

Impressions de l'Assemblée des délégués 2012 de la SSO

L'assemblée annuelle des délégués de la SSO s'est tenue à Berne le 5 mai 2012. En plus de l'acceptation des rapports et des comptes annuels ainsi que du budget, les délégués se sont penchés cette année en particulier sur la révision des catégories de membres. Le dernier «Internum» donne une relation détaillée des débats.

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information de la SSO (texte et photos)



L'Assemblée des délégués de la SSO a voté sur divers projets et propositions.



Véronique Müller Campanile prend la parole; elle préside la section genevoise de la SSO.



Le responsable de l'information, le Dr Etienne Barras, s'est offert un clin d'œil humoristique sur une couverture de la «Weltwoche».



Bernard Fillettaz, chef du dicastère des finances, présente les comptes et le budget de la SSO.



Jean-Philippe Haesler, président de la SSO Fribourg, est un politicien expérimenté très apprécié des délégués.



Etienne Barras, membre du Comité, rend hommage à l'engagement de Giovanni Ruggia au service de la SSO pendant de longues années.



L'AD nomme Giovanni Ruggia membre d'honneur de la SSO. Son président François Keller (à gauche) et Etienne Barras seront les premiers à le féliciter!



Liliane Orlando tient scrupuleusement le procès-verbal de l'AD, depuis des années. Les membres du comité Rainer Feddern (au centre) et Oliver Zeyer suivent les débats.



La section vaudoise a envoyé à Berne Pierre-Yves Michellod, un délégué aussi sympathique que plein d'humour.



Depuis un an, Beat Wäckerle est à la tête du dicastère de l'économie au sein du Comité de la SSO.



Rolf Hess chef du département Santé et affaires sociales avec François Keller et Alexander Weber.

Traitements: l'utile plutôt que l'idéal

L'âge avançant, nombre de patientes et de patients âgés renoncent à consulter leur médecin-dentiste, même lorsque des traitements seraient nécessaires. La malnutrition, la prise de médicaments, leur état psychique et leur contexte social exercent une notable influence sur la santé buccodentaire des personnes âgées. L'évaluation d'un projet mené à Bâle sur la médecine dentaire et les personnes âgées et handicapées le met en évidence: les soignants et les médecins de famille doivent être mieux formés à cette problématique. Les médecins-dentistes traitants doivent mettre au point des thérapies ciblées afin d'aider les personnes concernées.

Christoph Epting, D^r méd. dent. (photos: mäd)



Christoph Epting, D^r méd. dent., est membre de la SSO Bâle et président de la commission d'information de langue allemande (DIK).

Un traitement de médecine dentaire se déroule pour une personne âgée en bonne santé comme pour les patients plus jeunes. Ce n'est qu'une fois instaurée la phase instable de la vie et dans un contexte de polymorbidité que les traitements dentaires doivent être adaptés à une nouvelle situation.

De plus en plus de gens ont une dentition en bonne santé jusqu'à un âge avancé grâce à des soins de médecine dentaire très améliorés et à la prophylaxie. Mais cette situation réjouissante a ses revers: les difficultés commencent lorsqu'une personne âgée n'est plus en mesure de pratiquer elle-même une hygiène buccale appropriée.

Quand la mobilité se réduit

Le recours aux prestations de médecine dentaire diminue au fur et à mesure que l'on avance en âge, car les personnes concernées se voient imposer des limites à leur mobilité. En fin de vie, nombre de personnes âgées se voient clouées chez elles, voire même alitées. Un autre motif important de réduction du nombre des consultations chez le médecin-dentiste est le manque de motivation. Le médecin-dentiste traitant entend souvent cette question: «Cela en vaut-il encore la peine à mon

âge?», ou bien: «Bah... je vais de toute façon bientôt mourir...» L'accumulation de problèmes psychosociaux et médicaux, associée au grand âge peut avoir pour conséquence que les déficits oraux perdent de leur importance relative aux yeux des patients âgés. Or, même à un âge très avancé, de nombreuses personnes âgées ont encore une longue espérance de vie. L'examen attentif pratiqué par un médecin-dentiste garde donc toute son importance. Il est tout indiqué de s'entretenir à ce sujet avec les soignants et avec le médecin traitant.

L'hygiène buccale: pas si simple

Pour le patient, l'entrée en home est synonyme de la perte de son autonomie. L'hygiène buccale est souvent déléguée aux membres du personnel soignant. Mais ceux-ci sont souvent dépassés lorsqu'il s'agit d'hygiène buccale. D'une part en raison du peu d'importance accordée aux soins buccodentaires pendant leur formation, d'autre part en raison de la pression du temps dans leur travail au home.

Autre difficulté: avec les débuts de la sénilité, les personnes âgées réagissent avec méfiance aux traitements qu'elles devraient suivre. Les patients prétendent qu'ils n'ont jamais entendu parler d'un traitement et refuseront toute thérapie avec véhémence, même lorsqu'un traitement de médecine dentaire leur a été annoncé par des proches ou par le personnel soignant.

Comment s'annonce un déficit de la santé buccale?

Le personnel soignant a souvent des difficultés à déterminer d'où vient précisément le problème. En effet, nombre de pensionnaires des homes ont de la peine à s'exprimer clairement. Des changements de comportement, la survenance de douleurs doivent faire l'objet d'une interprétation attentive, y compris dans la perspective de problèmes buccodentaires. C'est pourquoi il faut agir dans le cadre de la formation continue du person-

nel soignant et des médecins de premier recours. Un projet commun de la SSO et de l'Hôpital des Bourgeois de Bâle (le plus grand home pour personnes âgées et handicapées de la région) a permis de montrer par des exemples probants les conséquences des problèmes buccodentaires:

- Les douleurs ont une influence défavorable sur le bien-être des personnes âgées; celles qui sont atteintes de démence peuvent être plus agitées;
- Les pensionnaires des homes évitent de plus en plus les contacts sociaux lorsque des dents sont brisées ou manquantes, si la bouche est sèche, si une prothèse est mal adaptée et qu'elle entrave l'élocution;
- Les autres pensionnaires auront tendance à éviter les personnes présentant une mauvaise haleine ou un écoulement de salive.

Certains patients refusent fréquemment toute nourriture solide car leur prothèse est mal adaptée ou parce qu'ils souffrent de points douloureux ou de lésions dans la cavité buccale: une raison de plus pour que l'on en vienne à ne plus du tout porter sa prothèse.

En présence de parodontite, des bactéries ou des toxines bactériennes peuvent passer des points d'inflammation dans le flux sanguin et envahir d'autres endroits de l'organisme. Des infections des voies respiratoires peuvent être provoquées par des bactéries en provenance de la bouche ou de la gorge, en particulier chez des patients affaiblis.

Les diabétiques courent des risques particuliers en raison de lésions subséquentes: les inflammations guérissent plus lentement, l'affaiblissement de la perception de la douleur résultant d'une polyneuropathie diabétique peut entraîner de petites blessures ou érosions résultant de la prise de boissons ou d'aliments trop chauds, alors que le patient ne s'en rend pas compte.

Il faut des recherches pluridisciplinaires sur la malnutrition

La malnutrition chez les personnes âgées est un problème très sérieux. Les carences en vitamines, en fibres alimentaires et en minéraux entraînent une perte de poids visible. D'un point de vue médico-dentaire, ceci pointe sur une carence alimentaire susceptible de favoriser le développement d'affections du parodonte. A l'inverse, une parodontite existante peut renforcer le catabolisme. C'est pourquoi il faut d'abord examiner d'un point de vue pluridisciplinaire les causes de la malnutrition avant d'entreprendre une thérapie de médecine dentaire.

Influence des médicaments

Leur polymorbidité contraint les personnes âgées à la prise de nombreux médicaments. Il en résulte



Les difficultés commencent lorsqu'une personne âgée n'est plus en mesure de pratiquer elle-même une hygiène buccale appropriée.

fréquemment une sécheresse de la bouche et l'abolition de la fonction protectrice de la salive contre les caries. Les possibilités de réduire l'acidité de la cavité buccale et la plaque sur l'émail dentaire en sont fortement réduites.

Conséquences: les caries provoquent de plus en plus la dégradation de la dentition, encore favorisée par l'insuffisance croissante de l'hygiène buccale.

Les personnes âgées édentées porteuses d'une prothèse se trouveraient dans une position plus favorable si la xérostomie ne provoquait chez elles également de sérieux problèmes. En effet, la salive joue un rôle protecteur pour les muqueuses. S'il en manque, celles-ci ont tendance à s'enflammer: les problèmes de mastication et de déglutition déjà présents en raison de la sécheresse buccale ont tendance à s'aggraver. De plus, la salive joue aussi un rôle lubrifiant pour le port d'une prothèse. Le port d'une prothèse sur des muqueuses sèches devient un supplice. Ces symptômes peuvent être atténués en recourant à des succédanés de salive et à des procédés d'humidification de la cavité buccale.

Surtout pas de nouveautés!

Il y a souvent des divergences manifestes entre des proches désireux d'offrir une nouvelle et coûteuse prothèse à leur parent bien-aimé et le désir de la personne concernée de ne surtout rien changer. Il n'est pas toujours aisé pour le médecin-dentiste traitant d'arbitrer ces débats parfois

vifs car il se trouve en quelque sorte entre deux fronts hostiles!

Il se pose parfois la question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux extraire une dent plutôt que de procéder à une coûteuse reconstruction. Dans certaines circonstances, un patient aurait une meilleure qualité de vie avec une simple prothèse amovible plutôt qu'avec une construction fixe perfectionnée. En effet, la capacité d'adaptation à une prothèse diminue avec l'âge. On constate souvent, lorsque l'on procède au remplacement de prothèses totales ou partielles défectueuses par de nouvelles prothèses, que les patients ne s'y adaptent pas ou mal, et qu'ils finissent par les refuser. Ils ne sont plus en mesure de «reprogrammer» leurs fonctions neuromusculaires qui s'étaient accoutumées à l'ancienne prothèse. C'est la rai-

son pour laquelle des réparations et restaurations de prothèses existantes permettent souvent le succès, car le patient s'en sort beaucoup mieux.

