, et ils sont condamnés à une vie précaire. La CRS mobilise les dentistes en faveur de son projet pour épargner un tel sort à ceux qui peuvent encore être secourus.

Pour obtenir des précisions ou commander le documentaire:

Croix-Rouge suisse

Vieil or pour redonner la vue

Rainmattstrasse 10, 3001 Berne, Tél. 031 387 71 11

E-mail: altgold@redcross.ch

www.redcross-gold.ch / CP 30-4200-3



Congrès / Journées scientifiques

Compte-rendu du congrès «Comparaison de différents concepts et stratégies pour les réhabilitations ancrées sur des implants» à Lucerne, les 13 et 14 novembre 2009

Concepts éprouvés et stratégies émergentes

Excellente formule que de convier des praticiens et implantologues chevronnés à une sorte de banquet où des chefs de cuisine préparent trois menus autour d'un thème central. Chaque «menu» – restaurations implantoportées dans les régions antérieures, dans les zones postérieures et dans les maxillaires édentés – permettait aux maîtres queux étoilés et toqués de proposer aux «convives» participants, pendant une journée et demie, des regards intimes dans leurs marmites et de dévoiler les secrets de leurs recettes.

Thomas Vauthier, Möhlin (texte et photographies)

Fi de la métaphore! Plus concrètement, le D^r Thomas Zumstein, organisateur également chevronné, avait invité les 13 et 14 novembre 2009

au KKL (Centre de culture et de congrès) à Lucerne une brochette de spécialistes en implantologie à un vaste tour d'horizon autour du thème

«Comparaison de différents concepts et stratégies pour les réhabilitations ancrées sur des implants».

Chacun des trois grands volets de ce congrès était l'occasion de discuter certaines questions centrales qui continuent à se poser dans différentes situations. Implantation directe ou différée? Méthodes de diagnostic préopératoire? Chirurgie guidée? Augmentations osseuses/élévation du plancher du sinus vs. utilisation d'implants courts? Reconstructions cimentées ou vissées? Et bien d'autres encore.

Restaurations implantoportées dans les régions antérieures

La réhabilitation du segment antérieur de l'arcade supérieure par des implants est sans doute la discipline reine en implantologie. Diaboliquement exigeante, ne pardonnant pas la moindre faute, ni chirurgicale, ni technique, elle ressemble en général à une danse sur une corde raide. Raison pour laquelle le premier chapitre consacré à ces reconstructions était placé en ouverture du programme scientifique.

Le D^r Claude Andreoni est installé en cabinet privé à Zurich depuis 22 ans, en association avec le D^r Thomas Meier. Le duo de conférenciers a ouvert le programme scientifique en présentant leur philosophie et leurs concepts thérapeutiques en implantologie.

L'objectif suprême des reconstructions antérosupérieures sur des implants est d'obtenir un contour harmonieux de la gencive et des papilles. Si l'esthétique dite «blanche» et la fonction de la reconstruction prothétique sont du ressort du technicien, le médecin dentiste est responsable de l'esthétique «rouge». En d'autres termes, il doit assurer, voire rétablir les dimensions osseuses et les tissus mous de sorte à pouvoir insérer dans des conditions optimales les implants et leur suprastructure pour obtenir un résultat esthétique durable.



Quelle puissance, quelle élégance! L'architecture du KKL de Jean Nouvel ne cesse jamais de surprendre et d'épater.



Thomas Zumstein, praticien à Lucerne et directeur de la Zumstein Dental Academy, souhaite la bienvenue aux nombreux participants.



Claude Andreoni (à gauche) et Thomas Meier, installés ensemble depuis bon nombre d'années à Zurich.

Mise en garde contre l'implantation immédiate

Tant la littérature que l'expérience clinique mettent en garde contre les risques de l'implantation immédiate dans les régions antérieures des arcades dentaires. A ce jour, il n'y a aucun critère permettant d'évaluer d'avance les chances de succès ou les risques d'échec. On sous-estime trop souvent la présence d'une infection résiduelle dans une alvéole d'extraction, avec les conséquences – troubles d'ostéointégration! – que l'on connaît.

