

Philippe Rusca, Président désigné de l'ERO

C'est le 30 avril 2010 que le D^r Philippe Rusca a été désigné «President Elect» de l'organisation régionale européenne ERO, l'une des cinq organisations régionales de la FDI. L'élection d'un Suisse à la présidence de l'organisation faitière européenne des médecins-dentistes est devenue une tradition bien établie.

Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SSO (photos: Hans Caspar Hirzel)

Philippe Rusca a été élu président désigné de l'organisation faitière européenne des médecins-dentistes à l'occasion de la dernière assemblée plénière de l'ERO, organisation régionale européenne qui s'est tenue à Erevan (Arménie) les 29 et 30 avril 2010. La Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie s'est entretenue avec le nouvel élu. L'entretien a porté sur sa mission, sur ses objectifs, sur les défis qui se posent à l'ERO ainsi que sur l'engagement de la SSO au plan international.

RMSO: «Qu'est-ce que l'ERO? Que fait-elle?»

D^r Philippe Rusca: «L'ERO est l'organisation régionale pour l'Europe de l'organisation faitière internationale des médecins-dentistes, la FDI. L'ERO a été fondée en 1955 et compte aujourd'hui trente-six Etats membres. Elle représente les intérêts de près de 320 000 médecins-dentistes en Europe et se consacre avant tout à des aspects politiques et sociaux autour de la médecine dentaire. L'ERO s'engage en faveur de la santé bucco-dentaire de la population et apporte son soutien aux avancées scientifiques en médecine dentaire. En voici deux exemples: de nombreux pays et de gouvernements n'honorent pas ou ne soutiennent plus les mesures de prévention. C'est par le biais des résolutions qu'elle vote que l'ERO exerce des pressions politiques et apporte son

soutien aux organisations professionnelles concernées dans leur action. Ses capacités organisationnelles compensent le manque de ressources financières. Autre exemple récent: il nous vient d'Israël. Dans ce pays, les autorités de la santé entravent l'accès de certains médecins-dentistes à l'exercice de leur profession. L'ERO est intervenue dans ce contexte, plaidant pour un accès libre et sans obstacles au système de santé de l'Etat ainsi que pour le libre choix du médecin-dentiste pour les patients.»

«Quels sont les objectifs poursuivis par l'ERO?»

«L'exercice libéral de notre profession est au cœur des préoccupations de l'ERO. Depuis la chute du mur de Berlin, le centre de gravité de notre organisation s'est largement déplacé vers l'Est: pas moins de douze pays de l'ancienne Union soviétique ont rejoint l'organisation faitière européenne depuis 2004! C'est parce que les soins dentaires n'en sont qu'au tout début de leur développement dans ces pays que l'ERO y jouit d'une grande liberté d'action. Elle peut ainsi participer activement à la mise sur pied du système. Elle accomplit un important et précieux travail de développement en médecine dentaire tout en s'assurant dès le début de l'application de ses principes corporatistes en faveur du libre exercice de notre profession.»

«Lesquels de ces objectifs ont-ils été atteints à ce jour?»

«Au sein de la FDI, la position de l'ERO est forte, encore confortée par l'arrivée des nouveaux membres venus de l'Est. L'ERO représente désormais un bon tiers de tous les médecins-dentistes pratiquant dans le monde.»

«Quels sont les défis que l'ERO doit relever?»

«Notre expansion à l'Est est un véritable défi: les barrières linguistiques entravent les échanges avec nos nouveaux membres. Les relations et la communication restent toujours rares. C'est pour y remédier que l'ERO a récemment introduit le russe en tant que langue pratiquée dans ces séances. On espère ainsi conforter les échanges avec nos confrères et concœurs russophones. Il y a encore peu de contacts avec les Etats membres venus de l'ex-Union soviétique. Nous entendons peu parler de nos confrères de l'Est!»

«Le secrétariat de la SSO assume également les tâches administratives de l'ERO. Comment la SSO et l'ERO coopèrent-elles? Dans quels domaines?»

«Le secrétariat de la SSO a reçu le mandat d'administration de l'ERO en 2004. Pour cette adjudication, il se trouvait en concurrence avec des candidats de l'Espagne et de la Tchéquie. Depuis lors, c'est une polyglotte, Monika Lang, qui mène les affaires courantes de l'organisation régionale pour l'Europe. Cette décision était tout à fait pertinente: j'étais alors élu secrétaire général de l'ERO. Les deux fonctions sont désormais assumées sous le même toit. C'est maintenant la polonaise Anna Lella qui remplit cet office. On s'est toutefois abstenu de déplacer à nouveau le secrétariat, désireux que nous étions de conserver l'infrastructure existante. Un projet en cours prévoit même de situer à Genève le siège légal de l'ERO. Les échanges deviendraient ainsi à l'avenir encore plus resserrés avec l'organisation faitière des autres professions médicales.»

«Il n'y a pas d'autres coopérations entre la SSO et l'ERO. La SSO en fait partie avec ses deux délégués, une association parmi de nombreuses autres. Comme tous les autres membres, elle ne manque pas d'apporter sa contribution à l'incassante professionnalisation des structures associatives de l'ERO.»

«Quel est le rôle joué par la SSO au sein de l'ERO?»

«Les Suisses ont toujours joué un rôle très actif dans le cadre de la coopération internationale en médecine dentaire. Pendant le dernier millénaire, la SSO a donné trois présidents à la FDI: le Professeur D^r Louis Baume et le Professeur



Sur le vif, pendant la séance: Philippe Rusca, Président élu.



Voici le nouveau Comité de l'ERO, de gauche à droite: Bedros Yavru-Sakuk (Arménie, membre), Philippe Rusca (Suisse, président élu), Anna Lella (Pologne, secrétaire générale), Michael Frank (Allemagne, membre), Monika Lang (secrétaire de l'ERO), Gerhard Seeberger (Italie, président).

D' Freihofer, puis, assez récemment, le Dr Heinz Erni en 1995. Le dernier président de l'ERO a été le D^r Peter Müller-Boschung de 1998 à 2001. Il est remarquable qu'un si petit pays occupe si souvent de telles positions élevées. Nul doute que le haut niveau de la médecine dentaire en Suisse joue ici un rôle décisif. Malgré la catastrophique perte de prestige de certaines de ses institutions, la Suisse reste encore sympathique pour nombre de nos partenaires internationaux!»

«Quelle est la motivation de votre engagement pour l'ERO?»

«Voici bientôt trente ans que je suis actif dans le domaine de la politique professionnelle et corporative, d'abord au plan cantonal, puis national, et enfin international depuis 1998. Je suis plus que jamais convaincu que nous devons agir, à l'étranger également. Ce n'est en effet qu'une question de temps avant que nous ne soyons touchés, nous aussi, par les problèmes de l'étranger et par des décisions qui sont prises hors de nos frontières. Mon prédécesseur à la présidence, le D^r Müller-Boschung, m'a mis en rapport avec les décideurs étrangers dans le domaine de la médecine dentaire. Au fil du temps, le Comité de la SSO a manifesté de plus en plus

d'intérêt pour ces activités. C'est dans cette perspective que le Comité et son état-major m'ont efficacement soutenu et accompagné dans mes activités auprès de l'ERO, de la FDI et de la CED et ont également appuyé ma candidature à l'occasion de contacts personnels avec des délégués.»

«Nul doute que cette nomination constitue pour moi un point culminant de mes activités au service de notre politique professionnelle et corporative. Pour la SSO, c'est également un grand honneur que l'un de ses membres soit ainsi porté au sommet de la hiérarchie d'une organisation internationale.»

«Dans quels domaines allez-vous fixer vos priorités en tant que Président de l'organisation?»

«Pendant les trois prochaines années de mon mandat, je vais m'atteler collégalement et en étroite collaboration avec les membres du nouveau comité à la défense résolue et à la représentation efficace des intérêts des Etats membres de notre organisation. En ce moment, nombre de paramètres sont entourés d'incertitudes: situation économique, situations conflictuelles entre Etats membres de l'ERO, entraves mises aux déplacements, etc. Il est difficile de définir aujourd'hui les problèmes les plus critiques pour l'avenir. Je compte parmi mes priorités l'intégration des nouveaux Etats membres, les flux réciproques d'informations ainsi que la mise à contribution optimale des synergies. L'ERO doit devenir de plus en plus le porte-parole des médecins-dentistes de toute l'Europe. De plus, le libre exercice de notre profession tel que nous le connaissons en Suisse doit également s'imposer à l'étranger. Il nous faut le défendre contre toutes les tentatives étatiques de nivellement par le bas.»



Le cloître Geghard dans sa falaise culmine à 1767 mètres d'altitude. Il a été construit du VII^e au XIII^e siècle. Ce cloître partiellement creusé dans la falaise figure à l'inventaire de l'héritage culturel mondial établi par l'UNESCO.



A Erevan, le Mémorial rappelle les victimes du génocide commis contre la population arménienne.

La RMSO est désormais sur Pubmed

La Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie (RMSO) est reliée à l'importante banque de données scientifique Pubmed depuis le mois de mars 2010. Tous les intéressés peuvent désormais consulter et télécharger gratuitement les articles scientifiques et techniques de la RMSO publiés en langue anglaise sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SSO

Dans le monde entier, les chercheurs recourent à internet pour leurs recherches scientifiques. Pubmed, la banque de données numériques des autorités américaines de la santé, est actuellement à la pointe du progrès dans le domaine des sciences naturelles avec plus de 19 millions de liens. Toute publication scientifique désireuse de survivre de nos jours à la dynamique de la concurrence dans le monde de la science doit assurer sa présence

sur cette plate-forme du savoir. Certes, la Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie est indexée sur Pubmed depuis 1984, mais les intéressés ne pouvaient jusqu'à présent faire de recherches que par les résumés (*abstracts*) des articles. Désormais, depuis le mois de mars 2010, les articles scientifiques et techniques publiés dans la partie Recherche et Science de la RMSO peuvent être consultés dans leur intégralité et téléchargés

online sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Le lien avec Pubmed constitue ainsi une étape à la fois nouvelle et logique, depuis que l'équipe rédactionnelle a pris, l'automne dernier, la décision de publier en langue anglaise tous les articles de recherche. Ceux-ci sont maintenant accessibles à l'ensemble de la communauté des chercheurs par l'intermédiaire de Pubmed.

Les archives de la RMSO également sur le site web de la SSO

Vous trouvez les anciens articles de la RMSO sur le site de la SSO. Dans la rubrique «Pour les médecins-dentistes» se trouve le point de menu «Revue mensuelle». C'est là que vous pourrez télécharger gratuitement en format PDF les plus importantes publications de la Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie depuis 1997.

Utilisez Pubmed: c'est la plate-forme virtuelle du savoir pour toutes vos recherches scientifiques!