Les acquis interdisciplinaires obtenus dans le cadre de ce projet de la SSO Bâle font ressortir deux aspects essentiels de la médecine dentaire gériatrique. D'une part, on constate qu'il faut agir aux plans de la formation du personnel soignant et de la sensibilisation des médecins de famille. D'autre part, les médecins-dentistes doivent parfois s'écarter des traitements dentaires «idéaux» pour tenir compte de l'état de santé et de la situation psychosociale de leurs patients âgés. On ne pourra venir à leur aide qu'en recourant à des thérapies non conventionnelles mais mieux ciblées et plus «utiles».

Leur polymorbidité contraint les personnes âgées à la prise de nombreux médicaments. Il en résulte fréquemment une sécheresse de la bouche et l'abolition de la fonction protectrice de la salive contre les caries.



Des cours qui ont du mordant!

L'action «Santé buccale en Suisse» de cette année vise à sensibiliser les jeunes de douze à seize ans à l'importance des soins buccodentaires. Dès le mois de juin 2012, le site www.bouchesaine.ch proposera des modules didactiques avec des expériences passionnantes autour des soins buccodentaires. On pourra les télécharger dès fin juin.

Sandra Küttel, Service de presse et d'information de la SSO (photo: iStockphoto.com)

Laura a quatorze ans s'étonne en entrant ce matin dans sa classe: sur le bureau du professeur, elle aperçoit un pot de confiture avec vingt cigarettes, une passoire à thé et un œuf... Pour quoi faire? L'enseignante donne la solution de la devinette: nous allons accueillir aujourd'hui Claudia Zahnd, monitrice dentaire scolaire. Elle va faire quelques démonstrations expérimentales à ces élèves de huitième sur des sujets de santé buccale.

Enfin une autre manière d'enseigner la prophylaxie

Que se passe-t-il quand je mets un œuf cuit dur avec sa coquille dans du jus d'orange, et puis qu'ensuite je le nettoie avec une brosse à dents? Est-ce que ça se passe différemment si j'utilise un dentifrice blanchissant? Et si je mets l'œuf dans de l'eau minérale? Claudia Zahnd sait fort bien exciter la curiosité des élèves. On ne s'était jamais autant amusé au cours de prophylaxie dentaire! La monitrice dentaire scolaire montre en pratique les effets que certains aliments ont sur les dents et les séquelles que la fumée de cigarette laisse dans la bouche.

C'est ainsi que les élèves de nos écoles pourront bientôt bricoler et expérimenter à fond en Suisse. Cette soudaine passion pour la recherche sera le résultat de l'action «Santé buccale en Suisse» qui vise à mettre fortement l'accent en fin de scolarité obligatoire sur la prévention au service de la santé buccodentaire. Il s'agit pour les initiés de réagir à une tendance négative: de nombreuses communes on réduit, voire même supprimé les soins dentaires scolaires dans les classes terminales. Tout ce que l'on ne pratique et n'exerce pas régulièrement sera vite oublié. C'est pour l'éviter que va démarrer la campagne «Santé buccale en Suisse».

Offre gratuite à l'intention des monitrices dentaires scolaires et des enseignants

Voici ce que propose la campagne aux enseignants et aux monitrices dentaires scolaires:

- Un guide complet pour la réalisation des expériences;
- Des informations de contexte très complètes;
- Des fiches de travail pour les élèves;
- Des transparents pour l'enseignement;
- Des aides pratiques telles que listes d'achats et plans complets pour les leçons;
- Une collecte d'idée pour d'autres projets;
- Un glossaire étendu des expressions de la médecine dentaire, par exemple de l'abrasivité et du fluorure d'étain.



Tous ces moyens auxiliaires seront disponibles pour téléchargement dès la fin du mois de juin sur le site web www.bouchesaine.ch. On y trouvera des films courts-métrages sur certains sujets de santé buccale susceptibles de compléter et d'enrichir les leçons.

Pour savoir ce qu'il en est du pot de confiture et des vingt cigarettes, vous le saurez également sur www.bouchesaine.ch dès fin juin!



La monitrice dentaire scolaire montre en pratique les effets que certains aliments ont sur les dents et les séquelles que la fumée de cigarette laisse dans la bouche.

Action «Santé buccale en Suisse»

La campagne nationale de prévention «Santé buccale en Suisse» a vu le jour en 2004. Son but: promouvoir et préserver la santé buccodentaire dans tous les groupes d'âges et dans toutes les strates sociales de la population suisse. C'est dans ce but que l'action «Santé buccale en Suisse» lance tous les deux ans un projet de prévention pour un groupe cible bien déterminé. Elle s'adresse cette année aux jeunes de douze à seize ans.

L'action «Santé buccale en Suisse» est l'œuvre d'un groupement d'intérêts (GI) qui rassemble la Société suisse des médecins-dentistes (SSO), l'association professionnelle des hygiénistes dentaires (Swiss Dental Hygienists) et la recherche elmex® (groupe GABA International S.A.).

www.bouchesaine.ch

«Infodents» pour renforcer le label SSO

«Infodents», le journal à l'intention de nos patients, est un moyen idéal de les remercier. Il est même gratuit! Infodents traite de divers sujets sur les soins et les traitements bucco-dentaires. Il informe ses lecteurs sur tous les avantages de se faire soigner par un médecin-dentiste membre de la SSO.

Rahel Brönnimann, Service de presse et d'information de la SSO

André Bachmann, médecin-dentiste zurichois, commande régulièrement deux mille exemplaires de notre périodique destinés aux patients: «Infodents». Nous lui avons demandé quel objectif poursuivait son cabinet dentaire avec un si grand nombre d'«Infodents». «Nous joignons toujours le dernier numéro lors des rappels de patients. Cela leur donne quelque chose à lire», a été sa réponse. L'idée est excellente: non seulement le patient reçoit des informations utiles, mais encore le label SSO en est renforcé. «Nous avons déjà enregistré nombre de réactions favorables sur «Infodents», se réjouit-on au cabinet dentaire

d'André Bachmann. Le journal est également bien en évidence dans la salle d'attente, et les lecteurs intéressés peuvent le rapporter chez eux.

Gratuitement à disposition au shop

«Infodents» est une prestation gratuite de la SSO à l'intention de ses membres. Quiconque en fait partie peut en commander autant d'exemplaires qu'il désire. «Infodents» souligne pour les patients l'importance de la prophylaxie et des examens de contrôle à intervalles réguliers. De plus, il confirme aux patients à quel point il a eu raison de porter son choix sur un médecin-dentiste SSO:

les membres de la SSO sont des spécialistes de la médecine dentaire, conscients de leurs responsabilités et de l'importance de la haute qualité de leurs prestations. Le bien de leurs patients leur tient à cœur!

En annexe de vos notes d'honoraires

«Infodent» représente pour le titulaire d'un cabinet dentaire un instrument efficace de fidélisation de sa patientèle. Ce ne sont pas tous les cabinets dentaires qui peuvent joindre «Infodents» à leurs rappels, car ils se font souvent par téléphone. Mais nombreux sont les cabinets dentaires qui envoient des notes d'honoraires! Qui donc va se réjouir de recevoir une facture? Un peu de lecture agréable et gratuite fera mieux passer la pilule...

Vous pouvez commander des exemplaires supplémentaires d'«Infodents» au shop SSO via: e-mail: info@sso.ch ou bien en composant le numéro 031 310 20 81.



«Infodents» traite de divers sujets sur les soins et les traitements bucco-dentaires. Il informe ses lecteurs sur tous les avantages de se faire soigner par un médecin-dentiste membre de la SSO.

De mauvaises dents peuvent tuer

Daniel Florin, médecin-dentiste à Wetingen, travaille bénévolement un mois par an sur le navire hôpital de Mercy Ships. Agé de sept ans, son petit-fils lui a écrit en Afrique: «C'est super c'que tu fais!» L'œuvre humanitaire Mercy Ships a été fondée en 1978. Elle envoie un navire hôpital dans les pays les plus pauvres de la planète. Le bâtiment navigue sous pavillon de Malte, en Afrique de l'Ouest principalement. A son bord, des médecins et des médecins-dentistes opèrent des malformations, des tumeurs et traitent des problèmes ophtalmologiques.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: Daniel Florin)

RMSO: «Comment avez-vous découvert l'existence de Mercy Ships?»

D^r Daniel Florin: «Après avoir passé l'examen d'Etat en 1980, je me suis annoncé pour un engagement d'une année en Afrique du Sud. C'était l'époque des troubles ethniques à Soweto et à Johannesburg, raison pour laquelle il m'a été conseillé de venir seul et de laisser ma famille en Suisse. Ça ne me plaisait pas du tout, et cet engagement bénévole est tombé à l'eau. En 2007, j'ai célébré le vingtième anniversaire de mon cabinet dentaire. Je voulais faire quelque chose de spécial à cette occasion et je me suis souvenu de mon intention que j'avais eue à mes débuts: je me suis

donc mis à chercher sur Internet des engagements de brève durée pour des médecins-dentistes. C'est comme cela que j'ai découvert Mercy Ships. J'ai choisi un engagement de sept semaines à Monrovia au Libéria. Ce que j'y ai vécu m'a profondément troublé et c'est pourquoi, après en avoir parlé avec mon épouse, j'ai décidé de collaborer tous les ans avec Mercy Ships. Entre-temps, nos enfants avaient grandi et je pouvais donc envisager sereinement de travailler à titre bénévole. Je suis retourné au Libéria en 2008. En 2009, j'ai dû renoncer pour des motifs personnels. J'ai passé un mois au Togo en 2010, puis en Sierra Leone l'année dernière.»



Le navire hôpital est totalement autonome grâce à ses générateurs et ne dépend en rien des infrastructures locales précaires.



«Tout est sous contrôle!» Les femmes jeunes ont souvent des petits enfants. J'ai souvent vu des tout-petits s'emparer du sein de leur mère pendant le traitement pour se servir «entre-deux»!

«Qu'est-ce qui vous a motivé pour travailler bénévolement?»

«En plus de mon activité au service de notre population qui se porte vraiment très bien grâce aux conquêtes de la prophylaxie, j'ai éprouvé le besoin de donner quelque chose en retour. L'activité bénévole au service de Mercy Ships me procure de grandes satisfactions. Elle a changé ma vision du monde.»

Mourir à cause de mauvaises dents

«A bord, vos activités relèvent-elles exclusivement de la médecine dentaire?»