Le mot d'ordre est donc implantation dite précoce après une guérison initiale des tissus mous (après 4 à 6 semaines) ou, mieux encore, implantation «standard» après 3 mois. Après ce délai, la guérison de l'os est suffisamment avancée pour que l'on soit en mesure d'évaluer l'indication éventuelle d'une augmentation tissulaire. Pour les situations avec peu de perte d'os, il est possible de se contenter de créer un mini-flap au niveau de l'alvéole d'extraction et de préserver l'alvéole et l'os du voisinage en introduisant, du Bio Oss[®], voire une membrane en collagène résorbable de type Bio Gide[®], en tunnelisant la muqueuse. Pour les augmentations tissulaires plus importantes, *Claude Andreoni* suit le protocole bien établi, composé du comblement du défaut osseux par de l'os autologue ou du Bio Oss[®], voire un mélange des deux. Le recouvrement par des membranes s'effectue en double couche, soit d'abord une membrane en Gore-Tex[®] ou en collagène réticulé, puis en surface une membrane en collagène résorbable. Sur un ton autocritique, *Claude Andreoni* a conclu son exposé en admettant qu'il a lui aussi vu son lot d'échecs et qu'il ne saurait proposer un livre de recettes toutes faites pour assurer le succès dans toutes les situations.

Gestion des alvéoles d'extraction et couronnes directement vissés sur l'implant

Son co-conférencier *Joannis Katsoulis* ayant dû s'excuser pour raison de maladie, la *Prof. Regina*

Mericske-Stern, directrice de la Clinique de prothèse dentaire au Centre universitaire de médecine dentaire à Berne, a d'abord passé en revue les connaissances actuelles en matière de préservation tissulaire au voisinage des alvéoles d'extraction. Selon les travaux de *JAN LINDHE*, le «bundle bone» ou os fibrillaire est la première étape de la guérison osseuse. Pour inhiber les mécanismes de résorption physiologiques, et maintenir le volume osseux, l'utilisation de matériaux de comblement – de préférence avec un recouvrement par une membrane – est impérative. Et il faut avoir de la patience pour laisser aux tissus le temps de se réorganiser. Pour cette raison, dans les segments antérieurs, la guérison enfouie demeure la solution la plus fiable.

Même si des progrès notables ont été obtenus en matière d'esthétique et de biocompatibilité depuis l'introduction des abutments en zircone, *Regina Mericske-Stern* préfère les couronnes directement vissées sur l'implant. Cet objectif est d'autant plus faisable depuis l'avènement des pièces prothétiques fabriquées par la méthode CAD/CAM. L'avantage majeur de l'ancrage direct de la couronne (en zircone) sur l'implant, sans passer par une mésostructure, réside dans le fait que la fixation se fait par une seule vis, réduisant ainsi au minimum le risque de descellement par

dévisage. Le principal écueil est l'accès par le tournevis qui, dans certaines configurations d'axes ou de morphologie n'est pas toujours garanti.

Le point de vue du chirurgien maxillo-facial

Le *Dr Roger Minoretti* est spécialiste en chirurgie maxillo-faciale. Ayant longtemps collaboré avec *Albino Triaca* à la Clinique Pyramide am See, il s'est installé récemment en cabinet privé. Contrairement au programme originalement annoncé, il a dû présenter ses exposés en solo, l'autre intervenant du duo, *Rimo Burkhardt*, étant absent pour raison de maladie.

Lorsque la région d'extraction présente une infection chronique, il faut s'abstenir d'agir trop vite. Dans un premier temps, la lésion est soigneusement curetée, puis recouverte de muqueuse en veillant à obtenir une fermeture étanche. Ce n'est qu'après un délai de guérison approprié que l'on peut procéder aux prochaines étapes.

Adeptes du système SPI[®] de Thommen Medical, *Minoretti* a présenté le dernier venu, appelé SPI Contact. Il s'agit d'un implant de diamètre réduit, soit 3,5 mm au niveau de l'épaule cervical et de 2,7 mm dans la partie apicale. Il convient tout particulièrement à l'implantation dans des sites étroits ou à proximité de racines courbes des dents voisines.

Dans la dernière partie de l'exposé, ce spécialiste en chirurgie maxillo-faciale a présenté plusieurs cas de pertes de substance volumineuses, traités notamment par des transplantations de blocs d'os prélevés dans la crête iliaque. Il est évident que ce type de chirurgie préimplantologique n'est pas du ressort du praticien privé, mais du domaine du spécialiste...