Etes-vous à la recherche d'un ancien article paru dans la RMSO? Vous trouverez la RMSO sous la rubrique des médecins-dentistes. Vous pourrez y télécharger gratuitement toutes les contributions les plus importantes, sous la forme de fichiers PDF.

D^r Wild & Co S.A.: innovation et solidité depuis 78 ans

La société D^r Wild & Co S.A. s'affirme depuis des décennies sur un marché qui connaît une vive concurrence, avec ses produits de haute qualité et novateurs. Nombreux sont les médecins-dentistes suisses qui sont au nombre de sa clientèle attirée.

Texte et photos: Werner Catrina

Dans le couloir lumineux de l'immeuble de la société D^r Wild à Muttenz, on peut voir des affiches vantant les mérites du médicament Contre-Douleurs: il a été mis au point il y a des décennies par une entreprise alors encore toute jeune, et c'est lui qui lui vaut un chiffre d'affaires considérable, aujourd'hui encore! L'une de ces affiches, devenue célèbre, est l'œuvre du graphiste bâlois Donald Brun dans les années soixante: elle montre un oiseau rieur sur un tube de comprimés. Une autre affiche fait l'éloge de comprimés antidouleurs reflétés dans un verre multicolore, un peu comme s'il s'agissait d'une limonade effervescente. Le D^r Andreas Hasler, membre de la direction, est responsable du marketing et de la vente. Il conduit les journalistes visiteurs devant des affiches de toutes les couleurs dans la salle de conférence qui fleure bon des senteurs délicates. «Ces affiches ne seraient plus autorisées aujourd'hui», nous dit-il, «Swissmedic contrôle strictement l'apparence de nos promotions». Une nouvelle publicité pour Contre-Douleurs avec un sympathique petit bonhomme souriant a été autorisée par l'institut suisse des médicaments sous la forme d'un spot télévisé. Toutefois, l'autorité de surveillance a émis son veto pour la version

imprimée jusqu'à ce que, en fin de compte, le Tribunal administratif fédéral finisse au bout de deux années de procédure par décider que le sujet pourrait aussi être utilisé sur des supports imprimés.

Ne parlons plus de cette ridicule querelle juridique qui a coûté du temps, de l'argent et des nerfs à l'entreprise. Andreas Hasler préfère nous parler d'une extraordinaire réussite. Fondée en 1932, l'entreprise pharmaceutique D^r Wild & Co S.A. à Muttenz est demeurée une PME indépendante jusqu'à maintenant. Ce sont deux frères, Samuel Wild, docteur en chimie, et Werner Wild, droguiste, qui ont eu l'audace de créer cette entreprise pharmaceutique en des temps alors difficiles. 78 ans plus tard, D^r Wild compte parmi les trente plus importantes entreprises pharmaceutiques de Suisse. La société jouit d'une position très forte sur le marché dans le secteur des produits dentaires. «Les connaissances, le savoir-faire et l'expérience sont des ressources importantes que le D^r Wild investit au profit des clients et des collaborateurs», peut-on lire dans un portrait de la société qui ajoute: «Son but est de pouvoir maintenir le succès durable de la société et d'assurer son existence sur le marché

en tant que partenaire fiable et PME indépendante.»

Marché suisse et exportation

Cette entreprise familiale ne communique pas de chiffres. Elle est aujourd'hui dirigée par Sven Wild, de la deuxième génération. Andreas Hasler précise que le patron a fait ses études de pharmacie à l'Ecole polytechnique fédérale de Zurich (EPFZ), couronnées par un doctorat. Il a également conquis le diplôme postgrade spécialisé en gestion des PME à la Haute école de Saint Gall (HSG), puis travaillé pendant dix ans dans l'industrie pharmaceutique dans la recherche et le développement, ainsi que dans la gestion et le marketing. Andreas Hasler a fait la connaissance de Sven Wild et a tout de suite été séduit par l'activité de cette entreprise, à la fois solide et innovante. Il ne lui a dès lors pas été difficile de passer au service de la PME de Muttenz.

Le chiffre d'affaires de D^r Wild se compose aujourd'hui à 50% de produits OTC (*over the counter*). Il s'agit donc de médicaments qui ne sont pas soumis à la délivrance d'une ordonnance. Les 50% restants sont faits d'articles de médecine dentaire pour les cabinets dentaires et à usage privé pour les soins dentaires. Ces derniers ne se trouvent que dans le commerce spécialisé (pharmacies et drogueries) ainsi qu'après des médecins-dentistes et des hygiénistes dentaires.

80% du total du chiffre d'affaires de l'entreprise sont réalisés en Suisse, 20% à l'exportation avec une tendance à la croissance. D^r Wild exporte ses produits dans divers pays d'Europe et d'Afrique, de l'Extrême et du Moyen-Orient ainsi que de l'Amérique du Sud et du Mexique. Pour l'exportation, on travaille avec des agents. Ce sont des



De la deuxième génération, Sven Wild dirige l'entreprise familiale qui vient d'inaugurer un nouvel immeuble à Muttenz à l'occasion de son 75^e anniversaire.



Affiche historique du médicament Contre-Douleurs lancé en 1933. Il compte parmi les dix premières ventes dans son secteur, toujours conditionné dans son fameux petit tube, le «Röhrl».

produits finis qui sont exportés, conditionnés dans des emballages adaptés au plan linguistique pour les différents pays de destination. Aujourd'hui, le développement d'un nouveau médicament peut coûter des centaines de millions de francs. Le succès rencontré par Dr Wild avec Contre-Douleurs n'en est que plus impressionnant. Cet antidouleur est arrivé sur le marché en 1933. Il compte toujours parmi le *top ten* du secteur. Comme autrefois, il est conditionné dans son inimitable et pratique tube, le «Röhrlin». Sa combinaison d'acide acétylsalicylique et de caféine est unique, aujourd'hui encore. Il a été le coup de maître de la jeune PME. Mais elle est loin de se reposer sur ses lauriers: la recherche et le développement ciblé se poursuivent avec persévérance et acharnement.

Une gamme à succès: le Tebodont

L'entreprise est très fière de sa ligne Tebodont pour les soins dentaires qui repose sur des produits issus de l'arbre à thé d'Australie (*Melaleuca alternifolia*). Sven Wild a découvert à l'étranger ce produit du théier. Ses propriétés l'ont fasciné et il a fait faire des études dans les universités de Bâle et de Zurich afin d'en attester l'efficacité. C'est sous la direction du responsable de la recherche, le vietnamien Tri Dien Luu que Tebodont est devenue une ligne de produits à usage oral prête à la commercialisation. En fait partie un gel capable d'entraver la croissance des micro-organismes et des mycètes dans la bouche, voire de les éliminer.

Cette nouveauté lancée en 2001 se présente sur le marché également en tant que bain de bouche, dentifrice et spray. Elle connaît le succès dans la lutte contre les inflammations de la bouche et des gencives, les mycoses et les aphtes. Elle est également utilisée pour la désinfection après des interventions chirurgicales. Les produits Tebodont sont aussi utilisés en prophylaxie des infections. Proches de la nature, ils sont devenus des locomotives dont le chiffre d'affaires connaît une croissance annuelle à deux chiffres. La gamme Tebodont est désormais en troisième position de ce segment dans le commerce spécialisé.

Un secteur essentiel: les produits dentaires

Dr Wild produit et conditionne à Muttenz une douzaine de produits. D'autres articles tels que, par exemple, le spray buccal Deaftol contre les aphtes sont conditionnés par d'autres entreprises de la région.

A côté de la fabrication de ses propres produits, Dr Wild assure la distribution exclusive de médicaments dentaires et médicaux du leader mondial Septodont, ainsi que la distribution d'articles pour la médecine dentaire de 3M ESPE, de Kerr-Hawe et de Bode.



Des chercheurs de douze nations différentes exercent leurs talents chez Dr Wild & Co S.A. En voici d'Inde, de Turquie, de Croatie et du Liberia en compagnie du directeur de la recherche, le vietnamien Tri Dien Luu.



Le dentifrice Depurdent® est exempt de tous agents de blanchiment, d'enzymes et d'agents de conservation.



Dr Wild & Co S.A. vend ses produits également dans le monde arabe. Ils y sont livrés dans des emballages rédigés dans la langue correspondante.

Les médecins-dentistes, les médecins, les pharmaciens et les droguistes, les hygiénistes dentaires ainsi que les assistantes en prophylaxie sont les clients de D' Wild dont les représentants sont parvenus à acquérir une importante clientèle attirée de médecins-dentistes et d'hygiénistes dentaires, sans omettre les pharmaciens. Cinq représentants ne s'occupent que de cet important segment de la clientèle.

«Pour nous, le service commercial est essentiel», insiste Andreas Hasler, «ce sont des professionnels engagés et motivés qui travaillent chez nous depuis longtemps déjà. C'est ainsi qu'ils ont pu construire et développer leur réseau personnel de relations avec les médecins-dentistes, les hygiénistes dentaires, les pharmaciens et les droguistes.»

Andreas Hasler poursuit: «Lorsque l'on met un nouveau produit sur le marché, il faut ambitionner son succès à long terme et laisser suffisamment de temps au service commercial pour expliquer tout nouveau développement à notre clientèle: une fois qu'un médecin-dentiste ou une hygiéniste dentaire sont gagnés à la cause d'un nouveau produit, nous pouvons compter sur une longue fidélité de la part des clients, grâce à la qualité de nos produits.»

Le secteur OTC connaît également une vive concurrence, admet notre interlocuteur. Il exige un engagement total de tous les collaborateurs: «Sur le marché des produits OTC, nous sommes dans le commerce spécialisé en concurrence avec des géants du marché au plan mondial. Ce sont des acteurs qui peuvent mettre en œuvre de tous autres moyens publicitaires que nous!», précise Andreas Hasler.

Nouvel immeuble pour son 75^e anniversaire et pour ses collaborateurs fidèles et motivés

C'est grâce à sa croissance constante que l'entreprise a pu entrer en possession d'un nouvel immeuble en 2007: le cadeau pour le 75^e anniversaire en quelque sorte. Cette nouvelle construction s'imposait également en raison du nombre de prescriptions toujours croissant dans le secteur pharmaceutique qui exigeaient de nouveaux investissements dans les processus de la production et de la logistique. L'administration, la production et les stocks sont maintenant regroupés sous un même toit, ce qui augmente l'efficacité et renforce les synergies internes.

La visite des différentes unités nous montre une exploitation claire et moderne. On compte cinquante collaborateurs motivés venus d'une douzaine de pays. Nombreux sont ceux qui travaillent déjà depuis longtemps dans la maison: le taux de rotation du personnel est très faible dans cette entreprise familiale. Thomas Boban, d'Inde, at-



Le D' Andreas Hasler est pharmacien. Il est membre de la direction de la société, chargé du marketing et de la vente.