«Il serait possible de se consacrer à différentes autres activités et travaux. Mais la médecine dentaire est si exigeante que je suis bien content de pouvoir tout simplement me détendre le soir en fin de semaine.»

«Quels traitements dentaires pratiquez-vous en majorité?»

«Il s'agit principalement d'extractions. Il est déjà arrivé que j'en pratique 800 en une seule journée! Il y a aussi les traitements d'abcès, les fractures et quelques obturations occasionnelles. Malgré tout, nous essayons aussi de pratiquer la prophylaxie. Mais c'est de la pure utopie au vu du cadre de vie de ces gens dépourvus de tout. Nous distribuons cependant des brosses à dents et du dentifrice et nous montrons à nos patients comment s'en servir. Le lendemain, nos petits cadeaux sont en vente sur les étals des marchés locaux!»

«Quelles différences y a-t-il entre les traitements prodigués aux patients suisses et ceux pratiqués sur le navire hôpital de Mercy Ships?»

«A Wetingen, ce sont principalement des traitements prophylactiques et reconstructeurs. En mer, je délivre les gens de douleurs qui durent souvent depuis des années et, parfois, je sauve des vies. En effet il y a encore là-bas des gens qui meurent à cause de leurs mauvaises dents! Nous ne connaissons plus cela en Suisse depuis une centaine d'années. Malgré les meilleurs équipements médicaux dont le navire est doté, j'ai déjà dû, à plusieurs reprises, poser des diagnostics pour des patients qui n'avaient plus la moindre perspective de guérison, ni même de thérapie. Dans ces moments-là, je ne comprenais plus le monde dans lequel nous vivons: les uns ont tout, les autres n'ont rien!»

«Quels sont vos préparatifs avant de monter à bord du navire hôpital?»

«Je commence par me faire vacciner contre la fièvre jaune, le tétanos, l'hépatite A et B. J'ai toujours dans mes bagages du Malarone®, un antipaludéen. J'emporte aussi à l'intention des pa-



«Ça fait tout drôle d'être observé de la sorte. Espérons que je ne me trompe pas!»

tients des anesthésiques et du matériel d'obturation que je connais bien. Le reste du matériel est fourni au navire par les organisateurs. Celui-ci passe de neuf à dix mois au port, la plupart du temps en Afrique de l'Ouest. Nous vivons et nous travaillons exclusivement à bord. Les patients sont soignés gratuitement dans nos salles de traitement équipées d'unités dentaires mobiles.»

«Qui vous remplace à votre cabinet lorsque vous êtes en mer?»

«En principe, c'est mon assistante qui s'occupe de mes patients pendant mes absences. Ceux-ci sont de plus parfaitement encadrés grâce au soutien bienveillant de mes confrères ici à Wettingen et à Baden également.»

«Quelles expériences rapportez-vous après vos engagements bénévoles?»

«J'ai acquis maintes visions nouvelles, aussi bien au plan personnel que professionnel. En effet, nous devons constamment improviser. Chaque jour nous pose un nouveau défi. La devise à bord du navire hôpital, c'est «TIA! This is Africa...» et c'est comme ça, point final. Nous ne sommes jamais certains que quelque chose va fonctionner normalement. L'année dernière, nous avons même dû travailler sans électricité pendant deux semaines! Tout à la main! Nous en avons vu des vertes et des pas mûres... Je suis très reconnaissant à mes enseignants, le Professeur Obwegeser

et bien d'autres encore, de nous avoir appris à prodiguer des soins également dans de telles conditions.»

«C'est super c'que tu fais! J'suis fier de toi!»

«Que dit votre famille de Mercy Ships?»

«Le scepticisme était très fort au début, car Mercy Ships est une organisation d'inspiration chrétienne. Mon petit-fils, alors âgé de sept ans, a toutefois mis les points sur les «i». Lors de ma première campagne, il a mis à profit ses toutes fraîches connaissances de l'écriture: «Hé Papy, c'est super c'que tu fais! J'suis fier de toi! Ne t'fais pas d'souci! Erik». Vous pouvez vous imaginer ce que j'ai ressenti. Je n'ai pas grand-chose à voir avec la religion, mais ma philosophie, c'est l'amour vécu de son prochain. La foi, c'est une affaire personnelle. Je ne parle pas de mes convictions. Les échanges avec mes collègues à bord sont toutefois très enrichissants.»

«Avez-vous également pu convaincre des consœurs et des confrères de s'engager sur le navire hôpital?»

«Oui, et j'en suis particulièrement satisfait: ces dernières années, j'ai tenu plusieurs exposés et donné des informations pour des articles dans les médias les plus divers. C'est grâce à cette présence qu'entre-temps cinq médecins-dentistes se sont décidés en faveur d'un engagement! C'est une réussite impressionnante.»

«Sur le navire, tout le monde travaille bénévolement, des chirurgiens aux personnels d'entretien. Comment vous financez-vous?»

«Mon travail est autosuffisant, c'est-à-dire que je me finance moi-même. Mon transfert au pays d'engagement, la subsistance et le logement à bord, les frais habituels de la vie courante, tout ça sort de ma poche. Ce qui est magnifique, c'est que mes patients participent très substantiellement à ce financement, que ce soit par des dons en espèces ou en me confiant leur or dentaire. Les produits, je les utilise pour des consommables, des médicaments ou des frais de séjour. Et puis, il y a encore les dons, petits ou grands, à Mercy Ships. Je leur en suis infiniment reconnaissant, car ils me permettent d'apporter une aide immédiate aux personnes dans le besoin. J'attache beaucoup d'importance à ce que beaucoup de gens soient informés de cette aide gratuite, et qu'ils lui apportent leur soutien.»

«Je répondrai volontiers à toute question sur les possibilités d'engagement: danielflorin@mac.com ou à l'adresse de Mercy Ships Suisse: www.mercyships.ch.»



«Miroir... fiche remplie... serviette pendue... anesthésie... On peut y aller». Les deux n'ont pas vraiment l'air à leur aise. Ça se comprend!

Pour vos dons en espèces:
Compte PostFinance n° 10-17304-3
Association Mercy Ships
1012 Lausanne
IBAN CH47 0900 0000 1001 7304 3
SWIFT/BIC POFICHBEXX

Si vous envisagez un don en nature, prenez d'abord contact SVP avec le secrétariat de Mercy Ships:
<http://www.mercyships.ch/fr/contact.html>

Facteurs importants relatifs à la sécurité des produits thérapeutiques

Pharmacovigilance et matériovigilance

La nouvelle loi sur les dispositifs thérapeutiques, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, et la révision de l'ordonnance sur les dispositifs médicaux obligent les utilisateurs (professionnels de la santé), de même que les fabricants de produits thérapeutiques, à annoncer les effets indésirables et incidents graves des produits thérapeutiques. Depuis lors, l'Institut suisse des produits thérapeutiques Swissmedic a été chargé par la Confédération de surveiller le respect des dispositions de la loi. C'est essentiellement l'unité Vigilance de Swissmedic qui exerce cette surveillance.

Prof. ém. D^r D^r méd. dent. Hermann Berchtold, mandataire SSO pour les questions concernant les médicaments (photos: iStockphoto.com; traduction: Thomas Vauthier)

Les tâches de l'unité Vigilance

En créant l'unité Vigilance, Swissmedic a mis en place un instrument destiné à l'annonce, à l'enregistrement et à l'évaluation d'incidents non désirables relatifs aux produits thérapeutiques.

Par produits thérapeutiques, il faut comprendre les médicaments (vaccins et produits de médecine complémentaire et de phytothérapie inclus), les produits sanguins labiles (tels que conserves de sang) et les dispositifs médicaux (comme les implants, les instruments, les appareils médicaux logiciels compris ou les consommables).

L'hémovigilance – qui ne fait pas partie de cette communication, mais qui est d'une importance croissante – sert à l'enregistrement, à l'annonce et à l'analyse des incidents transfusionnels suspectés dans le but d'établir des mesures visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des transfusions sanguines. Le dépistage d'incidents potentiellement évitables revêt une importance particulière à ce propos.

La vigilance relative aux médicaments à usage humain et vétérinaire ainsi que celle des produits dérivés du sang sont, depuis juin 2007, chapeautées par la division Sécurité des médicaments de Swissmedic.

Quel est l'objectif des annonces?

L'annonce d'incidents indésirables, qu'ils soient dus à des produits thérapeutiques ou à des dispositifs médicaux, sert en premier lieu à la protection d'autres patients et, en ce qui concerne les dispositifs médicaux, spécialement à la sécurité du patient et de l'utilisateur.

Avant l'autorisation de mise sur le marché, les produits thérapeutiques sont soumis à des études approfondies. Malgré ces évaluations étendues avant l'autorisation de mise sur le marché, il se peut que certains risques ne se manifestent qu'après cette dernière, dans le cadre d'une utilisation élargie ou généralisée et surtout après une

utilisation de très longue durée. Les effets indésirables graves de médicaments font partie de cette catégorie de risques. Dans ce contexte, ce sont notamment des annonces spontanées qui permettent la reconnaissance dans les meilleurs délais de tels problèmes et, partant, de prendre les mesures appropriées pour y remédier.

«La surveillance des préparations sur le marché représente ainsi la compétence fondamentale de Swissmedic.»

La qualité des *dispositifs médicaux* fait aussi l'objet d'une réglementation. Bien que, dans ce domaine également, la sécurité d'un dispositif médical est évaluée avant la mise sur le marché, par exemple



La qualité des dispositifs médicaux fait aussi l'objet d'une réglementation. Bien que soumis à une évaluation clinique avant la mise sur le marché, certains problèmes sont susceptibles de ne se manifester qu'après une utilisation plus large.

lors d'études précliniques et cliniques, certains problèmes sont susceptibles de se manifester seulement après une utilisation plus large. L'objectif de l'enregistrement par Swissmedic d'incidents indésirables survenus lors de l'utilisation de dispositifs médicaux est d'analyser les causes de ceux-ci et, partant, de réduire la probabilité d'une répétition d'un tel incident. Il est ainsi possible d'augmenter la sécurité des produits et par conséquent la sécurité pour les patients. Enfin et surtout, l'annonce de problèmes éventuels à Swissmedic contribue à l'amélioration des produits.

Que faut-il annoncer et à qui?