Plaidoyer pour l'implantation précoce

Les *D^{rs} Bruno Schmid*, *Belp*, et *Beat Wallkamm*, *Langenthal*, ont discuté plus particulièrement les avantages et inconvénients des différents moments possibles pour l'implantation.



Roger Minoretti (à gauche, ici en compagnie de *Ronald Jung*, modérateur du symposium) a présenté des cas aussi complexes que spectaculaires.



Beat Walkkamm (à gauche) et Bruno Schmid: du praticien pour le praticien.

Comme la plupart des implantologues, surtout ceux en pratique privée, ils déconseillent vivement l'implantation immédiate dans les zones esthétiques. Le principal risque est l'impossibilité d'évaluer le double risque de la résorption osseuse, surtout au niveau de la lamelle buccale, souvent très mince, et de la récession sub-séquente des tissus mous.

L'implantation précoce, soit après environ 4 à 8 semaines de guérison des tissus mous, est actuellement considérée comme la solution de choix. D'après le Consensus ITI, cette méthode allie une stabilité primaire acceptable de l'implant avec une prédictibilité réaliste de l'évolution des tissus mous. La présentation a brièvement ouvert une parenthèse sur l'impératif d'un placement correct dans les trois dimensions (mésio-distal; corono-apical; oro-facial), tel qu'il a été décrit par BUSER et BELSER.

Sur le plan prothétique, les deux conférenciers préconisent, en accord avec le Consensus ITI, des reconstructions vissées. Les couronnes scellées sont grevées du risque de la persistance de débris de ciment au niveau du joint marginal, voire dans l'os. De plus, les reconstructions vis-

sées ont l'avantage de permettre des réinterventions relativement aisées.

Discussion des experts

Lors des discussions sur le podium, sous la très compétente modération du *D^r Ronald Jung, PD*, Université de Zurich, il est apparu que bon nombre d'avis exprimés par les experts sont plus empiriques que scientifiquement étayés. Autre point: tous les cas présentés étaient exempts de problèmes parodontaux notables. En revanche, il y avait un consensus qu'il vaut mieux se limiter à un système d'implants que l'on connaît et maîtrise bien. L'utilisation simultanée de plusieurs systèmes d'implants, aussi attrayante puisse-t-elle paraître, implique un manque de routine et de sécurité et ne fait alors qu'augmenter le risque d'erreurs.

Segments postérieurs

Situations complexes

Spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, *Roger Minoretti* a surtout présenté des situations complexes, notamment celles caractérisées par des atrophies ou pertes osseuses importantes. Dans

le maxillaire supérieur, les nouveaux implants à longueur et diamètre réduit permettent parfois d'éviter un sinus lift. Pour les augmentations «externes» de la crête alvéolaire, les greffes d'os autologue sont prélevées dans la crête iliaque. L'avantage est que de telles greffes permettent des augmentations de volume tant en direction verticale qu'horizontale.

Dans le maxillaire inférieur également, il s'agit tout d'abord d'essayer d'exploiter le plus possible le volume osseux résiduel. Ce chirurgien préconise des implantations directes lorsque la place disponible permet de poser des implants d'une longueur de 8 mm, l'élément limitant étant en général le nerf alvéolaire inférieur. Une alternative peut être la latéralisation du nerf. Lorsque la crête est étroite, nous avons actuellement à disposition des implants de diamètre réduit. En cas d'atrophie avancée de la crête avec une dimension verticale très réduite, le spécialiste recommande la méthode de la distraction osseuse verticale.

Guérison transmuqueuse versus sous-muqueuse

Dans la présentation suivante, *Bruno Schmid* et *Beat Walkkamm* ont comparé les techniques d'implantation transmuqueuse versus sous-muqueuse (enfouie) dans les segments postérieurs. D'après la littérature disponible (études cliniques multicentriques, randomisées et contrôlées), il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les deux méthodes, même pas après cinq ans d'observation. Des techniques d'implantation provisoires sont rarement nécessaires. Parmi les nouveaux matériaux de comblement/d'augmentation, le phosphate tricalcique (TCP) est un nouveau candidat aux résultats prometteurs. Egalement en cours d'évaluation clinique, les membranes «liquides» sous forme de gel de polyéthylène-glycol pourraient être une alternative élégante aux membranes conventionnelles. Pour des raisons de simplification et d'économie (une seule intervention, pas de chirurgie nécessaire lors de l'abutment connection), ces spécialistes préconisent dans les segments postérieurs ou esthétiquement peu sensibles l'insertion transmuqueuse des implants, avec placement de la partie cervicale à un niveau supra- ou juxta-gingival, ce qui permet l'élimination optimale des restes de ciment sous contrôle visuel. Dans les régions plus antérieures ou esthétiquement délicates, ils recommandent en revanche la guérison enfouie ou semi-enfouie.