«Si ça ne m'avait pas convenu, je serais partie depuis longtemps!», nous confie Sybille Seifert qui travaille depuis cinq ans à l'expédition.

teste de l'ouverture au monde de cette petite société. Il habite tout près de Muttens et vient souvent de, lorsqu'une alarme le nécessite. George Wobill, du Libéria, est venu en Suisse en 1991. Il travaille chez D' Wild depuis des années dans le service de contrôle de la qualité, tout comme Nadine Bueb, de France. Mirella Vasic vient elle de Croatie. Elle travaille au laboratoire. Sa collègue Cakir Sadegül est Turque. Elle est venue enfant en Suisse, avec ses parents. Elle a ensuite suivi une formation d'assistante dentaire, et c'est

aussi dans le laboratoire qu'elle travaille. La majorité de l'effectif est cependant suisse. Roland Reusser, par exemple, travaille depuis vingt-cinq ans à l'expédition et il ne lui reste que quelques années avant de prendre sa retraite. «Je suis content de comment marchent les choses», nous confie-t-il en chargeant un véhicule de livraison. Sybille Seifert aussi travaille à l'expédition, depuis cinq ans. Elle nous le dit sans ambages: «Si ça ne m'avait pas plus chez Wild, je ne serais pas restée!»

Tout patient peut être infectieux

Le Dr Sigrun Eick a repris, depuis le mois d'octobre 2009, la direction de la Commission d'hygiène des Cliniques de médecine dentaire de Berne des mains du Professeur honoraire Persson. Selon les directives en matière d'hygiène propres aux ZMK, tout patient doit être considéré comme potentiellement infectieux. Notre rédactrice s'est entretenue avec la responsable de l'hygiène.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

RMSO: «L'hygiène occupe une place de choix en médecine dentaire. Les ZMK de Berne ont émis leurs propres directives en la matière. Quels en sont les facteurs déterminants?»

Dr Sigrun Eick, PD: «Les exigences posées en matière d'hygiène dépendent à l'évidence des mesures thérapeutiques prises pour le patient. Par exemple, les actes invasifs avec saignement exigent le recours exclusif à des instruments stériles.» «Aux ZMK de Berne, nous appliquons également le principe que chaque patient est potentiellement infectieux. Nous ne pouvons pas partir de l'idée que les patients ont toujours des connaissances sur les infections et qu'ils nous informent de ces dernières. Nous accordons une importance toute particulière aux mesures d'hygiène destinées aux patients avec immunosuppression. Dans leur cas, par exemple, seule de l'eau stérile est utilisée pour le refroidissement, même pour les interventions non invasives. En ma qualité de préposée à l'hygiène, j'ai une fonction consultative dans les différentes cliniques. En raison de mon activité pendant de nombreuses années dans un institut de microbiologie médicale, je

possède de bonnes connaissances des différentes maladies infectieuses et des risques qu'elles présentent. Par ailleurs, j'ai besoin de l'appui des différentes cliniques, car je ne suis pas au courant de tous les processus appliqués dans chacune d'entre elles. C'est ainsi que s'étend le cercle de gens avec qui j'ai des contacts et des échanges au plan professionnel.»

«Comment vous êtes-vous adaptée à la vie en Suisse?»

«Tout s'est très bien passé, notamment grâce à l'appui des merveilleuses collaboratrices du laboratoire. De plus, je me sens très bien à la Clinique de parodontologie sous la direction du Professeur Sculean.»

«Qu'est-ce qui vous a amené à Berne plus particulièrement?»

«J'ai fait des études de médecine dentaire tout en travaillant dans un institut de microbiologie médicale où, malheureusement, la recherche en médecine dentaire ne jouait pas le rôle principal. C'est pourquoi le poste que j'occupe actuellement correspondait si bien à mes attentes.»

«Où se trouve le laboratoire de microbiologie orale que vous dirigez?»

«Le laboratoire de microbiologie orale appartient à la Clinique de parodontologie. Ma mission consiste, entre autres, à la planification et à l'évaluation d'études scientifiques, y compris l'instruction des laborantines du laboratoire. Je suis par ailleurs impliquée dans l'enseignement au sein des ZMK de Berne.»

«En parodontologie, on parle beaucoup des biofilms dont le potentiel est destructeur pour la dentition. Que sont les biofilms? Comment peut-on les modifier?»

«Les bactéries peuvent évoluer dans des liquides (planctons). Elles forment des biofilms lorsqu'elles entrent en contact avec des surfaces solides. Les microorganismes d'un biofilm sont fort bien organisés. Ils sont capables de communiquer entre eux et d'échanger des gènes. De plus, ils sont entourés par des substances muqueuses et d'une matrice. Ces caractéristiques font que des substances chimiques nous permettent certes de nous opposer à la formation d'un biofilm, mais nous ne sommes pas en mesure de le détruire. Un biofilm hautement spécialisé dont nous avons connaissance, c'est bien entendu la plaque dentaire. Dans ce cas, sont enlèvement mécanique est déterminant. Dans des études que nous avons effectuées, nous avons pu montrer que les antibiotiques perdent leur efficacité dans le biofilm. Dans le monde entier, on tente de nouvelles approches thérapeutiques. Nombreuses sont les idées dans ce domaine telles que la substitution ciblée de certains micro-organismes ou le recours à des inhibiteurs de la protéase qui sont des inhibiteurs des facteurs de virulence des bactéries. A ceci il faut ajouter que des biofilms se forment



Depuis le 1^{er} octobre 2009: Le Dr Sigrun Eick est directrice du Laboratoire de microbiologie orale de la Clinique de parodontologie des ZMK Berne.

Curriculum vitae

1975–1980	Etudes de médecine dentaire à Jena.
1980–1987	Activité de médecin-dentiste salariée à la Policlinique de district à Greiz.
1986	Promotion au titre de Dr méd. auprès du Prof. Dr Musil à la Policlinique de prothèse dentaire et de science des matériaux à l'Université Friedrich-Schiller de Jena.
1987–2009	Collaboratrice scientifique à l'Institut de microbiologie médicale de la Clinique universitaire de Jena.
2001	Habilitation et admission à l'enseignement en microbiologie orale à l'Université de Jena.
2002–2003	Séjour de recherche auprès du Prof. Dr Potempa à la Faculté de biotechnologie de l'Université Jagielloński de Cracovie (Pologne).
10/2005–11/2005	Professeure invitée à l'Université Jagielloński de Cracovie (Pologne).
01/2007–01/2007	Activité d'enseignante à l'Université Jagielloński de Cracovie (Pologne) par l'intermédiaire du Service allemand d'échanges académiques (<i>Deutscher Akademischer Austausch Dienst – DAAD</i>).
Depuis le 1 ^{er} octobre 2009	Directrice du Laboratoire de microbiologie orale de la Clinique de parodontologie des ZMK Berne.

Principaux domaines de recherche

Thérapie antibiotique adjuvante, interaction des bactéries parodontopathogènes avec les cellules hôtes, protéases bactériennes, diagnostic microbiologique des affections du parodonte.

également sur des surfaces inertes! Le meilleur exemple en sont les systèmes de conduites d'eau de toute nature, y compris ceux que l'on trouve dans les unités des cabinets dentaires.»

«Parlez-nous de vos activités de recherche?»

«Jusqu'à présent, l'accent de mes travaux de recherches portait sur l'action des antibiotiques et d'autres substances potentiellement antimicrobiennes sur les micro-organismes parodontopathogènes. Grâce à la collaboration avec le Professeur Potempa de l'Université Jagielloński de Cracovie en Pologne, il en est résulté un nouveau sujet de recherche, les protéases bactériennes. A côté de la poursuite de ces recherches, la planification et la réalisation d'analyses microbiologiques dans le cadre d'études cliniques revêtent également une grande importance. Il y a aussi des projets industriels portant sur les techniques et les processus antimicrobiens.»



Aux ZMK Berne, nous appliquons également le principe que chaque patient est potentiellement infectieux.

Dental

125 years
ans



+ SFI-Bar® –
le système de barre ingénieux,
sans tensions sur implants.

- + Nouveau: à disposition dès à présent, adaptateurs originaux pour implants Straumann. Exclusivement chez Cendres+ Métaux.
- + Assise excellent sans tension garantie
- + Parties en titane entièrement préfabriquées
- + Aucun traitement sophistiqué
- + Technique simple de liaison
- + Polyvalence: 2-Implant et 4-Implant, adaptables à 3, 5 ou 6 implants

Plus d'informations:

www.sfi-bar.com

**CENDRES+
MÉTAUX**

Cendres+ Métaux SA
Rue de Boujean 122
CH-2501 Biel/Bienne

Phone +41 58 360 2000
Fax +41 58 360 2011

sfi-bar@cmsa.ch
www.sfi-bar.com

Les idées du père fondateur de la SGZBB, Peter Netzle (1927–2010)

Une graine féconde est éclosée ...

Dans le numéro 121 du mois de mai, c'est à point nommé qu'Eugen Ettlin a esquissé la carrière de Peter Netzle. Dans ce numéro, nous tenterons d'aborder ses idées et sa vision: qu'est-ce qui a été réalisé? Qu'est-ce qui reste encore à accomplir?

Stephan Gottet, Bremgarten (photos: mäd)



Peter Netzle, sérieux, presque obstiné, sa pensée lui donnait des ailes.



Nul d'entre nous n'a autant que lui réfléchi et écrit sur la problématique des personnes handicapées, dit Stephan Gottet.