Pharmacovigilance (produits thérapeutiques)

La loi sur les produits thérapeutiques soumet tous les professionnels de la santé autorisés à prescrire, à dispenser ou à utiliser des médicaments à l'obligation d'annoncer. Dès lors, les médecins-dentistes doivent également annoncer tout incident grave ou de nouveaux effets indésirables ou ceux déclarés de manière inadéquate dans l'information destinée aux professionnels qui utilisent le médicament concerné.

Sont considérés comme effets indésirables (EI) graves:

- les cas ayant entraîné le décès,
- les cas ayant présenté un risque potentiellement léthal,
- les cas requérant l'hospitalisation ou susceptibles de la prolonger,
- les cas ayant provoqué un handicap permanent ou sérieux,
- les autres cas jugés médicalement importants (quand, par exemple, une intervention médicale opportune a permis d'éviter les situations susmentionnées...).

Il n'est pas nécessaire d'avoir confirmation d'une relation de cause à effet entre un événement et un médicament pour déclarer un effet indésirable: la suspicion seule est suffisante pour donner lieu à une annonce.

Le nombre d'annonces enregistrées chaque année par Swissmedic dans sa banque nationale de données n'a cessé d'augmenter depuis 2002. En 2010, 4829 annonces d'EI ont été saisies; 3103 d'entre elles au moins concernaient des effets indésirables graves liés à des médicaments (*Vigilance-News*, juin 2011). Force est toutefois de constater «qu'en Suisse également, le nombre d'EI rapportés est inférieur au nombre réel des incidents survenus *«underreporting»*. Les données internationales indiquent que seuls 10 à 20% des effets indésirables de produits thérapeutiques sont annoncés aux autorités compétentes» (CADUFF-JANOSA, communication personnelle). Selon une enquête réalisée en mars 2011 auprès des six centres régionaux de pharmacovigilance,



Les utilisateurs professionnels et les fabricants sont tenus d'annoncer à Swissmedic les incidents graves lors de l'utilisation des dispositifs médicaux.

Matériorvigilance (dispositifs médicaux)

Les utilisateurs professionnels et les fabricants sont tenus d'annoncer à Swissmedic les incidents graves liés à des dispositifs médicaux (art. 15 de l'ordonnance sur les dispositifs médicaux). Par conséquent, sont aussi soumis à l'obligation d'annoncer les médecins-dentistes, les hygiénistes dentaires et le personnel du cabinet et du laboratoire, ainsi que les autres professionnels de la santé.

Quels sont les incidents graves dans le cadre de l'utilisation de dispositifs médicaux?

Dans le contexte des dispositifs médicaux, il s'agit d'incidents qui sont attribuables:

- à un trouble de la fonction,
- à une modification de caractéristiques essentielles,
- à une fiche d'avertissement ou un étiquetage inappropriés, ou à
- à un mode d'emploi inapproprié du dispositif (FRANSCINI 2011).

Il s'agit d'incidents qui ont entraîné ou auraient pu entraîner le décès ou porter gravement atteinte à la santé de patients, d'utilisateurs ou de tiers (art 3, al. 1, ODim).

Par atteinte grave à la santé, il faut comprendre:

- l'atteinte durable d'une fonction corporelle,
- la lésion durable d'une partie ou d'une région du corps, ou
- l'intervention médicale pour prévenir les événements mentionnés.

Au cabinet et dans les cliniques dentaires, un large spectre de dispositifs médicaux est utilisé dans le cadre du diagnostic, des traitements et du suivi.

Dans ce contexte, il convient de rappeler encore une fois que font également partie des dispositifs

seul le centre de référence de Bâle avait enregistré «quatre» cas d'EI annoncés par des médecins-dentistes. Il y a manifestement un besoin de rattrapage en la matière!

Partant des données de l'année 2008, Swissmedic publie une spécification intéressante des groupes thérapeutiques le plus souvent impliqués dans des annonces d'EI; la liste se fonde sur une classification anatomique – thérapeutique (CADUFF-JANOSA, communication personnelle). Il en ressort que les groupes suivants de produits thérapeutiques étaient impliqués dans les annonces d'EI:

- produits thérapeutiques pour le traitement des affections du SNC (anesthésiques, neuroleptiques, antidépresseurs, antipsychotiques, hypnotiques, sédatifs),
- produits antinéoplasiques et modulateurs du système immunitaire,
- anti-phlogistiques, antirhumatismaux,
- anti-infectieux (tels qu'antibiotiques), vaccins inclus,
- médicaments antithrombotiques.

Cette ventilation selon des groupes spécifiques met en évidence que de nombreux produits thérapeutiques administrés ou prescrits en médecine dentaire (comme les anesthésiques locaux, les antirhumatismaux non stéroïdiens, les anti-phlogistiques ou les antibiotiques) sont susceptibles d'entraîner des effets indésirables.

De tels effets indésirables suspectés doivent être annoncés par l'utilisateur dans un délai de 15 jours après leur identification. En revanche, les nouveaux effets indésirables qui ne présentent pas de critères de gravité doivent être déclarés dans les

60 jours qui suivent. Les professionnels de la santé et les fabricants/distributeurs adressent leur annonce aux six centres régionaux de pharmacovigilance¹ moyennant le formulaire «Annonce d'effets indésirables suspectés d'un médicament (EI)» qui peut être téléchargé à partir du site web de Swissmedic². Les centres informent les personnes ayant annoncé des EI de leur évaluation et transmettent les données, sous forme anonymisée, à la banque de données centrale pour une évaluation complémentaire par Swissmedic.



Les anesthésiques font partie des groupes de produits thérapeutiques le plus souvent impliqués dans les effets indésirables (EI).

médicaux, outre les installations ou appareils (tels que lasers, appareils de radiologie ou unités dentaires) et les instruments (comme les lampes à polymériser), les «produits de fabrication spéciale remis au patient ou mis en bouche de celui-ci», autrement dit les obturations, prothèses ou implants ainsi que les consommables utilisés. SCUNTARIO, en collaboration avec W. FISCHER, a déjà souligné les conséquences relatives à l'utilisation de dispositifs médicaux dans le contexte de la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques. C'est le professionnel de la santé qui constate que le dispositif médical pourrait être la cause de l'incident grave qui effectue l'annonce à Swissmedic. En revanche, les salariés des cliniques doivent adresser leurs annonces au responsable désigné de la clinique.

A cet effet, Swissmedic met le formulaire «Vigilance en matière de dispositifs médicaux: annonce d'incidents graves par les utilisateurs» à la disposition des professionnels; ce formulaire peut être téléchargé depuis internet³. En outre, Swissmedic recueille et évalue les annonces et analyse les risques dans le contexte de l'incident (FRANSCINI 2011).

En tout état de cause, Swissmedic tient à préciser que le seul objectif de l'annonce est d'identifier les causes techniques à l'origine des problèmes. Il ne s'agit pas de trouver des coupables, ni d'engager une procédure de droit pénal à l'encontre du fabricant. De telles démarches ne font pas partie des objectifs du système d'annonce ni de la mission de Swissmedic.

Une liste bibliographique détaillée peut être commandée auprès du Secrétariat de la SSO.

Remerciements

L'auteur remercie Pia Caduff-Janosa, directrice de l'unité Vigilance, Institut suisse des produits thérapeutiques Swissmedic, pour ses communications personnelles et les informations actuelles.

¹ Centres régionaux de pharmacovigilance: les cinq instituts universitaires de pharmacologie et de toxicologie de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich, ainsi que le Centro regionale di farmacovigilanza, Ospedale Regionale di Lugano.

² www.swissmedic.ch

→ Pharmacovigilance → «Annonce d'effets indésirables suspectés d'un médicament»

³ www.swissmedic.ch

→ «Vigilance en matière de dispositifs médicaux: annonce d'incidents graves par les utilisateurs»



Bienvenue dans la Banque qui, comme vous, est une PME.

En tant que Banque locale indépendante sur le plan entrepreneurial, nous sommes aussi une PME. C'est pourquoi nous connaissons les défis que vous devez relever. Nous sommes flexibles, nous nous engageons pour que vous atteigniez vos objectifs et parlons le même langage. Nous appartenons au Groupe Raiffeisen qui compte plus de 200 conseillers Clientèle entreprises. Nous disposons de ce fait d'un réseau très étendu et du savoir-faire nécessaire pour vous conseiller de manière compétente et proactive. Comme une PME sur trois en Suisse, que ce soit pour le trafic des paiements, les liquidités, les investissements ou votre succession, faites confiance à un partenaire solide et équitable. Convenez sans tarder d'un entretien conseil.

www.raiffeisen.ch/pme

Ouvrons la voie

RAIFFEISEN

«La plupart des Suisses ont grandi avec elmex»

La pâte dentifrice elmex a vu le jour il y a 49 ans. Entre-temps, GABA a réussi le lancement de bien d'autres produits reposant sur des avancées de la science.

Werner Catrina, Zurich (texte et photos)

Voici 49 ans que le dentifrice elmex a vu le jour. Entre-temps, GABA a lancé avec succès de nombreux autres produits reposant sur les avancées de la science: le «Bulletin elmex» était un périodique qui se fondait sur des acquis scientifiques sérieux. La présentation de la brochure fait penser à une publication d'aujourd'hui. En fait, elle a près d'un demi-siècle! C'est en 2013 que le dentifrice

elmex célébrera le cinquantième anniversaire de sa naissance. «Le dentifrice elmex a pu garder son excellente image et sa réputation et les conforter encore, comme bien peu d'autres marques dans le secteur de l'hygiène dentaire», affirme Uta Wagner, D^r en biochimie et *Head Scientific & Dental Professional Affairs* chez GABA Suisse, le groupe qui a développé cette pâte dentifrice bien parti-

culière. «Dès le début, les considérations de médecine dentaire et la collaboration avec des universités et des médecins-dentistes ont joué un rôle capital dans sa mise au point. Alors que d'autres dentifrices font leur publicité avec des sourires éclatants et des arcades dentaires d'un blanc éblouissant, elmex se fonde sur des recherches scientifiques et s'en porte à merveille!»

Ce n'est donc pas par hasard qu'une universitaire accomplie en biochimie soit l'interlocutrice de notre journaliste, car les fondements scientifiques et la collaboration avec des universités et des médecins-dentistes ont toujours été une évidence dès les débuts de GABA. Les échanges d'opinions portent également sur les découvertes scientifiques au service de la santé buccodentaire, ainsi que sur des études cliniques et les innovations sorties des laboratoires du groupe.