Il est incontestable et scientifiquement prouvé que les nouvelles surfaces et matériaux des implants permettent actuellement de renoncer dans bien des cas à des augmentations osseuses complexes. Les propriétés biologiques et surtout mé-



Le podium des experts, sous la direction du modérateur *D^r Ronald Jung, PD*, a discuté après chaque session des points à préciser et des questions posées par les participants.

caniques sont sans cesse améliorés. Le dernier venu de la maison Straumann, Roxolid[®], associe les propriétés du titane et de la zircone, promettant de la sorte des résultats favorables, même avec des implants courts et de faible diamètre. L'ennemi principal est toujours la péri-implantite!

Options et alternatives en cas de volume osseux réduit

Dans leur exposé sur les possibilités pour la reconstruction des parties postérieures de l'arcade maxillaire, *Claude Andreoni* et *Thomas Meier* ont d'abord présenté les options conventionnelles, dont l'arcade dentaire raccourcie, les solutions amovibles, les ponts fixes avec extension(s). En tant que praticien privé, *Claude Andreoni* craint toujours le risque de carie secondaire sous les restaurations sur piliers naturels.

Pour les reconstructions implantoportées dans des crêtes à volume osseux réduit, il est possible d'esquiver les augmentations tissulaires en utilisant des implants courts ou posés en biais pour exploiter les volumes d'os résiduel, voire des ancrages dans des structures anatomiques très postérieures comme la tubérosité, le ptérygoïde ou encore l'os zygomatique.

En cas de volume osseux réduit en regard du sinus maxillaire, il est possible de poser des implants de longueur réduite pour autant que la hauteur osseuse soit d'au moins 7 mm. Entre 3 et 6 mm de crête résiduelle, les deux spécialistes ont obtenu des résultats favorables avec la surélévation du plancher sinusien par la technique de *Summers*. Une hauteur osseuse ne dépassant pas 1 à 2 mm est une indication formelle pour un Sinus lift classique, l'abord pouvant être crestal ou par une fenestration latérale. Il est intéressant de noter que pour l'élévation du plancher sinusien, *Claude Andreoni* n'utilise pas



La Prof. Regina Mericske-Stern avec le Dr Ronald Jung, PD, Université de Zurich.

d'os autologue, mais seulement du Bio Oss[®] et une membrane résorbable.

Dans la première partie de sa présentation sur les réhabilitations postérieures, *Regina Mericske-Stern* a évoqué la question de la planification de l'occlusion et du nombre idéal de piliers implantaire dans différentes situations. Ces sujets étant fort vastes, il n'est pas possible d'entrer dans les détails dans le cadre de ce résumé synoptique. Même si selon le spécialiste le standard actuel pour les reconstructions postérieures implantoportées est toujours la couronne céramo-métallique cimentée, la zircone se profile en tant qu'alternative valable.

Réhabilitations implantoportées dans le maxillaire complètement édenté

Premier conférencier du programme du samedi matin, *Thomas Meier* a fait remarquer que la résorption osseuse dans la mandibule est quatre fois plus importante que celle dans le maxillaire supérieur. Du fait que la résorption dans le maxillaire se fait en direction palatine (centripète) et

celle dans la mandibule en direction vestibulaire (centrifuge), on se trouve souvent dans une situation de contraintes excentrées sur les implants.

La question du nombre idéal d'implants

Quant au nombre d'implants à insérer, le spécialiste préconise 6 à 8 implants pour les reconstructions fixes dans le maxillaire supérieur, 4 à 6 implants pour les solutions amovibles. Pour les reconstructions fixes dans la mandibule, il recommande 4 à 6 implants, respectivement 2 à 4 pour les solutions amovibles. La question cruciale est toujours le soutien suffisant des lèvres.