La nouvelle de sa mort m'est parvenue alors que je me trouvais précisément devant le nouvel opéra d'Oslo. Un appel du trésorier de la Société suisse de médecine dentaire pour handicapés et personnes âgées (Schweizerische Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter – SGZBB), Arthur Stehrenberger, a oblitéré bien d'autres débats enflammés. C'est presque inconsciemment que j'ai pressé le déclencheur de mon appareil photo: cette signalétique incarne sa représentation symbolique; un panneau de stationnement avec le symbole handicapé, ceux pour lesquels il s'est engagé toute sa vie durant. Entre la terre et le ciel tout bleu, un ciel que nous ne connaissons pas. C'est une sensation bien désagréable. Je réalisais soudain que nous avions perdu un père, notre précurseur spirituel de la SGZBB. Il est désormais trop tard pour lui poser toutes ces questions qui nous brûlent encore les lèvres. C'est nous, maintenant, qui allons devoir trouver les réponses, ou bien les exhumer

En raison de la place disponible, ce n'est que dans le prochain numéro de *PARTicipation* (19) que l'on trouvera l'éloge de son œuvre.

de toutes ses notes encore non publiées. Peter Netzle était parmi nous, mais il n'était pas l'un d'entre nous. Il était trop au-dessus de nous, de telle sorte que, et cela ne vaut pas seulement pour notre société, le contact pratique avec le handicapé, *l'homme en progrès*, avait toujours toute priorité sur d'interminables palabres. Sérieux, presque obstiné, toujours conséquent, sa pensée lui donnait des ailes, confirmée par un immense savoir humanitaire profondément ancré dans sa vaste culture. On ne saurait omettre ici d'évoquer sa fidèle épouse, Angela Netzle Dutli. Elle était la fille de l'écrivain bien connue en Suisse qu'a été Maria Dutli-Rutishauser (1903–1995). Pour Peter Netzle, elle a été la grande dame toujours fidèle à ses côtés. Ses avis résolus et bienveillants n'ont pas manqué de contribuer à l'œuvre accomplie en faveur de *l'homme en progrès*. Peter Netzle avait une vision, certes, mais une vision susceptible d'être réalisée, si je peux me permettre ce barbarisme emprunté à la théologie. Pour certains politiciens et autres beaux parleurs, les visions relèveraient plutôt des hallucinations ... Il en allait tout autrement avec les siennes: elles étaient des représentations exactes, dépourvues de toutes excroissances su-

perflues. Il ne se fondait jamais sur des concepts qui n'auraient pas déjà fait leurs preuves. C'était aussi une exhortation: assez de théorie, assez de philosophie! C'est du concret qu'il exigeait de nous et de *PARTicipation*. Cette publication est née en 2002, pour succéder à sa lettre d'information de la SGZBB qui paraissait déjà depuis 1995. Il en était le rédacteur de fait, le concepteur et le relecteur, en union personnelle. C'est dans *PARTicipation* qu'est parue sa dernière contribution: «L'inspiration vient à l'évidence du rédacteur en chef (*il n'y en a pas: nous formons une équipe de rédaction soudée*), le contenu scientifique est assumé avec l'actuelle présidente (*Regina Mericske, maintenant Frauke Müller*), ce qui n'a pas manqué de relever le niveau de notre périodique. La Société est en excellente santé, que ce soit en termes d'activités, d'effectif de ses membres et de l'état de ses finances. Qu'il me soit permis, cependant, de formuler quelques remarques critiques à l'adresse de la Société des médecins-dentistes. Il est intéressant de relever que nous avons, avec presque toutes les sociétés professionnelles, une certaine relation. Mais avec celle-là, nous n'avons presque pas d'atomes crochus: le thème du handicap n'y occupe en effet, dans son domaine, qu'une position marginale qu'elle semble plutôt vouloir traiter elle-même. Certes, le sigle de notre Société contient deux fois la lettre *B* pour *Behinderten* (personnes handicapées) et pour *Betagte* (personnes âgées). Une seule suffirait aujourd'hui ... C'est ainsi qu'il en va des vieux, des seniors, des personnes âgées et des malades mentaux. Le mode de vie, la déserte médicale, les homes ont connu de grands changements au cours de ces vingt dernières années, de grands changements pour le meilleur. La gériatrie trouve sa justification comme auparavant, mais je doute qu'il en aille de même pour la médecine dentaire pour personnes âgées. Les soins de médecine dentaire peuvent certainement être prodigués par tout confrère expérimenté, mais à la condition toutefois que son cabinet dentaire soit accessible en fauteuil roulant!» Peter Netzle, le précurseur de tous les médecins-dentistes soucieux des personnes âgées et handicapées, a eu beaucoup d'adeptes et beaucoup d'imitateurs aussi qui, intentionnellement, ne le citent pas: cela ne nous rappelle-t-il pas les débuts de l'implantologie? Ici comme ailleurs, les premières impulsions sont venues des cabinets privés, avant d'être sublimées au sein des universités, pour se situer finalement dans un cadre scientifique. Il en a été autrement avec Jakob Wirz, par exemple, qui mentionne Netzle en différentes occurrences dans son ouvrage «*Restaurative Zahnmedizin 200X*» paru en 2001 chez Quintessenzverlag. Netzle n'était pas un philanthrope du dimanche. Nul d'entre nous



A droite : Peter Netzle, à gauche : Angela Netzle Dutli, la fille de l'écrivaine bien connue en Suisse qu'a été Maria Dutli-Rutishauser (1903-1995). Pour Peter Netzle, elle a été la grande dame toujours fidèle à ses côtés. Ses avis résolus et bienveillants n'ont pas manqué de contribuer à l'œuvre accomplie en faveur de *l'homme en progrès*.

n'a autant que lui réfléchi et écrit sur la problématique des personnes handicapées. Peu de ses écrits ont été publiés. Ils ont plutôt provoqué maintes levées de sourcils de la part des responsables de l'enseignement et de la recherche, ainsi que de l'industrie qui tourne autour: pas assez de perspectives de profit! Cependant, la plupart des personnes souffrant d'un handicap physique ou de handicaps multiples n'ont pas besoin d'offres hautement spécialisées. Malgré cela, elles en sont privées non de par la loi, mais en raison de considérations purement mercantiles. On avance comme excuse un imaginaire seuil de gêne. Netzle était un homme pratique: il ne se retranchait pas à l'abri de quelconques statuts. Bien au contraire, il tirait toute son énergie du bon sens commun qui voulait que l'on visât d'abord le succès pour l'Homme puis, en-

suite seulement, le succès économique. Mais le pire pour lui, c'était que l'on fit étalage indécemment de ce qui allait de soi. Pour lui, la noblesse n'était pas celle de son office, mais bien celle de tout patient handicapé qui se voyait prodiguer des soins aussi éclairés que pour n'importe quel autre patient. Lors de l'assemblée annuelle de 2001, l'auteur de ces lignes à l'élévation de Peter Netzle à la dignité de membre d'honneur de la SGZBB, en présence du philosophe Hans Saner et de Guido Zäch, patron des paraplégiques: l'esprit, l'âme et le corps. C'est avec Béatrice Renz, une représentante de *l'homme en progrès*, que tu lui as consacré toutes tes forces et toute ton action. C'est Béatrice, dans son fauteuil roulant, qui t'a accompagné au long de la dernière étape de ton chemin. L'honneur que nous te confierions était bien petit et bien mesquin. C'est un docto-

rat *honoris causa* que tu aurais mérité pour ton œuvre. Tu voulais que la SGZBB ne soit pas perçue seulement comme une association professionnelle parmi d'autres. Tu voulais qu'elle fût pratiquement l'antichambre de toute l'équipe de la médecine dentaire: l'éthique et les personnes handicapées ne devaient pas se borner à être le pré carré de la SGZBB. Tu détestais l'artifice et les mots creux des autres. La gloriole, tu l'as laissé sans regrets à de meilleurs communicateurs. Pour toi, nous sommes les travailleurs dans la vigne d'un idéal susceptible de porter des fruits. Mais pour nous et pour *l'homme en progrès*, tu es l'emblème, le modèle à suivre, impérieuse invitation s'il en est. L'exhortation à poursuivre sur la voie que tu as défrichée, que ce soit en tant qu'individu, en tant qu'équipe, en tant que praticien, pour le respect et la dignité de *l'homme en progrès*, pour que patient et soignant se regardent en face, à même hauteur des yeux. Merci, Stephan Gottet.

Aktion Altgold für Augenlicht

Schweizerisches Rotes Kreuz 



Postkonto: 30-4200-3
Augenlicht schenken

Invitation à l'actualisation des données personnelles de contact

Vos indications sont-elles encore à jour?

Chers membres de la SSO,

nous vous invitons instamment à nous communiquer sans délai toutes les modifications éventuelles de vos données personnelles de contact: adresse, numéros de téléphone et de télécopie, adresse pour le courrier électronique, etc. Vous contribuerez ainsi à la tenue à jour de nos bases de données et vous éviterez tous problèmes lors du recours aux services en ligne toujours plus nombreux sur notre site web www.sso.ch.

Si vous n'avez encore reçu aucune lettre d'information de la SSO, c'est que nous ne sommes pas en possession de votre adresse actuelle de courriel. Merci d'avance de nous la faire parvenir par courrier électronique à l'adresse info@sso.ch.

Nous vous remercions dès maintenant de votre soutien.

Pour toute question sur votre qualité de membre ou sur vos données de contact:

Secrétariat de la SSO Tél. 031 311 76 28
Münzgraben 2 Fax 031 311 74 70
Case postale 664 E-mail: sekretariat@sso.ch
3000 Berne 7



Procédures d'économicité contre des médecins

Excès des procédures d'économicité

Conformément aux dispositions de la loi, les caisses maladie doivent examiner si les médecins traitent les patients «de manière économique». Cependant, elles procèdent à ce contrôle en se fondant sur des présomptions éminemment douteuses, ce qui mène à des résultats indésirables du point de vue de la politique de la santé.

Markus Gubler, Service de presse et d'information (photos: iStockphoto)

Un médecin condamné pour «manque d'économicité» doit passer à la caisse: d'une part, il doit rembourser les «frais médicaux directs» préten- dument excessifs qu'il aurait causés, mais il est aussi mis à contribution pour les «coûts dérivés» excessifs imputables (frais de laboratoire, physio- thérapie et médicaments prescrits). Les consé- quences financières de ces procédures de resti- tution sont l'un des aspects de la question. Mais l'on y inclura aussi le temps considérable qu'il faut consacrer à ces procédures ainsi que la pres- sion psychique qu'elles provoquent. Le médecin se trouve dans la position du combattant «enfant perdu» confronté à une puissante machine ad- ministrative richement dotée de collaborateurs spécialistes, de juristes et de statisticiens.

Présomptions discutables

La procédure statistique de santésuisse part d'une hypothèse initiale problématique: pour mettre

en évidence les différences entre les cabinets médicaux, ce sont pour l'essentiel l'âge et le sexe des patients dont il est tenu compte: les femmes sont à la source de coûts plus élevés que les hommes. Les personnes âgées coûtent plus cher que les jeunes, telle est la logique des caisses maladie. «L'âge et le sexe n'expliquent qu'une toute petite partie des frais de traitement: entre 6% et 11%. Près de 90% des honoraires du mé- decin s'expliquent par le dossier médical du pa- tient, c'est-à-dire qu'ils sont conditionnés par la morbidité», calcule Peter Frutig, directeur de PonteNova, le centre fiduciaire des médecins bernois. Un médecin sera rapidement mis au pi- lori s'il soigne un nombre supérieur à la moyenne de patients chroniques ou souffrant de plusieurs maladies.

Si une femme médecin traite un grand nombre d'urgences, ou si elle représente de nombreux confrères lors de leurs absences, elle aura peu de

craintes à avoir, car les coûts engendrés par ces patients «à court terme» sont moindres et parce qu'ils vont tirer la moyenne vers le bas. Consé- quence: la statistique fera d'elle une «praticienne économique»! Peter Frutig nous explique que le problème relève de l'évaluation des données par l'association des caisses maladie: «Seuls les coûts moyens sont pris en compte dans le cadre des procédures d'économicité. Il faudrait mieux tenir compte des dossiers médicaux des patients pris individuellement.» Sa solution? «Ce serait d'ores et déjà possible, en se référant aux données re- latives aux médicaments que prennent les pa- tients!»