Le nouveau dentifrice «elmex protection érosion» offre une protection optimale et renforce l'émail dentaire. La perte d'émail dentaire est accélérée par le contact des dents avec des acides provenant des aliments, des boissons et des sucs gastriques. Ces considérations ouvrent un marché de grande croissance au nouveau dentifrice du groupe GABA. La liste de ses ingrédients figure sur son emballage violet. La formule est brevetée. Pour l'essentiel, la nouvelle pâte dentifrice contient du chitosane, du chlorure d'étain et du fluorure d'amine. «Plusieurs études cliniques attestent le renforcement marqué de l'émail dentaire ainsi que la protection contre la perte de l'émail dentaire», confirme Uta Wagner.

Tout a commencé avec une pharmacie bâloise

A l'origine, l'histoire de GABA remonte à la création de la *Goldene Apotheke Basel* en 1638. L'un de ses propriétaires ultérieurs, Hermann Geiger, vendait des pastilles contre la toux fabriquées selon une formule que son ami médecin Emanuel Wybert avait ramenée d'Amérique vers le milieu du XIX^e siècle.

Plus tard, les pastilles Wybert ont été fabriquées industriellement, et le volume écoulé n'a cessé de croître. Elles ont été rebaptisées pastilles GABA en 1910. En 1918, la nouvelle société anonyme GABA AG est fondée. En plus des pastilles GABA, elle propose d'autres produits pharmaceutiques qu'elle distribue en Suisse et à l'étranger, en partie par l'intermédiaire de ses nouvelles filiales en Allemagne et en Belgique.

GABA se spécialise depuis 1954 dans l'hygiène buccale et dentaire, et lance sur le marché suisse le dentifrice «aronal» contenant de la vitamine A. Le grand coup a été frappé en 1963 avec le dentifrice «elmex» et sa grande innovation, les fluorures d'amine. Les scientifiques du groupe, en collaboration avec l'Université de Zurich, étaient



L'administration, la production et la recherche se trouvent au siège central de GABA à Therwil.



D^r Uta Wagner, *Head Scientific & Dental Professional Affairs*

à la recherche d'un « passeur » qui assurerait la fonction de transport du fluorure jusqu'à la surface des dents. Ils ont trouvé le fluorure d'amine qui forme sur les surfaces dentaires une couche homogène entièrement recouvrante. D'autres gammes de produits ont suivi, tel « elmex gelée » ainsi qu'un bain de bouche et de nouvelles brosses à dents développées en collaboration avec Trisa et adaptées au dentifrice elmex. GABA International AG a été fondée en 1979. Jusque dans les années 80, l'entreprise était une sorte de magasins où l'on trouvait de tout: crèmes solaires, soins capillaires, désinfectants. Cet assortiment s'est progressivement restreint, et l'accent a dès lors été mis sur les soins buccodentaires.

GABA a finalement vendu sa marque de pastilles aux Pays-Bas, car elle ne correspondait plus au profil de la marque.

Colgate reprend GABA

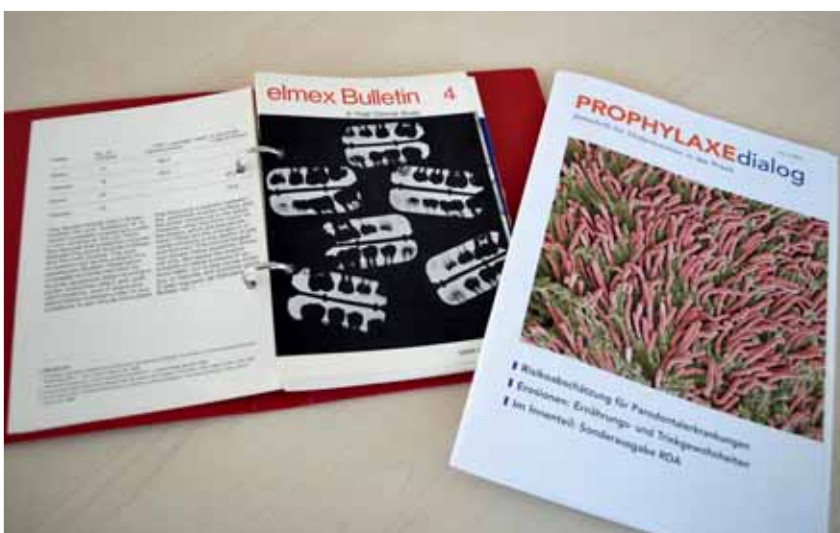
Le groupe américain Colgate Palmolive a repris GABA en 2004, mais en tant qu'unité qui a pu poursuivre ses activités en conservant son identité propre sous l'égide du groupe. Comme nous l'explique Uta Wagner, cette reprise a eu des effets positifs pour les deux partenaires qui mènent leurs recherches en commun. Colgate profite sans aucun doute de la capacité d'innovation des scientifiques de GABA. 60 collaboratrices et collaborateurs du groupe GABA travaillent dans le domaine

scientifique et la recherche, soit près de 10% de l'ensemble des effectifs!

Le central siège de GABA, avec la production, la recherche et l'administration, se trouve à Therwil (BL). Un autre site de production est sis à Lörrach, ville allemande voisine de Bâle. Alors que la maison mère Colgate est active dans le monde entier, GABA produit en Suisse et en Allemagne. Ses produits sont distribués principalement en Europe occidentale, Finlande comprise, mais sans la Grande-Bretagne ni les pays scandinaves. En Russie, les produits sont distribués en alliance de marques avec Colgate.

Le siège de Therwil est idéalement situé au cœur du secteur pharma de Bâle et de ses industries géantes de la chimie et des produits pharmaceutiques. GABA y trouve des spécialistes de niveau universitaire pour la recherche et le développement, ainsi que des collaborateurs qualifiés venus de Suisse, de France et d'Allemagne pour la production et l'administration.

Les premiers dentifrices elmex sont arrivés sur le marché en 1963, après plusieurs années de développement. Ils ont posé les bases scientifiques du groupe. Depuis de nombreuses années, l'étroite collaboration avec des universités et des médecins-dentistes de renom assure aux produits GABA une crédibilité de haut niveau. Le périodique «Prophylaxe-Dialog» édité par GABA a succédé plus tard au «Bulletin elmex». Il est écrit par des spécialistes et pour des spécialistes. Il présente des études cliniques ou des stratégies de marketing à l'intention des drogueries. Rien de criard: les articles sont à la fois modérés, sérieux et scientifiquement fondés.



Le «Bulletin elmex» et ses informations médicales est paru il y aura bientôt 50 ans: une publication déjà moderne. A droite: le «Prophylaxe-Dialog» actuel qui présente les toutes dernières avancées de la prophylaxie buccodentaire à l'intention des praticiens.



Installations de production pour les produits buccodentaires

La prophylaxie en gros caractères

Les médecins-dentistes suisses se sont engagés en faveur de la prophylaxie beaucoup plus tôt et beaucoup plus intensément que dans la plupart des autres pays. Des cliniques dentaires scolaires fondées dès le début du XX^e siècle ont appris aux enfants à prendre soin de leurs dents. Dans ce secteur également, elmex est présent depuis des décennies, et la marque est très tôt connue des enfants suisses. «On peut dire que de nombreuses Suissesses et Suisses ont en quelque sorte grandi avec elmex», soutient notre interlocutrice, «et la plupart d'entre eux restent fidèles à la marque!» En Suisse, les hygiénistes dentaires sont particulièrement bien formées. Elles sont organisées de manière à la fois compétente et efficace. Deux tiers de notre population ont recours aux prestations de ces spécialistes, femmes pour la plupart, pratiquant ainsi une prophylaxie active. Les médecins-dentistes et les hygiénistes dentaires utilisent eux-mêmes elmex et le recommandent donc fréquemment ainsi que d'autres produits GABA. Aucune autre marque ne bénéficie d'une pré-

sence comparable auprès des médecins-dentistes et des hygiénistes dentaires.

Les échanges intenses entre la science et la pratique, la qualité très élevée des produits sont les fondements d'une image éminemment positive. Des avantages mesurables associés à un engagement de nombreuses décennies pour la prévention et l'information sont d'autres piliers de l'étonnant prestige dont jouit la marque. Les prix quelque peu élevés sont acceptés par les consommateurs. Il est moins réjouissant de constater que ces produits suisses de haute qualité sont vendus dans l'espace européen à des prix parfois nettement plus avantageux que chez nous. Le consommateur suisse admet difficilement l'explication officielle qui se réfère au niveau élevé des prix en Suisse.

Marketing convaincant

Le succès au long cours d'elmex et d'autres produits GABA repose sur une publicité talentueuse, en plus de leur haute qualité. La publicité n'a qu'à peine changé depuis des décennies. Un coup d'œil sur le premier «Bulletin elmex» des années 60 atteste la modernité déjà étonnante de la présentation des avancées de la science. Les premières campagnes d'annonces et celles d'aujourd'hui ne se distinguent qu'au niveau des détails. Ce qui correspond au concept d'ensemble: la gamme des produits pour les soins dentaires s'est fortement élargie depuis. Certains produits existants ont été modernisés et adaptés aux connaissances scientifiques les plus récentes, sans altérer toutefois leurs concepts de base, tout comme une VW



Publicité déjà moderne en 1970, et tube elmex d'aujourd'hui

ou une Porsche qui restent toujours reconnaissables comme telles après des dizaines d'années de modernisation et d'évolution des modèles. Une présence publicitaire est toutefois indispensable pour que l'on se souvienne de la marque. Elle s'adresse au grand public et elle est principalement assurée dans les points de vente, pharmacies et drogueries, chez les médecins-dentistes et les hygiénistes dentaires. Des annonces dans la presse et des spots TV ciblés se chargent de conforter la présence de la marque dans le grand public.

On cherchera en vain dans la publicité pour elmex et les autres produits GABA des actions criardes avec des mannequins sexy aux dents éblouis-

santes. La référence aux essais cliniques et des emballages dont la présentation n'a pratiquement pas changé depuis des décennies soulignent autant la continuité que le sérieux du groupe. La similitude des campagnes publicitaires menées en 1984, 2001 et 2012 est stupéfiante. L'accroche-œil, c'est le produit présenté de manière neutre, par exemple un dentifrice elmex. En dessous: un bloc de texte. Le tout sur vaste fond blanc. GABA recourt aussi aux actions publicitaires. Un bus elmex parcourt la Suisse, se rend dans les écoles et les lieux publics pour promouvoir la prophylaxie. C'est une initiative commune de GABA et de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) lancée en 1998.