L'implantation immédiate avec mise en charge immédiate est possible en cas de volume osseux adéquat et à condition de poser des implants d'une longueur de 11,5 mm, idéalement au nombre de huit dans le maxillaire supérieur, voire de 6 implants de 10 mm dans la mandibule. Autre condition: il faut solidariser les piliers entre eux. Le diagnostic et la planification devraient se fonder sur des maquettes ou un setup essayés en bouche. Ce résultat visé permet ensuite de



Dans le magnifique auditoire, un parquet de plus de 250 participants suit avec attention les présentations.

planifier «vers l'arrière», c'est-à-dire: exploitation optimale du volume osseux disponible, fabrication de gabarits d'implantation permettant d'éviter des erreurs de positionnement «manuel», simplification de la chirurgie et prédictibilité du résultat chirurgical et prothétique.

Pour les solutions amovibles, le conférencier a passé en revue les avantages et inconvénients respectifs des solutions prothétiques conventionnelles et celles ancrées sur des barres. Il préfère la barre profilée Variosoft de Bredent, fabriquée en acier et proposée avec un grand choix de cavaliers de rétention en résine, faciles à échanger en cas de perte de friction. Pour des ancrages isolés, il préfère le système Locator® aux ancrages sphériques Dalbo®.

Prothèse fixe ou hybride

Enchaînant d'abord sur les solutions amovibles, *Regina Mericske-Stern* a présenté plusieurs cas de figure de prothèses ancrées sur des attachements unitaires ou des barres. C'est sans doute le domaine qui peut se prévaloir du plus haut degré d'évidence scientifique. La réhabilitation du maxillaire supérieur édenté est sensiblement plus exigeante que celle de la mandibule. Les principaux problèmes sont les axes généralement divergents des implants et l'esthétique rouge/blanche (soutien des lèvres) en cas de résorption osseuse importante dans la région antérieure. La planification assistée par ordinateur est d'une grande utilité pour le choix de la solution optimale.

Abordant les problèmes des crêtes édentées du point de vue du spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, *Roger Minoretti* a présenté des cas spectaculaires de reconstruction complètes de crêtes extrêmement atrophiées par des greffes circulaires d'os autologue prélevées dans la crête iliaque. Selon le résultat obtenu, il faudra encore résoudre le choix de la solution amovible ou fixe.

OPT vs TVN

Dans le dernier volet des présentations, *Bruno Schmid* et *Beat Walkamm* ont comparé les avantages et inconvénients de l'orthopantomogramme (OPT) et de la tomographie volumique numérisée (TVN). Si l'OPT est toujours la méthode de référence, associant faible dose d'irradiation et vue d'ensemble des structures avec une précision suffisante, elle pose le problème de la superposition, du manque de netteté dans les régions antérieures et de l'absence de représentation tridimensionnelle. Les inconvénients de la TVN sont la dose d'irradiation 2 à 10 fois plus importante et les frais. Sinon, les avantages dominent: netteté identique dans toutes les régions, possibilité de mesures très précises, représentation tridimensionnelle des structures anatomiques



Les ateliers organisés par les représentants de l'industrie ont permis d'expérimenter en «hands on».

et possibilité d'exporter les données dans un logiciel de planification virtuelle, y compris la fabrication de gabarits d'implantation. D'autres indications pertinentes sont l'évaluation de la région du sinus maxillaire, des segments antérieurs en cas d'augmentation osseuse en deux temps et des zones postérieures de la mandibule, notamment du trajet du nerf alvéolaire inférieur. Ce compte rendu condensé ne peut pas entrer en détail sur la deuxième partie de cette présentation, consacrée à une discussion exhaustive des différentes stratégies et méthodes de reconstruction prothétique des arcades édentées. Globalement, il a été démontré que la satisfaction des patients ne dépend ni du nombre d'implants ni du type précis d'ancrage.

Ateliers

Comme si le programme principal du congrès n'était pas suffisamment étoffé, les participants avaient la possibilité d'assister après les cours théoriques à des ateliers pratiques organisés par différents fournisseurs d'implants et d'éléments

techniques ou accessoires chirurgicaux: ASTRA Tech, BIOMET 3i, NEOSS, Nobel Biocare, Straumann, Thommen Medical et Dentalpoint ZERAMEX® et Karr Dental. L'éventail des thèmes présentés était vaste. Les quelque 15 ateliers avaient lieu par petits groupes. Ils comprenaient, d'une part, une brève introduction théorique, soit par des spécialistes de fabricants, soit par des praticiens chevronnés et, d'autre part, des exercices pratiques permettant ainsi d'approfondir les connaissances de différents systèmes d'implants et de se familiariser avec de nouveaux produits.