Rationnement dissimulé

Les experts nous avertissent: ces procédures d'éco- nomicité finiront par entraîner un rationnement caché, et ce sont les patients qui en pâtiront en fin de compte. Prenons un exemple: dans le cas du traitement d'un cancer, les nouveaux médi- caments, plus coûteux, prolongent la durée de survie du patient. Mais, de ce fait même, le cas aura des coûts plus élevés. En d'autres termes: si le médecin choisit une thérapie moins efficace et que son patient meurt plus tôt, alors il sera un médecin plus économique du point de vue des caisses maladie. «Si santésuisse se met à exi- ger de tels ou tels spécialistes en oncologie des remboursements pharamineux, alors on court le risque que ces oncologues recourent à des mé-



Le médecin incriminé doit pouvoir établir la preuve des particularités de sa patientèle, face à l'arsenal d'un appareil administratif qui dispose de spécialistes, de juristes et de statistiques...



Les médecins qui traitent un nombre supérieur à la moyenne de malades chroniques ou souffrant de plusieurs maladies finissent dans le collimateur des assurances.

dicaments certes moins chers, mais moins efficaces», nous dit Jürg Nadig, médecin spécialiste en oncologie.

«Gérer» sa patientèle ...

doc.be connaît en Suisse plusieurs personnalités politiques médicalement expérimentées qui, pour ne provoquer aucune procédure de la part de

santésuisse, réfèrent rapidement les patients atteints de pathologies complexes à des spécialistes ou à l'hôpital le plus proche. Cette manière de se débarrasser des patients qui coûtent cher, c'est le système qui l'exige, alors que ces mêmes patients seraient en de très bonnes mains en restant avec leur médecin de famille: avec quelqu'un qui connaît leur dossier médical par cœur et qui

saura les guider dans le labyrinthe de notre système de santé. Sont pénalisés en fin de compte les médecins qui suivent leurs patients du début à la fin de leur traitement. Ils paraîtront coûter plus cher! Sont punis également ceux qui font plus de visites à domicile que la moyenne et ceux qui s'occupent de nombreux patients ayant besoin de soins plus intensifs.

Une surveillance de tous les instants

Les assureurs font de plus en plus d'enquêtes depuis septembre 2009. Désormais, ce sont deux fois plus de médecins qui «se font remarquer». Comme d'habitude, il y a de grandes différences entre les cantons. Les caisses maladie justifient leurs contrôles renforcés par la croissance effrénée des primes ainsi que par leur obligation légale de procéder à ces contrôles. A ceci vient s'ajouter le fait que santésuisse ne respecte pas le déroulement de ces procédures en invitant directement les médecins à un entretien au lieu d'envoyer d'abord une lettre d'avertissement. C'est un procédé tout à fait ciblé: du point de vue du médecin, en sautant une étape et en demandant un entretien, les assurances donnent l'impression de prendre une mesure beaucoup plus drastique que ne le serait l'envoi d'une lettre d'avertissement. Que cela soit par courrier ou par téléphone, santésuisse veut donner aux intimes le sentiment d'être constamment sous surveillance et sous contrôle. C'est surtout la menace tacite de se voir à nouveau mis en accusation qui met les médecins sous contrainte. Il en résulte que des médecins sont intimidés, du fait d'une procédure discutable et d'une jurisprudence douteuse des tribunaux, avec toutes les conséquences négatives que cela peut avoir dans le domaine de la politique de la santé.

Invitazione di aggiornare i dati personali

I vostri dati sono cambiati?

Cari membri della SSO,

con la presente vi chiediamo di comunicarci qualsiasi modifica dei vostri dati personali (indirizzo, numero di telefono e di fax, indirizzo di posta elettronica ecc.). In questo modo ci aiutate a tenere aggiornata la nostra banca dati e a evitare problemi di accesso alla nostra pagina www.sso.ch, nel caso in cui desideriate far capo a uno dei nostri numerosi servizi online.

Se finora non avete ancora ricevuto la nostra newsletter, è probabilmente dovuto al fatto che non ci avete comunicato il vostro nuovo indirizzo di posta elettronica. Se così fosse, vi preghiamo di comunicarcelo appena possibile scrivendo al nostro indirizzo info@sso.ch.

Vi ringraziamo sin d'ora per la vostra collaborazione.

Per domande relative alla vostra affiliazione alla SSO o ai vostri dati personali, vi preghiamo di rivolgervi al:

Segretariato della SSO Tel. 031 311 76 28
Münzgraben 2 Fax 031 311 74 70
Casella postale 664 E-mail: sekretariat@sso.ch
3000 Berna 7

Congrès / Journées scientifiques

Compte-rendu du ITI World Symposium 2010 «30 Years of Leadership and Credibility» du 15 au 17 avril 2010 à Genève Palexpo

Le 11^e Symposium Mondial ITI a battu tous les records

Quel congrès! Quelle envergure! Quel succès! Marquant le 30^e anniversaire de l'existence de l'International Team for Implantology, l'ITI World Symposium 2010, qui a eu lieu du 15 au 17 avril de cette année à Genève, a battu tous les records. Près de 4000 participants de 26 pays, 113 conférenciers, une traduction simultanée des présentations scientifiques en 12 langues, 118 posters et près de 40 exposants de l'industrie dentaire étaient réunis pendant trois jours dans les halles de Palexpo.

Thomas Vauthier (texte et photos)

Après les deux cours de précongrès à la veille du congrès, consacrés respectivement à la «Gestion des tissus mous péri-implantaires dans la zone esthétique» et aux «Greffes osseuses pour le développement des sites d'implantation», le Sym-

sium mondial ITI 2010 a été inauguré par les messages de bienvenue des deux principaux protagonistes du comité d'organisation, *Daniel Buser*, président de l'ITI, et *Stephen Chen*, président du comité responsable du programme scientifique.



Daniel Buser et Stephen Chen: Bienvenue à Genève!

ITI et Straumann – un partenariat important voué à la réussite

ITI est un réseau médical et scientifique indépendant regroupant des experts de renommée internationale dans un grand nombre de domaines. Ils ont pour principale vocation la recherche, l'enseignement et la pratique des sciences innovantes. Ils sont dentistes, chirurgiens maxillo-faciaux, prosthodontistes, biologistes, biochimistes, métallurgistes, physiciens et techniciens dentaires, et se sont fixés le même objectif de toujours développer les techniques et méthodes de traitement en implantologie dentaire et dans le domaine de la régénération du tissu dentaire pour le bien-être des patients.

La Fondation ITI a été créée en 1980 à l'initiative de 12 cofondateurs visionnaires avec l'objectif de promouvoir la recherche, le développement et la formation continue en implantologie dentaire et dans les domaines qui y sont liés. L'ITI poursuit son développement et compte aujourd'hui plus de 530 confrères et plus de 4300 membres. Avec un réseau de 23 antennes réparties dans le monde, la fondation garantit que ses méthodes de traitement sont accessibles à un grand nombre d'utilisateurs à travers des sessions de formation, séminaires et conférences au niveau local.

(Source: ITI/Straumann)



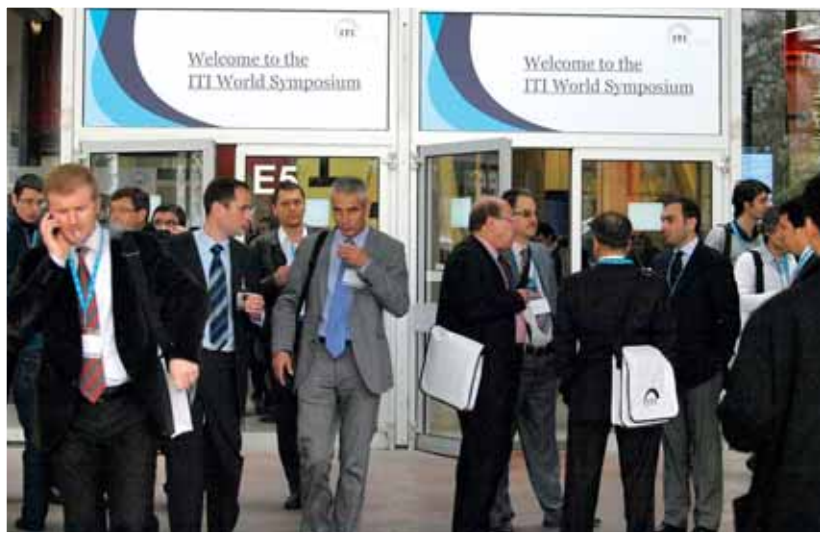
Bertrand Piccard: Leçon inaugurale à dimension spirituelle.

Puis ce fut un premier feu d'artifice lancé par *Bertrand Piccard*, psychiatre, scientifique, aéronaute, explorateur et aventurier mondialement connu pour avoir réussi, en mars 1999, le premier tour du monde en ballon sans escale de l'Histoire, à bord du Breitling Orbiter 3. «J'ai voulu aller chercher d'autres idées dans le souffle du vent pour essayer de mieux marcher sur cette Terre, dans mon rôle de médecin et d'être humain.» Dans sa conférence magistrale «Pioneering a more sustainable Future», l'invité d'honneur a présenté sa philosophie et ses idées pour une gestion plus durable des ressources, de l'écologie et du monde en général. En utilisant en toile de fond ses expériences et voyages aériens, il a enchanté le public en développant son concept de la psychologie de la vie, de la communication humaine et du travail en équipe, de la motivation et de l'esprit de pionnier, ainsi que de la gestion de l'inconnu.

Jeudi 15 avril Nouvelles méthodes cliniques pour le diagnostic et la planification thérapeutique Session 1 (plénière): Outils assistés par ordinateur pour le diagnostic et la planification en implantologie

Avec l'avènement des techniques de plus en plus sophistiquées d'imagerie, de planification virtuelle et de création de guides chirurgicaux, l'implantologie a connu un saut quantique. Désormais, sans ordinateur, rien ne va. Or, l'engouement pour ces nouvelles méthodes mérite une analyse objective et critique. Comme le démontraient des exposés de cette première session du symposium, il ne faut pas s'y ruer les yeux fermés et

Note: Pour des raisons de simplification et de lisibilité du texte, le chroniqueur a suivi le conseil de Bertrand Piccard de «lâcher du lest», en renonçant systématiquement à la mention des titres académiques de tous les intervenants.



jeter par-dessus bord les techniques conventionnelles qui ont fait leurs preuves.

Sous le titre «Improving the reliability of computerized reformatted radiological images», *William Scarfe*, Louisville KY, Etats-Unis, a d'abord présenté les caractéristiques uniques de l'imagerie tridimensionnelle par Cone beam (CBCT). En effet, utilisée à bon escient et en connaissance des écueils techniques inhérents à la méthode, le CBCT fournit à l'opérateur des informations d'une ampleur exceptionnelle. Qui plus est, les données acquises peuvent ensuite être exportées vers des logiciels de planification virtuelle et être utilisées pour la phase chirurgicale.