Remerciement à la SSO

**Monsieur le Président, cher François,
Mesdames et Messieurs, chers amis,**

Après avoir tenu pendant 37 ans un cabinet dentaire, d'abord au Locle, puis au Boulevard des Eplatures 21 à la Chaux-de-Fonds, j'ai remis au Dr Franck Forestier ma patientèle et les locaux en date du 30 septembre 2011.

Durant toutes ces années, j'ai fait partie de la SSO et j'aimerais ici témoigner de ma reconnaissance pour l'action – pas toujours appréciée à sa juste valeur dans le cercle des confrères – que cette dernière a mené et mène aujourd'hui encore pour la défense d'une médecine dentaire libérale et pour la responsabilisation du patient en matière de soins dentaires.

J'aimerais aussi remercier la SSO de m'avoir confié des responsabilités dans la défense des intérêts de notre profession. Parallèlement à une vingtaine d'années passées au sein du comité de la SNMD que j'ai présidée de 1986 à 1988, j'ai eu l'honneur

de siéger, aux côtés de Gis Hochstrasser, à la GPK avant d'être appelé au Comité central de la SSO de 1992 à 1998, où je me suis successivement occupé d'Hygiène et Environnement avant de tenir la trésorerie durant 4 années. Enfin, j'ai eu le privilège d'être nommé 2^e président de la Commission de déontologie durant une législature, puis de servir une dernière fois la profession et notre organisme faitier en siégeant au Fonds d'entraide.

Ces différents mandats ont été enrichissants au plan personnel, en ce sens qu'ils m'ont incité à sortir du cadre étroit et forcément réducteur du cabinet privé, tout en me donnant la possibilité de prendre une certaine hauteur dans l'appréciation des problèmes dans lesquels se débat la défense des intérêts de notre profession. Ils m'ont surtout permis de découvrir et de côtoyer des

personnalités remarquables dans toutes les régions de ce pays, mais aussi de nouer des liens d'amitié qui ont résisté à l'épreuve du temps et qui – aujourd'hui encore – sont extrêmement forts. Je conclurai en remerciant la SSO de m'avoir accordé sa confiance en me déléguant ces différents mandats. J'ai ressenti comme un grand honneur d'avoir le privilège de servir dans un organe de milice entièrement dévoué à la cause commune et dont l'engagement n'est jamais pris en défaut. Je forme enfin le vœu que notre organisme faitier continue de défendre avec succès une médecine dentaire libérale et responsable.

Monsieur le Président, cher François, je te prie de transmettre à tes collègues du Comité, à Alex Weber et son secrétariat, enfin à tous les organes de la SSO avec lesquels j'ai été en contact, ma reconnaissance pour leur engagement et à leur souhaiter bon vent pour l'avenir.

Dans l'attente d'une prochaine rencontre, je t'adresse, cher ami, mes cordiaux messages.

P. A. Häsler

Management appliqué à l'odontologie gériatrique

Il est indispensable de prodiguer un enseignement spécifique en odontologie pédiatrique aussi bien dans le cadre de la formation initiale que continue du chirurgien-dentiste.

Professeur Alexandre S. Mersel et Rodolphe Cochet (photos: iStockphoto.com)

En odontologie, les attitudes stéréotypées du praticien face à la personne âgée représentent un obstacle majeur à la réalisation d'un traitement adapté. La plupart des études analysant le rapport praticien-patient caractérisent le rôle du chirurgien-dentiste en termes d'autoritarisme et de contrôle. Ces études insistent également sur la nécessité de faire porter l'attention des professionnels des soins médico-dentaires sur les données socioculturelles et personnelles de leurs patients âgés.

Approche socio-culturelle

Une étude concernant la motivation des étudiants en chirurgie dentaire vis-à-vis des patients âgés a permis d'avancer que les préjugés comportementaux à l'égard de la vieillesse sont plus importants que ceux qui se rapportent au sexe, aux groupes ethniques et raciaux. Les patients âgés sont perçus à travers le prisme d'un stéréotype négatif: *rigides dans leur comportement, incapables de s'adapter à de nouvelles situations et longs à réagir au traitement prodigué*. Dans leur ensemble, les pra-

ticiens sont persuadés qu'il vaut mieux soigner la maladie que de prendre soin du patient âgé.

Aussi, les données démographiques attestent clairement une augmentation importante du nombre de personnes âgées et donc des soins nécessaires au maintien de leur santé physique, morale et buccodentaire en particulier. L'adaptation des praticiens aux conditions spécifiques de traitement des patients âgés implique une correction nécessaire de leurs comportements et de leur mode de communication.

Le premier pas vers la connaissance patient âgé

Une idée préconçue est que l'édentation totale serait une conséquence inévitable et directe du vieillissement. C'est aussi l'une des raisons majeures dictant l'extraction de dents qui auraient pu être sauvées.

L'axe de réflexion doit donc en premier lieu porter sur les problèmes qui isolent cette population âgée du reste des patients, à savoir:

- Les pathologies qui interfèrent directement avec les soins dentaires.
- Le nombre et la variété des médicaments qui sont susceptibles d'être incompatibles avec les soins dentaires.
- Les handicaps physiques qui vont limiter l'accès aux soins comme un défaut de motivation, l'incapacité à s'astreindre à parcours de soins balisés ou de sérieuses difficultés de communication.

Il est dès lors compréhensible que l'attitude du dentiste détermine les caractéristiques du traitement qui sera proposé. Nous trouvons cependant peu de recherches concernant l'influence de ces conduites sur l'établissement d'un plan de traitement en géroodontologie, sur sa réalisation et en dernier lieu sur les modalités des rapports praticien/patient âgé. La majorité de ces patients âgés souffrent aussi de maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et divers troubles neurologiques. Les changements physiologiques impliquent quant à eux: une diminution du flux salivaire, de l'appétit et de la nutrition, ainsi que des modifications des tissus muqueux et des tissus osseux. D'un point de vue psychologique et social, le patient doit faire face à son nouveau statut et pouvoir affronter son isolement et son exclusion sociale. La visite chez le praticien est donc souvent aussi un contact social important qui mêle l'appréhension de la douleur aux conséquences du traitement sur l'état futur de sa bouche.



Donner au patient l'impression que vous vous consacrez entièrement et exclusivement à son problème. Conformez-vous à l'application de cette règle en montrant son importance.

Il est donc indispensable de prodiguer un enseignement spécifique en odontologie pédiatrique aussi bien dans le cadre de la formation initiale que continue du chirurgien-dentiste.

Les paramètres psychologiques, sociologiques et fonctionnels

Pour faciliter la compréhension du patient âgé, nous suggérons une classification schématique tripartite.

La classification de House

House classe ces patients selon la typologie suivante:

Le *type philosophique*; un patient mentalement équilibré, en général en bonne santé, doté d'une bonne expérience des soins dentaires et selon les cas relativement satisfait de ses prothèses.

Le *type méticuleux*; un patient qui malgré un état de santé diminué est très soucieux de l'aspect et du caractère fonctionnel de ses prothèses. Il reste difficile à convaincre et exige souvent des garanties relatives à la réussite de son traitement.

Le *type hystérique*; un patient en mauvais état de santé, négligeant son hygiène dentaire et prothétique. Il dispose d'un tempérament nerveux et exige des solutions parfois irréalisables. Il reste sceptique quant aux résultats probables du traitement.

Ce type de patient est aussi nommé: VIP, Very Impossible Patient.

Le *patient indifférent*; c'est un patient qui ne semble pas du tout concerné par son aspect buccodentaire ni par la nécessité d'une mastication correcte. En apparence indifférent, il ne sera ni persévérant ni très coopératif, refusant de s'adapter à tout changement.

Dans cette énumération, le plus difficile est d'identifier le patient problématique, c'est-à-dire celui qui n'entre pas nécessairement dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Le rejet des prothèses

Trois classes ont été identifiées: Soit le patient a subi un choc psychologique ne lui permettant pas une bonne accoutumance malgré un état de santé satisfaisant.

Soit il est incapable d'accepter ses prothèses à cause d'un handicap physique comme des nausées incontrôlables.

Soit il souffre de dépression, refusant les soins et parfois tout contact social.

En général, la plupart de ces patients sont dirigés vers le praticien par la proche famille dans un but esthétique ou médical.

L'approche comportementale

La logique démontre que la majorité des patients âgés sont des patients difficiles (VIP). Par exemple, un patient qui au début de son parcours de soins

apparaissait comme aimable et coopératif devient soudainement hostile, voire même agressif. Ce changement d'attitude pourrait sembler incompréhensible car il semble ne pas y avoir de motifs probants.

Trois facteurs importants permettent de rationaliser ces comportements:

Le facteur sociologique: dans le prolongement de son insertion sociale, la satisfaction de la réussite socio-économique peut jouer un rôle important dans l'attitude positive du patient âgé. Les relations avec sa famille, les rapports qu'il entretient avec ses enfants et ses conditions de vie matérielles (logement, environnement) sont des paramètres à prendre en compte.

Les attentes; elles peuvent être de trois sortes:

Esthétiques; les exigences du patient n'étant pas souvent réalisables, un dialogue parfois difficile est nécessaire afin de clarifier les objectifs du patient. Il faut ici bien préciser qu'il ne s'agit pas de chirurgie esthétique mais de restauration prothétique.

Fonctionnelles; le patient est désireux de recouvrer sa fonction masticatoire d'antan et de redécouvrir ses plats favoris. A cet effet, la symbolique que suggère le fait de croquer une pomme prend ici tout son sens.

Liées au confort; c'est une notion assez diffuse qui comprend plusieurs acceptions. Elle est peu présente dans l'évaluation de la satisfaction des patients. Néanmoins, on peut définir la notion de confort comme la sensation agréable d'une parfaite adaptation de la prothèse au point d'en oublier sa présence. Cette intégration physiologique exige un respect total des données morphologiques et biologiques du vieillissement.

Le terrain psychologique

On distingue 2 catégories:

Attitude conciliante. Soit le patient consent à sa part de responsabilités dans le traitement et admet qu'une meilleure collaboration est la condition sine qua non de la réussite de ce traitement.