Conclusions

Thomas Zumstein gère à Lucerne un important cabinet dentaire et dirige également la très renommée Zumstein Dental Academy qui s'est fait dans tout le pays une réputation dans la formation continue des médecins dentistes. La plupart du temps, les cours ont lieu au KKL de Lucerne et comptent comme formation post-grade en médecine dentaire. Encore une fois, ce confrère pas comme les autres a réussi à concocter pour ce congrès un programme stimulant et varié.

Pour revenir à la métaphore des maîtres de cuisine toqués et étoilés évoqués dans l'introduction, la conclusion permet de les féliciter de leurs prestations. Plats variés préparés avec compétence, présentations didactiques et une kyrielle d'idées, certaines plus connues, d'autres encore en train d'émerger. Or, comme l'a fait remarquer si juste Claude Andreoni, même avec l'expérience de longues années de pratique de l'implantologie, il n'y jamais de recette miracle... Malgré les éléments fondés sur les preuves, il reste dans ce domaine toujours une partie d'empirisme et d'intuition. C'est cela qui rend l'implantologie passionnante et en constante évolution.



Et last but not least, un grand Merci à l'équipe aussi efficace que souriante de la Zumstein Dental Academy à l'accueil!

Revues

Prophylaxie antibiotique

Napeñas J J et al.:
Comment on the 2009 American Academy of Orthopaedic Surgeons' Information Statement on Antibiotic Prophylaxis for Bacteriemia in Patients with Joints Replacement

J Can Dent Assoc 75: 447-449, 2009

En 2003, l'American Academy of Orthopaedic Surgeons (AOS) et l'American Dental Association (ADA) publiaient une révision de la prise de position concernant l'usage d'une prophylaxie antibiotique chez des patients porteurs d'une prothèse orthopédique complète. L'AOS a récemment publié en 2009 «une information éducative basée sur l'opinion de ses auteurs».

Cette information indique qu'une antibiothérapie prophylactique est recommandée avant toute intervention invasive susceptible de déclencher une bactériémie chez des patients porteurs d'une prothèse orthopédique complète. Ladite recommandation supprime toute limitation dans le temps et inclut toute intervention invasive, médicale et dentaire. Elle est donc plus rigoureuse que celle de 2003 qui limitait la durée d'indication de prophylaxie à 2 ans et qui incluait les patients présentant des comorbidités accentuant le risque de bactériémie. Une prophylaxie n'est en revanche pas recommandée chez des patients uniquement porteurs d'inserts, de plaques, de vis ou d'autres dispositifs placés hors d'une articulation synoviale ou diarthrose.

Cette nouvelle déclaration est basée sur les suppositions (1) qu'une bactériémie associée à une intervention dentaire et provenant de la flore buccale peut provoquer une infection au niveau

d'une prothèse orthopédique complète, (2) qu'il existe une association entre les interventions chirurgicales et les infections de prothèses orthopédiques complètes, (3) qu'une prophylaxie antibiotique est efficace contre une bactériémie provoquée par des interventions dentaires opératoires, (4) que les infections tardives de prothèses articulaires ne sont pas comparables à une endocardite infectieuse en raison de différences anatomiques, du type de vascularisation, des microorganismes concernés et des mécanismes d'infection.

Ces suppositions sont pourtant mises en question. En effet, il a été montré qu'une infection de prothèse orthopédique complète est rarement due à des bactéries spécifiques de la cavité buccale, et rarement liée à des interventions dentaires. De plus, une infection peut survenir même malgré une couverture antibiotique.

Cette nouvelle information reconnaît l'argument du risque vs bénéfique concernant la prophylaxie antibiotique, même si elle risque de déboucher sur une augmentation du recours à ces agents. L'utilisation d'antibiotiques présente un risque de réactions anaphylactiques dangereuses après une seule dose qui dépasse le risque potentiel de mortalité suite à une infection due à une bactérie de la flore buccale. L'argumentation pose aussi un problème de santé publique et de coût de la santé. La terminologie utilisée dans cette déclaration n'est, en plus, pas très claire. Aucune procédure dentaire susceptible de provoquer une bactériémie n'est spécifiquement mentionnée. Aucun autre régime antibiotique que la pénicilline n'y est proposé, pas non plus en cas d'allergie à ce médicament. Les arguments de la prise de position datent des années 70 et ne se réfèrent pas à des travaux de ces dix dernières années. Les manœuvres quotidiennes de brossage, de fil dentaire et de mastications provoquent fréquemment une bactériémie de la flore buccale, en particulier chez les sujets dotés d'une denture non assainie, d'une hygiène insuffisante ou d'une parodontite. Les professionnels de la santé devraient insister sur l'importance d'une hygiène adéquate chez les patients à risque, avant et après toute intervention orthopédique impliquant des prothèses complètes.