Comme le faisait remarquer *Bernard Koong*, Swanbourne WA, Australie, le CT conventionnel n'a pas encore dit son dernier mot. Pour des raisons de dose d'irradiation et d'interprétation des clichés, le CT multicouches peut dans certaines situations être supérieur au CBCT.

Ronald Jung, Zurich, a également plaidé pour une approche nuancée dans son exposé «From planning to surgery: a critique of guidance». Il n'est de loin pas nécessaire d'avoir recours dans tous les cas à des techniques sophistiquées, CBCT, planification et implantation assistées par ordinateur. Dans des situations complexes, il est en revanche extrêmement utile, voire indispensable de procéder en pleine connaissance de l'anatomie osseuse du patient, de planifier la pose des implants de manière optimale et de bénéficier de la précision chirurgicale que seuls les gabarits fabriqués à cet effet peuvent procurer.

«Implant treatment planning software: an essential tool or gadgetry?» était la question soulevée par *Daniel Wismeijer*, Amsterdam, Pays-Bas. Tout en admettant que les techniques virtuelles sont encore en rapide évolution, l'expert estime qu'elles représentent d'ores et déjà les technologies d'avenir qui vont sans doute dominer le

domaine de l'implantologie dans les années à venir. «Les technologies virtuelles sont en train d'arriver comme un TGV!» Ce d'autant que du côté du laboratoire, le chemin du CAD/CAM est tout tracé. Le spécialiste a détaillé particulièrement les techniques (prototypage rapide par stéréolithographie, etc.) permettant de fabriquer les modèles, et par la suite différents types de guides ou de chablon pour l'insertion chirurgicale des implants.

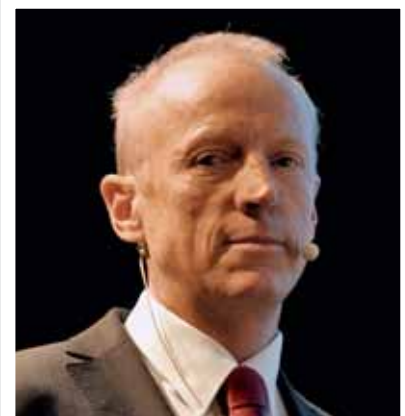
Session 2 (plénière): L'impact des nouvelles technologies sur la planification thérapeutique

Pour situer le rôle de la parodontologie régénératrice à l'ère de l'implantologie («Periodontal Regenerative Procedures in the Era of Implant Dentistry»), *Nikolaos Donos*, Londres, Grande-Bretagne, a passé en revue la littérature relative aux affections péri-implantaires et les résultats des études au long cours comparant les taux de survie des restaurations prothétiques sur des dents naturelles ou des implants. Grâce aux nou-

velles techniques de la parodontologie régénératrice, il est actuellement possible non seulement de combler des défaut osseux très avancés, mais également de maintenir ces piliers à très long terme, à condition d'observer un suivi strict par SPT (supportive periodontal treatment). Les taux de survie des piliers naturels traités de la sorte sont alors de l'ordre de 92 à 93%, ceux des piliers implantaires de l'ordre de 94% à dix ans. L'une des décisions fondamentales en implantologie est de savoir s'il faut poser un implant en une pièce, transmuqueux, ou en deux pièces, le corps implantaire étant alors inséré au niveau de l'os. Dans sa conférence «Choosing the Implant Design: Soft Tissue Level or Bone Level?», *Christoph Hämmerle*, Zurich, a passé en revue l'arbre décisionnel fondé sur différents critères. Le choix dépendra en premier lieu d'aspects relatifs aux tissus mous et au profil osseux, de la stabilité primaire prévue, ainsi que de la reconstruction prothétique provisoire et définitive. Les principales indications pour les implants bone level sont les zones esthétiquement sensibles et les régions postérieures présentant une qualité osseuse peu favorable. La technique enfouie, avec ou sans augmentation tissulaire, assure le meilleur contrôle de la stabilité primaire de l'implant et de l'évolution du profil des tissus mous. Sous le titre «New Narrow Body Implants – Expanded Treatment Opportunities», *Paul Stone*, Perth, Ecosse, président elect de l'EAO, discutait différents aspects relatifs aux nouveaux implants à diamètre réduit, entre 2,5 et 3,6 mm. En effet, les tendances actuelles ne vont pas seulement en direction d'implants de longueur réduite, mais, pour différentes raisons, également en direction de diamètre réduit. Ce faisant, la grande réticence des cliniciens chevronnées à cet égard concerne essentiellement le risque de complications mécaniques et techniques. Or, les récents progrès en métallurgie et surtout la création d'un alliage titane-zircone (Roxolid® Straumann) se reflètent



Daniel Wismeijer: Le futur appartient aux technologies virtuelles.



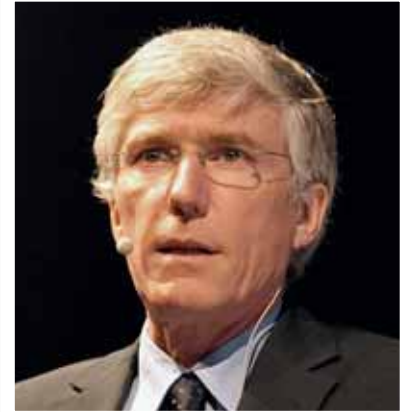
Christoph Hämmerle: Deux concepts d'implants – deux indications spécifiques.



Frank Schwarz: Les surfaces hydrophiles ont des avantages certains.



Thomas von Arx: Augmentation osseuse simultanée ou différée?



Franck Renouard: Longueur des implants: qu'est-ce qui est court?

dans un nombre croissant de publications documentant non seulement des propriétés mécaniques très favorables, mais également l'excellente biocompatibilité de ce matériau. L'éventail des indications s'en voit considérablement élargi: espaces interdentaires trop réduits pour des diamètres classiques, crêtes étroites (évitant des greffes d'augmentation osseuse), situations anatomiques limites pour la pose de piliers d'ancrage pour des prothèses hybrides et bien d'autres encore. «The SLActive Surface – New promise for compromised Sites?» était la question soulevée par *Frank Schwarz*, Düsseldorf, Allemagne. De nombreux efforts ont été entrepris au cours des dernières années dans le domaine de la technologie des surfaces des implants. L'une des pistes poursuivies est celle des revêtements biomimétiques basés sur la nanotechnologie, et l'autre est celle du traitement des surfaces, dont la création d'une surface de titane hydroxylée et hydratée (SLActive® Straumann). Différentes études ont démontré le rôle primordial dans l'ostéointégration que jouent les surfaces hydrophiles qui influencent considérablement la différenciation cellulaire et la production de facteurs de croissance. Par extension, ces propriétés s'avèrent également très favorables lors de la régénération tissulaire par GBR sur des sites de pertes de substance avancées.

Session 3 (nombre limité de participants): Cinq groupes de présentations brèves tenues en parallèle et consacrées au «Diagnostic et à la Planification».

**Vendredi 16 avril
Procédures de traitement éprouvées et novatrices**

Session 4 (nombre limité de participants): Cinq groupes de présentations brèves tenues en parallèle et consacrées aux «Facteurs de risque».

Session 5 (plénière): Procédures chirurgicales

Force est de constater que la plupart des implants doivent être posés dans des sites qui ne sont de loin pas idéaux. En présence de défauts osseux circonscrits – on ne parle pas ici des augmentations importantes du volume de la crête alvéolaire – qu'ils soient la conséquence d'extractions, de traumatismes, d'infections ou de malformations, se pose alors la question de savoir s'il est possible de réaliser l'augmentation en même temps que la pose des implants, ou s'il est préférable d'intervenir en deux temps. Dans sa présentation «Bone Grafting for Localized Defects – Simultaneous or Staged?», *Thomas von Arx*, Université de Berne, expliquait qu'il est préférable, chaque fois que la situation le permet, de réaliser la GBR en même temps que la pose des implants. Les avantages sont évidents: réduction du nombre d'interventions chirurgicales et par là de la durée du traitement ainsi que des coûts. Or, si le déficit osseux met en cause la stabilité primaire de l'implant ou l'insertion dans une position correcte pour la reconstruction prothétique, avec comme corollaire des risques de résultats défavorables du point de vue fonctionnel et/ou esthétique, seule la méthode différée de l'augmentation tissulaire précédant la pose des implants ne peut entrer en ligne de compte. Malgré le nombre croissant de publications démontrant des résultats favorables de l'utilisation d'implants de longueur réduite, ces derniers ne sont pas la panacée permettant de résoudre tous les problèmes de volume osseux insuffisant. L'élévation du plancher sinusien est l'une des méthodes fiables et bien documentées pour la création de conditions anatomiques adéquates pour la pose d'implants dans les régions postérieures du maxillaire supérieur. Dans son exposé «Sinus Floor Augmentation», *Matteo Chiapasco*, Milan, Italie, a passé en revue les indications respectives et les avantages et inconvénients des

différentes procédures chirurgicales envisageables pour l'élévation du plancher sinusien (transalvéolaire ou latérale par fenestration).

Dans sa conférence «Short Implants: What is short and What is Not?», *Franck Renouard*, Paris, France, présentait les nombreux arguments qui font de lui l'un des plus ardents défenseurs de l'utilisation d'implants courts (<8 mm selon Consensus EAO 2006). Force est de constater que seule une petite minorité de praticiens actifs en implantologie maîtrisent les techniques d'augmentation osseuse. D'autre part, un nombre croissant de patients âgés ou très âgés, souvent de santé fragile ou sous polymédication, seraient candidats à la pose d'implants, mais ne peuvent pas supporter des interventions chirurgicales complexes. L'ancien dogme de rapport couronne – pilier n'a plus cours, du fait que la contrainte (stress) se concentre toujours sur les trois premiers millimètres de l'implant. Du point de vue biomécanique, les implants longs n'ont pas un meilleur pronostic que ceux de longueur réduite. En résumé, les arguments de ce spécialiste paraissent fort convaincants: simplification de la technique chirurgicale, d'où moins de morbidité pour le patient; réduction des risques de conflits avec les structures anatomiques (sinus, nerf alvéolaire inférieur, etc.); augmentation de la résistance mécanique par la souplesse et flexibilité de l'ensemble implant/abutment/couronne; optimisation du positionnement en fonction de la prothèse; réduction des coûts en raison de la possibilité de renoncer à des interventions d'augmentation tissulaire.