Attitude d'opposition. Soit il déclare d'emblée que toute la responsabilité doit être assumée par le praticien lui-même et qu'il s'en remet entièrement à son diagnostic et au plan de traitement proposé. La question du suivi thérapeutique et celle de l'hygiène sont alors capitales.

Les comportements cachés

C'est seulement après plusieurs séances que peut se dévoiler la vraie personnalité du patient, via l'émergence de plusieurs symptômes tels que la peur de la douleur, de l'inconfort ou bien d'une apparence esthétique peu engageante. Aussi, il peut s'agir de l'angoisse de ne pas être compris, d'être soumis à la volonté du praticien et finalement de se voir humilier; de mauvaises expériences vécues avec d'autres médecins, des re-

montrances de la part de certains d'entre eux jusqu'à l'impossibilité de parvenir à un résultat correct (parfois aussi associé à une désinformation sur les solutions actuelles en implantologie) peuvent contribuer à augmenter ces angoisses.

Le management de la relation au patient âgé: conduire le changement en six étapes

Le praticien doit apprendre à écouter son patient avec la plus grande attention et appréhender ses antécédents dentaires et prothétiques. Il est particulièrement recommandé de poser des questions spécifiques et non ouvertes afin de déceler les obsessions du patient. Dès le premier contact, le patient bâtit son opinion sur son dentiste, et de la même manière le praticien va se forger une image stéréotypée de son patient. Il faut absolument pallier ces obstacles qui vont pervertir la relation du dentiste à son patient en construisant un réel dialogue.

L'importance du rendez-vous de première consultation: la loi des 5 axiomes

Ce premier contact est aussi le plus important, par conséquent il est impératif d'observer certaines consignes.

Eviter toute utilisation du téléphone, la relation directe à un laboratoire de prothèses, la radio, de manière générale toute ambiance musical.

Donner au patient l'impression que vous vous consacrez entièrement et exclusivement à son problème. Conformez-vous à l'application de cette règle en montrant son importance.

Ne jamais commencer en premier lieu par l'examen de la cavité buccale ni par celui des anciennes prothèses. C'est le patient dans son intégrité et son intégrité qui est au cœur de votre examen. Sa satisfaction est votre unique objectif. Ne jamais présenter immédiatement le plan de traitement. Aussi simple qu'il puisse paraître, il peut s'avérer compliqué pour certains patients. Dans le même sens, ne jamais indiquer le montant des honoraires en particulier et d'autant plus si le patient est insistant sur ce point.

De préférence, ne jamais entreprendre de traitement lors de la première visite. Il est cependant recommandé de prendre les empreintes anatomiques qui seront rebaptisées empreintes d'études et qui doivent servir de guide explicatif, puis de modèles pour les porte-empreintes individuels. En règle générale, le patient VIP qui débute l'entretien parfois avec amabilité risque de changer brusquement d'attitude, laissant apparaître son impatience, voire son agressivité.

Le rendez-vous clinico-administratif: les questions d'argent

Les détails du traitement et les différentes étapes cliniques, dont celles du laboratoire, peuvent être



Le praticien doit apprendre à écouter son patient avec la plus grande attention et appréhender ses antécédents dentaires et prothétiques.

explicitées, si possible, dans le bureau (sans l'assistante) et non pas au fauteuil, réservé aux soins. Seulement lorsque le patient a bien compris votre démarche thérapeutique, il convient d'aborder les questions d'honoraires.

Ne jamais commencer le traitement sans engagement financier de la part du patient ou de ses proches.

Ne jamais donner au patient la possibilité de s'acquitter du règlement juste après son évaluation sur la qualité de sa prothèse. En cas d'éventuelles difficultés, essayer d'établir un échelonnement des règlements de manière parallèle aux séances de soins et à la progression du traitement. Ne jamais fuir les difficultés, mais les affronter ensemble avec la participation active du patient. Le patient anxieux rejettera toute approche paternaliste et les arguments facilitateurs. Le dentiste doit tout au contraire et tout au long du traitement insister sur les difficultés et les délais d'adaptation. Ce type d'approche est un rempart contre l'éventuel refus du patient de porter ses prothèses.

Ne jamais essayer de mentir à son patient, ne pas chercher à faire des raccourcis en croyant obtenir des résultats plus rapides. En cas d'échec, le patient reportera l'intégralité de la «faute» sur le praticien en lui faisant endosser l'entière responsabilité de l'échec. A ce stade, le praticien est autorisé à réaliser les empreintes fonctionnelles avec les porte-empreintes initialement préparés.

Le temps de la démonstration

Il faut impérativement demander au patient des photographies récentes et souriantes. Celles-ci

pourront servir de guide pour la conduite des changements à effectuer. Une fois que le praticien est satisfait du résultat, il peut montrer à l'aide d'un grand miroir au patient son aspect de face et de profil.

On pourra aussi comparer la situation avec ses anciennes prothèses avec la situation actuelle. Souvent, les patients ont à cet instant des remarques à formuler de manière confuse au dentiste, auprès duquel il tente de soutirer des suggestions, par exemple dans le choix de la teinte. Instinctivement, pour recouvrer sa jeunesse, le patient a tendance à exiger la teinte la plus claire pourtant incompatible avec son âge réel. Par conséquent, il n'est pas conseillé de lui montrer ou de lui suggérer les teintes A1, B1 ou C1. On peut envisager de les retirer complètement du teintier. Parfois, le patient demande la même teinte et la même forme que ses prothèses actuelles: il suffit alors de procéder à des régulations mineures.

Ne jamais commencer le montage des dents antérieures avant d'avoir obtenu un assentiment clair du patient. Il est d'ailleurs plus aisé de s'arrêter à ce stade plutôt que de continuer sur une éventuelle fausse voie.

Quatrième visite

La 4^e visite doit permettre de finaliser l'enregistrement de l'occlusion principalement via la relation centrée. C'est aussi lors de cette séance que le patient âgé peut être amené à perdre patience; il ne comprend pas le redoublement du contrôle de l'occlusion. Il faut donc intervenir à ce moment précis et entamer le dialogue afin d'éviter de

perdre le contrôle de la situation. D'un point de vue clinique, c'est l'occasion d'explicitier les difficultés anatomiques et physiologiques. Il faut savoir écouter les commentaires parfois agacés et virulents du patient. Il ne faut jamais lui donner l'impression qu'il pourrait dominer la situation. D'un point de vue personnel: lorsqu'on prévoit une longue séance, il est capital de se préparer en amont afin d'avoir les arguments pour briser la monotonie. Il ne faut pas hésiter à demander au patient des détails sur sa vie privée, sa jeunesse, d'éventuels souvenirs de guerre, ses préférences artistiques, ou sa contribution à la vie sociale. Il se dégagera de l'ambiance de la séance de travail une atmosphère amicale qui sera à l'avantage du praticien dès lors perçu comme quelqu'un de sympathique plutôt qu'empathique. Naturellement, même une longue séance ne peut pas excéder plus que 45 minutes.

Le rendez-vous esthétique

C'est la séance dédiée au contrôle esthétique, et surtout à l'équilibration. Le patient doit impérativement comprendre le sens et la finalité de tous les mouvements qu'il devra exécuter. Il prendra ainsi conscience de la complexité de la mastication et de ses limites fonctionnelles. Vous pourrez plus facilement lui faire accepter le choix d'une alimentation plus adaptée à sa situation prothétique. Un test phonétique est aussi évidemment nécessaire.

Sixième séance

C'est la visite la plus importante, l'aboutissement d'un long parcours thérapeutique. Afin de sur-

monter la situation de stress qui peut submerger aussi bien le patient que le praticien, il est capital de s'astreindre à une stricte discipline.

Ne jamais montrer les nouvelles prothèses au patient avant leur insertion en bouche car le patient risque de les examiner *ex abrupto* et sans discernement d'un œil critique. Cela peut aussi se traduire par son rejet (Prosthetic reject syndrome).

Ne jamais rendre les vieilles prothèses usagées au patient, en particulier afin d'éviter toute comparaison ultérieure. Durant la séance d'équilibration, l'assistante dentaire devra les consigner dans une petite boîte (enceinte humide et aseptisée) au nom du patient. Si le patient insiste finalement pour les obtenir, le praticien lui promettra de les lui restituer après la période d'adaptation.

Ne jamais assurer la mise en place de la prothèse la veille d'un week-end, de congés officiels ou d'événements familiaux. Tâcher d'assurer cette séance de préférence en début de semaine.

Ne jamais permettre au patient de revenir vous consulter à sa discrétion; il doit se plier à un calendrier strict qui est le suivant: 4 heures après la pose, puis tous les 2 jours, ensuite chaque semaine jusqu'à ce que la période d'adaptation soit terminée.

Certaines difficultés majeures peuvent néanmoins se présenter: de trop grands espoirs de la part du patient, une ignorance fondamentale sur les réalités prothétiques, l'état dépressif du patient, une hostilité avec son entourage et parfois une opposition frontale avec le praticien.

Il est évident que ces comportements peuvent être révélés et identifiés dès le début du traitement si toutes les étapes précédemment décrites ont été scrupuleusement respectées. Le dentiste doit également apprendre à adopter une attitude ferme, conduisant ainsi le patient à assumer sa part de responsabilités en adoptant une vision claire et distincte de ses limites physiologiques et fonctionnelles. Le temps de consultation recommandé pour chaque visite de suivi est d'environ 18 minutes (12).

Un dentiste bénéficiant d'une connaissance de base en psycho-gériatrie et d'une expérience suffisante et concluante de l'approche de la personne âgée en situation de soins sera en mesure de surmonter la majeure partie des problèmes liés au traitement, tels que les sentiments de colère, l'anxiété et la déception (13).

En guise de conclusion

Il ne suffit pas de réaliser une restauration prothétique parfaite ni d'être aimable avec le patient âgé ainsi que nous venons d'en faire état. Il convient d'enseigner la connaissance des fondements du management appliqué à l'odontologie gériatrique aussi bien dans le cadre de la formation initiale du dentiste que dans le celui de séminaires de formation continue. La garantie de succès d'un traitement en gérontologie passe par la maîtrise de compétences techniques et esthétiques indissociables d'un mode de management strictement adapté au patient âgé.