Cette nouvelle prise de position risque d'apporter plus de confusion que les directives précédemment publiées. Des critères médico-légaux vont encourager les cliniciens à exposer davantage leurs patients à des antibiotiques. L'argumentation de ce texte reste chancelante, étant un retour aux dispositions d'avant 1997, date de la

première prise de position. Elle risque aussi d'encourager la multiplication de consultations inutiles que va générer le caractère imprécis de ces nouvelles directives.

Michel Perrier, Lausanne

Choix et renvoi d'un patient

Wentworth R B:
What ethical guidance is there for dismissing a patient from a practice?

J Am Dent Assoc 140: 717-719, 2009

Les principes d'éthique de l'American Dental Association (ADA) guident les médecins-dentistes dans la sélection de leurs patients, en insistant aussi sur le respect des droits d'autodétermination dans le choix du dentiste. Les médecins-dentistes ont le devoir de soigner ceux qui le demandent. Les codes d'éthique s'inscrivent dans la promotion du bien-être du patient. Le code de l'ADA offre une certaine latitude dans le chapitre de la sélection des patients. Mais les soins ne peuvent être refusés sur la base de critères d'ethnie, de religion, de genre ou de nationalité. Ils ne peuvent être refusés non plus sur la seule base d'un statut positif HIV ou d'hépatite B ou C. Tous les médecins-dentistes sont soumis aux lois antidiscriminatoires. Cependant, ils peuvent par exemple décider de refuser des patients se montrant abusifs à l'accueil lors de leur première consultation, ceci malgré la demande de modifier leur comportement. Un comportement abusif n'est pas toujours la conséquence d'un handicap.

Le renvoi d'un patient peut survenir lors de la rupture de la relation dentiste – patient. La première étape consiste à contacter un avocat, la société dentaire locale ou une institution officielle de santé publique afin de prendre connaissance des dispositions médico-légales qui vont entrer en jeu. Tout renvoi sera précédé des démarches nécessaires au rétablissement d'une relation mise en péril. Si ces manœuvres échouent, le médecin-dentiste examinera si la poursuite des soins reste dans l'intérêt du patient. Il veillera aussi à ce que le renvoi projeté ne résulte pas d'une attitude discriminatoire. On ne saurait en outre renvoyer un patient en l'adressant à un autre médecin-dentiste car cette stratégie n'intervient que si ce dernier dispense des soins spécifiques avant de retourner le patient à son thérapeute d'origine pour la suite du traitement.

Lorsque les tentatives de restauration d'une relation thérapeutique restent sans succès et que les précautions juridiques ont été prises, il convient de s'assurer que le patient reste en mesure

Action Vieil or pour redonner la vue

Croix-Rouge suisse 



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

d'avoir accès à des soins adéquats. On ne peut renvoyer un patient en lui annonçant simplement que les soins sont interrompus sans que cette attitude ne soit qualifiée d'abandon. Tout traitement en cours devrait soit être terminé, soit être organisé pour être repris par un successeur. Il est prudent d'avertir le patient par écrit d'une telle décision en lui expliquant les motifs et en lui indiquant les mesures à prendre en cas d'ur-

gence pour la suite de son traitement pendant la période de transition nécessaire au choix d'un nouveau dentiste et à la reprise du traitement, en particulier chez des patients présentant certains risques. La dernière obligation est de faire en sorte que tous les dossiers soient envoyés à temps et sans frais au successeur. Bien que tout médecin-dentiste vise à satisfaire ses patients par les soins qu'il lui prodigue, il peut

arriver que même le praticien le plus talentueux soit confronté à une rupture des rapports de confiance. L'observance des principes d'éthique dans la dissolution d'une telle situation revêt une importance majeure. Cette procédure est capitale car elle doit préserver le maintien et la poursuite de l'accès aux soins du patient concerné.

Michel Perrier, Lausanne