La session consacrée à la chirurgie s'est terminée par l'exposé «Flapless Surgery» par *Stephen Chen*, Balwyn VIC, Australie, qui était également président du comité responsable du programme scientifique de ce congrès. A première vue, la pose d'implants sans ouverture de volet semble être une méthode élégante avec de nombreux avantages: Tout d'abord, réduction du trauma-

tisme chirurgical, tant au niveau de l'os que des tissus mous, d'où moins de morbidité et davantage de confort pour le patient. Réduction du saignement intraopératoire et interruption minimale du flux sanguin au niveau du site d'implantation, d'où guérison plus rapide. Quant la réduction de la durée de l'intervention, certains travaux ont démontré que la différence est minimale par rapport à une intervention avec ouverture d'un volet. Parmi les inconvénients de la méthode flapless, il faut noter que l'implantation se déroule «en aveugle», d'où un risque non négligeable de léser, voire de perforer des structures anatomiques voisines. Selon le spécialiste, cette méthode doit être réservée aux seuls cas où les conditions sont optimales, soit biotype épais des muqueuses, présence d'un volume osseux presque intact, et utilisation de guides chirurgicaux. Et de conclure: «Flapless surgery is a viable treatment modality with limitations.»

Session 6 (plénière): Procédures thérapeutiques – prothétiques et techniques

En ouverture à cette session, *Will Martin*, Gainesville, FL, Etats-Unis, a passé en revue les caractéristiques respectives des implants transmuqueux par rapport aux implants enfouis au niveau osseux. Il a ensuite discuté les implications prothétiques des deux types de construction («Bone and Tissue Level Implants – Prosthetic Implications»). Si les premiers, de par leur profil cervical évasé, créent automatiquement un profil d'émergence adéquat, il est nécessaire, pour les implants insérés à niveau osseux, de «sculpter» le profil d'émergence par les éléments secondaires comme les abutments, ainsi que par les provisoires. Les implants transmuqueux sont d'une utilisation simplifiée et conviennent à un grand nombre d'indications. Toutefois, dans les zones esthétiquement délicates, notamment chez les patients avec une ligne de sourire haute, avec un biotype gingival mince, ou en cas d'espaces

interdentaires ou interocclusaux réduits, il est préférable d'opter d'emblée pour les implants bone level.

Dans son exposé «From casting to CAD/CAM: Navigating the Technologic Advances Affecting Clinicians Today», *Brody J. Hildebrand*, Dallas, TX, Etats-Unis, a surtout mis en exergue les avantages, considérables, des nouvelles techniques de fabrication assistées par ordinateur des pièces prothétiques. A ce propos, les maîtres mots sont rapidité, précision, esthétique fiable, réduction des coûts. Le spécialiste a ensuite discuté les différences entre les systèmes CAD/CAM au fauteuil ou du moins dans le cabinet, versus ceux installés dans un laboratoire dentaire, voire encore dans des centres «industriels» spécialisés.

Rien de bien nouveau dans le domaine des différents protocoles de mise en charge des reconstructions implantoportées. Plusieurs conférences de consensus ont fait émerger des concepts, fort différents de ceux employés au début de l'ère de l'implantologie, qui sont désormais évidence based et scientifiquement validés. Sous le titre «Evolution of Loading Protocols in Oral Implantology», *German O. Gallucci*, Boston, MA, Etats-Unis, en a rappelé les principales indications et les règles à observer. La prudence est toujours de mise chez les patients présentant des affections systémiques comme le diabète, l'ostéoporose, surtout si elles sont traitées par des bisphosphonates, ou le tabagisme. Seule la mise en fonction différée dans le temps permet alors de maîtriser d'éventuelles complications postopératoires durant la phase de guérison.

Session 7: ITI Research Competition

Répartis en cinq catégories (voir encadré), les finalistes du concours de recherche ITI étaient invités à présenter devant le jury un exposé de dix minutes, résumant l'essentiel de leurs travaux, puis de répondre aux questions y relatives. Les lauréats sont présentés dans un encadré en fin de texte.

Samedi 17 avril Complications in Implant Dentistry or Dealing with Reality

Session 8: Surgical and Biologic Complications

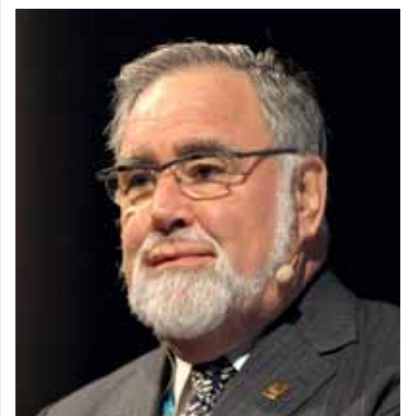
Niklaus P. Lang, Hong Kong, a ouvert le bal de cette dernière journée en présentant un survol des différentes complications rencontrées en implantologie sous le titre «Complications – Introduction and Overview». Ce n'est qu'après la publication de résultats d'études cliniques à long terme que l'on s'est rendu compte que le nombre de complications observées sur des reconstructions implantoportées est sensiblement plus élevé que celui des traitements prothétiques conven-

tionnels. De plus, il s'est avéré que ces complications techniques sont trois fois plus nombreuses pour les restaurations ancrées sur des implants, alors que les problèmes rencontrés avec les prothèses sur des piliers naturels sont surtout d'ordre biologique. Force est toutefois de constater que bien des complications biologiques sur des implants ne se manifestent qu'après 11 à 13 ans de fonction en bouche. Compte tenu du fait qu'actuellement quelque 8,5 millions d'implants sont posés chaque année dans le monde, Klaus Lang voit d'ores et déjà arriver un véritable tsunami de complications tardives dans les années à venir... Dans le deuxième exposé de la matinée, *Simon Storgård Jensen*, Glostrup, Danemark, a passé en revue les «Peri-Operative Complications – Occurrence, Prevention and Handling». Bien que rares, les complications intra- ou postopératoires ne sont de loin pas anodines, voire potentiellement d'issue fatale, par exemple en cas de lésion de gros vaisseaux. Si les suites postopératoires bénignes comme la tuméfaction ou les douleurs postopératoires sont relativement faciles à maîtriser, d'autres comme les lésions des nerfs ou les infections le sont moins. La plupart des complications intra- ou postopératoires peuvent être évitées par une prévention basée sur une évaluation préopératoire systématique comprenant l'anamnèse, y compris la prise de médicaments, l'examen clinique méticuleux et une documentation radiologique adéquate.

«Biologic Complications – Prevention and Management», par *Giovanni E. Salvi*, Berne, était un excellent aperçu des deux principales complications biologiques autour des implants, à savoir la mucosite péri-implantaire et la péri-implantite. En analogie avec les maladies parodontales, la première inclut les manifestations inflammatoires et/ou infectieuses – réversibles – des tissus mous entourant l'implant, sans qu'il y ait atteinte de l'os alvéolaire. La péri-implantite est définie par la destruction en profondeur des tissus de sou-



Brody J. Hildebrand: Pleins feux sur le CAD/CAM.



Niklaus P. Lang: Un véritable tsunami de complications nous attend!



Giovanni E. Salvi: Pas encore de solution probante pour la maîtrise de la péri-implantite.

tien de l'implant, aboutissant à la destruction et la perte progressive de l'os péri-implantaire. Étant donné que les deux affections sont dues à la colonisation des structures par un biofilm bactérien, la prévention doit être ciblée sur l'élimination de celui-ci, de même que les modalités thérapeutiques doivent inclure la suppression du biofilm et des tissus infectés, flanquée le cas échéant de mesures anti-infectieuses. Dans la plupart des cas de péri-implantite, le débridement non chirurgical, même accompagné de désinfection chimique adjuvante, n'est pas suffisant pour interrompre la progression de la maladie. L'approche classique, même si elle n'est qu'insuffisamment documentée, comprend le débridement à ciel ouvert après ouverture d'un volet, ainsi que la décontamination chimique ou par aéropolissage, voire par laser de la surface de l'implant.

Session 9: Management of Technical Complications

Les complications techniques peuvent être de deux ordres: d'une part celles concernant l'implant, et d'autre part celles relatives à la reconstruction prothétique. Dans son exposé «Technical Complications – Implant-Related», Bjarni E. Pjetursson, Reykjavik, Islande, a d'abord discuté le changement de paradigme concernant la longueur des implants. Alors qu'en 1994 encore, la longueur minimale exigée dans la littérature était de 11 mm dans le maxillaire supérieur et de 9 mm dans le maxillaire inférieur, de nombreux travaux ont depuis lors démontré que des longueurs sensiblement réduites (6 mm) peuvent fonctionner avec succès à long terme. L'introduction du nouvel alliage titane-zircone (Roxolid® Straumann), du fait de ses excellentes propriétés mécaniques (résistance élevée à la fracture et à la fatigue), est un autre pas en avant. Le dogme stipulant que la surcharge occlusale était responsable d'échecs n'a plus cours.

«Les complications prothétiques ne sont pas inhabituelles – elles ne sont simplement en majeure partie pas publiées», estime Dean Morton, Louisville, KY, États-Unis. Mais: «les complications sont le moteur de l'évolution et du progrès» Sous le titre «Technical Complications – Prosthesis-Related», le spécialiste a exprimé son opinion que la plupart des complications concernant les restaurations ancrées sur des implants sont dues à trois catégories d'erreurs. D'une part celles découlant d'une planification non optimale, aboutissant à un positionnement inadéquat de l'implant, avec comme conséquence des échecs bio-

mécaniques ou esthétiques. Deuxièmement, des faiblesses survenant lors de la fabrication des pièces prothétiques au laboratoire, que ce soit un design inapproprié ou l'utilisation de matériaux ne convenant pas à la réalisation d'une restauration durable, fonctionnelle, passive et esthétique. Et dernièrement, les complications résultant d'une maintenance clinique (suivi et service) insuffisante de la prothèse. La plupart des échecs physiques des superstructures sont dus aux matériaux mis en œuvre pour la fabrication de ces composants, en particulier des fractures de fatigue ou par des surcharges fonctionnelles.

Session 10: Complications et échecs esthétiques

La fin du Symposium approchant, Daniel Buser, Berne, et Urs C. Belsler, Genève, sans doute deux des meilleurs spécialistes sur le plan mondial en matière d'esthétique, ont allumé le bouquet final du feu d'artifice. Dans leur double présentation «Complications et échecs esthétiques», ils ont d'abord rappelé les quatre critères cardinaux du canon de l'esthétique en médecine dentaire: contour harmonieux et régulièrement festonné de la gencive, papilles intactes sans «triangles noirs», relief convexe de la zone vestibulaire de muqueuse kératinisée ainsi que volume et forme de la couronne en harmonie avec les dents voisines. En principe, les complications, voire échecs esthétiques, sont presque toujours la conséquence d'une maîtrise inadéquate de la part du clinicien, qu'il s'agisse d'une planification insuffisante, d'un manque d'habileté ou d'expérience. Diamètre



Daniel Buser et Urs C. Belsler: Le principal facteur des complications esthétiques est le praticien!

Une kyrielle de prix prestigieux

Un symposium de cette envergure ne saurait bien entendu être complet sans cérémonie de remise de prix récompensant des recherches dans différents domaines de l'implantologie.



Maria Retzepi, lauréate du 15^e Prix André Schroeder, remis par Beat Spalinger, CEO de Straumann.



Gerhard Wahl, président du jury, lors de la remise des prix à trois des lauréats du Concours de recherche ITI (d.g. à d.) Toshihiro Hara, Egle Vindasuite et Christina PC Sim.

La distinction la plus convoitée, le prix André Schroeder, a été décernée pour sa 15^e édition à Maria Retzepi pour son travail «The Effect of Experimental Diabetes on Guided Bone Regeneration». Le prix, doté de 20 000 francs suisses, a été remis à la lauréate par Beat Spalinger, président et CEO de Straumann. Maria Retzepi est spécialiste en parodontologie et enseignante au prestigieux University College Eastman Dental Institute de Londres, où elle a également obtenu son titre de PhD.

Le prix pour la meilleure présentation orale dans le cadre de la ITI Reserach Competition a été attribué à Santiago Caram, Mendoza, Argentine, pour son exposé «Radiographic evaluation of crestal bone loss with different implant interfaces in a canine model».

Comme le précisait Gerhard Wahl, président du jury du concours de recherche ITI, le choix des meilleurs travaux sélectionnés parmi les 118 posters et présentés dans la session orale du vendredi soir ne fut pas aisé. Il s'agissait de décerner cinq prix de 1000 francs suisses dans cinq catégories. Les lauréates et lauréats étaient Irmgard Hauser-Gerspach, Université de Bâle, dans la catégorie «Recherche fondamentale», Christina PC Sim, Université de Hong Kong, «Recherche clinique», Egle Vindasuite, Université de Vilnius, dans la catégorie «Prothèse», Toshihiro Hara, ITI Dental Clinic, Chiba, Japon, «Techniques de laboratoire» et Martin Freilich, Université du Connecticut, dans le domaine de la «Chirurgie».

ou nombre inappropriés des implants, insertion dans une position inadéquate ou technique chirurgicale dépassant la capacité de guérison des tissus, mauvaise gestion des infections péri-implantaires n'en sont que quelques exemples. Nous n'allons pas revenir ici sur les règles bien connues à respecter des distances mésio-distales, corono-apicales ou encore vestibulo-linguales, ni sur les défis chirurgicaux qu'elles impliquent. Dans la deuxième partie de leur présentation exceptionnelle, les deux spécialistes (et complices) ont ouvert leurs cabinets d'horreurs respectifs. Une véritable collection de désastres, du comment il ne faut pas faire. Et de préciser à quel point il est difficile, voire parfois presque impossible, de les réparer...

Remarque finale

Il n'est pas exagéré de dire en guise de conclusion que pendant et après ces trois jours de congrès ce fut l'enthousiasme général: participants ravis, organisateurs comblés, exposants enchantés. Le succès de l'ITI World Symposium 2010 a été tel que l'on murmure déjà dans les coulisses que l'édition 2014 pourrait bel et bien avoir lieu de nouveau... à Genève. Seule note de bémol: la fermeture de l'espace aérien européen en raison de l'éruption du Eyjafjallajökull

en Islande. Le stand d'assistance organisé au pied levé par les charmantes collaboratrices de Straumann a cependant permis à de nombreux

participants bloqués au sol de trouver des solutions alternatives pour leur retour.

Revues

Utilisation de la digue

Ahmad I A:
Rubber dams usage for endodontic treatment: A review
Int Endodont J 42: 963-972, 2009

L'utilisation de la digue en endodontie permet de contrôler la contamination croisée, le risque d'avaler des instruments, des médicaments, des solutions d'irrigation ou des débris. Elle permet d'optimiser l'efficacité thérapeutique. C'est un standard de qualité de soins approuvé par des associations professionnelles au niveau international et enseigné dans les écoles dentaires. Cependant, beaucoup de praticiens ignorent son utilisation dans leur activité professionnelle. Ils estiment que la digue est un outil encombrant pour eux-mêmes et leurs patients ou qu'il est trop coûteux pour une utilisation de routine.

Dans le monde entier, les étudiants prégrades utilisent la digue lors d'interventions endodontiques. Des données indiquent cependant que son utilisation est rapidement abandonnée une fois le diplôme en poche et que les praticiens l'utilisent rarement. Les facteurs susceptibles d'affecter la fréquence du recours à la digue comprennent le site de formation, le pays où la profession est pratiquée et le type de pratique. L'utilisation de la digue est plus fréquente chez les spécialistes, dans les cabinets de groupe et parmi les dentistes disposant d'une formation prégrade intensive.

La décision de placer une digue dépend souvent du manque de compliance de la part du patient, du temps nécessaire à l'installation, d'une formation insuffisante, d'une habileté à l'utilisation, du coût de l'équipement et des honoraires demandés. Des études montrent que les patients sont en général favorables à l'utilisation de la di-

gue. Cette attitude est liée à l'âge, le sexe et les expériences précédentes. Les facteurs cliniques influençant l'attitude du patient comprennent l'expérience du praticien et de son assistante, leur enthousiasme et leur compétence, le temps nécessaire à l'installation, la durée de l'utilisation, les explications fournies au patient, le nombre de dents isolées, le type de clamp utilisé, l'anesthésie locale et la difficulté d'installer.

Motiver les médecins-dentistes à utiliser la digue en endodontie implique de les convaincre de son efficacité. Une attitude positive de la part du praticien et de son assistante permet au patient d'accepter cette forme de traitement. La formation continue doit quant à elle stimuler les praticiens à utiliser la digue dans leur cabinet en insistant sur le confort qu'elle apporte et les risques qu'elle écarte.

Michel Perrier, Lausanne

Nutrition

Palacios C et al.: Nutrition and health guidelines for dental practitioners

Oral Di 15: 369-381, 2009

Une alimentation déséquilibrée associée au sédentarisme est l'un des contributeurs majeurs d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité. De nombreuses affections buccales et systémiques sont en relation avec des facteurs nutritionnels. Aujourd'hui, la réduction de l'obésité est un défi primordial dans la prévention de plusieurs maladies chroniques. Cet article passe en revue les liens entre facteurs nutritionnels et santé en proposant une intervention du médecin-dentiste auprès de ses patients.

L'obésité a été identifiée comme un facteur de risque dans diverses affections comme l'hypertension, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, les troubles de la vésicule biliaire, l'arthrose, l'apnée du sommeil, les troubles respiratoires et certains cancers. La xérostomie, les caries et les parodontites figurent parmi les problèmes associés à l'obésité. L'activité physique réduit le risque de plusieurs maladies, y compris la parodontite. Maintenir un poids adéquat dépend de la consommation et de la dépense

d'énergie. La diminution du poids corporel à un niveau sain nécessite moins de consommation d'énergie et davantage d'activité physique.

L'absorption d'énergie comprend les hydrates de carbone, les protéines et les graisses, ainsi que les antioxydants, les vitamines et les minéraux. La qualité des hydrates de carbone est primordiale, car elle apporte des bénéfices positifs en matière de santé. Les céréales, les fruits et les légumes apportent des hydrates de carbone de haute qualité. Ces aliments diminuent le risque de diabète, d'affections cardiaques, de caries et de parodontites. Les aliments riches en fibres devraient être préférés aux sucres des boissons édulcorées.

La qualité des graisses est aussi importante. La consommation d'acides gras non saturés réduit les risques de maladies cardiovasculaires, mais les acides gras dits trans augmentent les taux de mauvais cholestérol en diminuant ceux du bon cholestérol, favorisant les risques cardiovasculaires, les inflammations systémiques chez la femme, l'hypertension et le diabète de type 2. Les études épidémiologiques associent aussi les régimes riches en graisses animales au risque de cancer du sein chez les jeunes femmes. Un régime riche en acides gras mono-insaturés peut réduire ce risque. La consommation de viande rouge favorise le risque de cancer colorectal. La consommation d'acides gras mono-insaturés et poly-insaturés peut diminuer la pression sanguine, améliorer les taux grassex et réduire le risque cardiovasculaire. Manger du poisson semble réduire le risque d'arrêt cardiaque, les accidents dus aux maladies coronariennes et le processus inflammatoire des maladies parodontales. La consommation de noix semble réduire le risque d'accidents coronariens en améliorant les profils de cholestérol sans augmentation pondérale.

Les antioxydants préviennent et réduisent les dégâts causés par l'oxydation des tissus et réduisent les risques d'affections cardiovasculaires et de développement tumoral. Les fruits et les légumes sont riches en antioxydants qui peuvent aussi modifier le processus inflammatoire des parodontites.

La vitamine B semble aussi réduire le risque cardiovasculaire, les attaques et certaines maladies congénitales. Le calcium et la vitamine D opè-

rent en synergie pour le maintien de la masse osseuse, la prévention des fractures, du risque cardiovasculaire, de l'inflammation systémique et locale, du risque de diabète de type 2, de la parodontite et du cancer du côlon. Le risque de cancer de la prostate peut augmenter avec la consommation de calcium et de produits laitiers dont les liens avec les tumeurs de l'ovaire n'ont pas encore été montrés.

La perte des dents peut compromettre le maintien d'un régime sain.

Conserver la santé implique la consommation d'une variété d'aliments sains et une activité physique. Des directives concernant diverses substances peuvent être appliquées à certains groupes particuliers. Par exemple, les femmes en âge de reproduction devraient consommer de multiples vitamines en incluant l'acide folique (vitamine B9). D'une manière générale, l'obésité peut être évitée en surveillant la grandeur des portions alimentaires et leur apport calorique, ainsi qu'en maintenant une activité physique, en consommant des hydrates de carbone riches en fibres, des fruits et des légumes tout en limitant la prise de sucres et la restauration rapide («fast food»).

La carie et la parodontite sont les indicateurs principaux de perte dentaire. Le médecin-dentiste peut engager des efforts de prévention en prodiguant des recommandations en matière de régime alimentaire. Les patients devraient être informés de l'importance de la santé buccodentaire en réalisant le rôle de la nutrition sur leur santé en général. Les patients souffrant de maladies chroniques majeures devraient être adressés à un spécialiste en diététique. Les prothèses jouent un rôle fondamental dans l'équilibre diététique. Le médecin-dentiste s'assurera de leur adéquation avec le régime alimentaire des patients.

Une alimentation riche en fruits, légumes, grains complets, noix, poissons et en acides gras insaturés se conjugue avec une activité physique pour le maintien de la santé générale et buccodentaire. Le rôle du médecin-dentiste est aussi d'encourager certains patients à éviter le surpoids et l'obésité en éliminant les boissons sucrées, en surveillant l'apport calorique quotidien et en s'adonnant à des activités physiques.

Michel Perrier, Lausanne