Cette article est publiée en l'honneur du professeur Alexandre S. Mersel, Jerusalem.

Bibliographie

- 1 MERSEL A: Demographic trends of aging, Application to Gerodontology – Gerodontology: 6-1: 9–15 (1987)
- 2 MERSEL A AND ALL.: El paciente odontologico anciano. El reto de la toma de decisiones clinicas. Archivos de Odonto-Estomatologia: 16-10: 590–603 (1996)
- 3 EYISON J, MANN J, HOLTZMAN J AND MERSEL A: A comparative study of dental students towards elderly. Eur. J. Prosthodontics. Res. 1-2: 87–90 (1992)
- 4 KIVAK H: Dentists attitude towards and knowledge of the elderly. J. Dent Education 46: 541–547 (1984)
- 5 BOURGEOIS D, NIHTILA A AND MERSEL A: Prevalence of caries and edentulousness among 65–75 years in Europe. Bulletin of the World Health Organization 76-4: 413–417 (1998)
- 6 KAGAN Y, LEGRAIN S ET MERSEL A: Guide pratique de gériatrie; les dents. La gazette médicale de

France, les guides pratiques 15: 234–236 (1994)

- 7 BAER M AND ALL.: The use of psychological measures in predicting patient satisfaction with complete dentures. Int. J. Prosthodont 5: 221–226 (1962)
- 8 SHIGLI K AND HEBBAL M: Does prosthodontic rehabilitation changes the eating patterns among completely edentulous patients? Gerodontology. 29: 48–53 (2012)
- 9 MURAT C AND CELENK P: Radiographic evaluation of alveolar ridge heights of dentate and edentulous patients. Gerodontology. 29: 17–23 (2012)
- 10 AWAD M A AND ALL.: Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures among a senior population. Inten. J. Prosthodont. 16: 390–396 (2003)
- 11 MERSEL A AND ALL.: Variables affecting denture satisfaction in the elderly; one year follow-up. Gerodontology 12: 89–94 (1966)
- 12 DOHRENWEND B P AND ALL.: Social and cultural influence on psychopathology. Ann Rev Psych. 5: 417–452 (1974)
- 13 MERSEL A AND LOWENTHAL U: Anxious anticipation of complete dentures. Special care in dentistry. 1: 13–15 (1986)
- 14 MERSEL A: Socio-demographic approach for prosthetic needs in a geriatric population. Geriatrics & Pregeriatrics Rehabilitation. 81: 2-1: 19–28 (1986)

Professeur Alexandre S. Mersel
 – Chairman ERO-FDI Education WG
 – Senior Fellow Researcher Depart. Community Dentistry (Faculty of Dental Medicine, Jerusalem)
Rodolphe Cochet
 – Consultant en management appliqué à l'odontologie
 – Chargé de cours à l'UFR d'odontologie de Paris VII et de Casablanca
 – Auteur et chef de la rubrique Management dans différentes revues médico-dentaires

Congrès / Journées scientifiques

Compte rendu du 21^e Congrès annuel de la Société suisse pour les soins dentaires aux personnes handicapées et âgées (SGZBB) du 20 avril 2012 à Berne

Soins implanto-prothétiques pour le patient âgé et très âgé

En dépit du fait que les implants occupent actuellement une place importante dans notre arsenal thérapeutique, il est un groupe de patients qui ne bénéficie pas à la juste valeur de cette option: les patients âgés, voire très âgés. Est-ce de crainte des risques plus importants dans cette population ou des difficultés accrues de la prise en charge des personnes fragilisées?

Thomas Vauthier, rédacteur (texte et photos)

Comme l'ont démontré les différentes présentations lors du 21^e Congrès annuel de la Société suisse pour les soins dentaires aux personnes handicapées et âgées (SGZBB), à condition de procéder en tenant compte des circonstances individuelles lors de la planification et de la réalisation, les reconstructions prothétiques sur implants marchent très bien. Qui plus est, ce type de traitement entraîne dans bien des cas un regain de la qualité de vie, un bénéfice non négligeable à tout âge.

Le Congrès annuel 2012 de la SGZBB, brillamment organisé par le D^r Joannis Katsoulis, zmk Bern et la Prof. Frauke Müller, Université de Genève, présidente de la Société suisse pour les soins dentaires aux personnes handicapées et âgées (SGZBB), comportait une nouveauté de

taille: non seulement le nombre des posters s'est sensiblement accru, mais les auteurs avaient la possibilité de présenter leurs travaux lors d'une séance de présentations brèves qui les mettait mieux en valeur. Et comme l'année passée, quatre présentations de cas cliniques issus des quatre universités suisses étaient intercalées entre les conférences principales. Un résumé figure à la fin de ce compte rendu.

Implants chez la personne très âgée – un concept faisable?

Prof. Frauke Müller, Université de Genève

Compte tenu du fait que 37,2% des Suisses âgés de 85 ans ou plus sont édentés et donc porteurs de prothèses totales (contre 25,7% des 75 à 84 ans) et qu'à cet âge, les crêtes sont en général sérieu-

sement atrophiées, l'idée d'ancrer les prothèses sur des implants est attrayante. L'âge en soi n'étant pas un facteur limitatif, il est certain que la stabilisation des prothèses complètes par des implants comporte plusieurs bénéfices. Plusieurs études ont démontré qu'en comparaison avec de nouvelles prothèses totales, les prothèses inférieures sur deux implants et ancrées soit par une barre ou par des boutons pression augmentent significativement l'efficacité masticatoire. De même, on observe un regain d'épaisseur du muscle masséter.

On sait depuis longtemps qu'il y a une relation entre l'état buccodentaire et l'état nutritionnel, et un lien entre la perte des dents et la diminution des facultés cognitives. Plus grave encore, il y a une relation inversement proportionnelle entre le Body Mass Index (BMI) et la mortalité. Sans parler de la qualité de vie en général.

Le traitement par prothèse amovible implantaire chez le patient âgé ou très âgé doit répondre à plusieurs exigences: techniques chirurgicales les moins invasives, période ostéointégration courte, prothèse facile à utiliser, à nettoyer et à réparer, possibilité de transformation en cas de perte d'un implant. Du fait qu'aucun bénéfice de quatre implants n'a été prouvé, la pose de deux implants devrait être préférée pour des raisons de coût-efficacité.

Après la mise en bouche d'une prothèse complète implantoportée, il faut veiller à procéder à des rebasages fréquents pour compenser la résorption de l'os postérieur et pour éviter les crêtes flottantes antérieures supérieures (syndrome de Kelly). Chez les personnes âgées ou très âgées, il est important d'utiliser des éléments d'attachement vissés et non scellés, de manière à pouvoir les déposer en cas de complication de santé, notamment une chimiothérapie.

L'un des problèmes majeurs des prothèses implantoportées est celui de l'hygiène et du maintien. Puisque la dextérité manuelle diminue, il faut instruire le personnel soignant de s'en occuper de manière correcte. Autrement, les attachements peuvent se boucher et empêcher la mise en place de la prothèse, ou une périimplantite risque de s'installer. Par ailleurs, les taux de survie des reconstructions prothétiques implantoportées chez les personnes âgées ou très âgées est comparable à celui chez les patients plus jeunes.

Implantologie assistée par ordinateur pour les personnes âgées?

D^r Joannis Katsoulis, Université de Berne

Sur le fond, la réhabilitation par des implants chez les personnes âgées suit en grandes lignes les étapes utilisées chez les patients plus jeunes. Le conférencier a mis l'accent sur les patients possédant encore des dents naturelles, chez lesquels une



Un trio souriant (de gauche à droite): la D^r Christina Luzi, Bâle, du comité scientifique de la SGZBB, le D^r Joannis Katsoulis, Berne, organisateur et hôte local, et la Prof. Frauke Müller, Genève, présidente de la SGZBB.

phase systémique et une phase d'hygiène doivent précéder la planification prothétique. L'anamnèse revêt une importance particulière, du fait que les personnes en âge avancé sont susceptibles de présenter des maladies générales, éventuellement une polypharmacie.

A l'instar de l'implantologie en général, la planification tridimensionnelle virtuelle est de rigueur, puisqu'elle permet de visualiser et de définir avec précision l'insertion des implants. Joue également un rôle à cet égard la décision soit d'une reconstruction fixe, ou alors amovible.

Dans le cadre de l'implantologie chez les personnes âgées, la question de la morbidité et de la durée du traitement revêt une importance autre que chez les plus jeunes. Bon nombre d'études sur des animaux ont démontré les effets positifs du recours à des implantations sans ouverture de volet (*flapless approach*). Ce type de chirurgie nécessite moins de temps opératoire, donc moins d'anesthésique, peut se passer de sutures risquant d'accumuler de la plaque et provoque moins d'inflammation, réduisant encore davantage la morbidité.

Les résultats sont en général favorables, notamment en ce qui concerne le niveau osseux et le contact os/implant (BIC). La chirurgie *flapless* augmente la vascularisation périimplantaire et entraîne moins d'inflammation des tissus mous. Pour assurer la précision de l'insertion des implants, le recours à des attelles munies de guides de forage est hautement conseillé, du fait qu'en *flapless*, on manque de repères d'orientation.

L'implantologie assistée par ordinateur permet d'opérer de manière mini-invasive, réduit les contraintes pour le patient, durant et après la chirurgie, et exerce des effets positifs sur la cicatrisation et l'ostéo-intégration.

Régénération tissulaire chez les personnes âgées?

Prof. Tateyuki Iizuka, Hôpital de l'Île, Berne

Le directeur de la Clinique de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital de l'Île a d'abord passé en revue les différentes techniques pour l'augmentation osseuse. En cas d'atrophie maxillaire sévère, seule la transplantation de blocs osseux entre en ligne de compte. Puisque les greffes prélevées dans la crête iliaque se caractérisent par une morbidité importante pendant plusieurs mois et une résorption de l'ordre de 50%, il faudrait éviter cette technique chez les personnes âgées. Le conférencier a présenté plusieurs cas cliniques de reconstruction de crêtes alvéolaires mandibulaires par des greffes prélevées dans la calotte crânienne. Ces transplants peuvent soit être apposés sous forme d'*onlays* osseux, dans le maxillaire supérieur atrophie également, ou sous forme d'*inlays*, généralement dans le cadre d'une élévation du



Le Prof. Tateyuki Iizuka, Hôpital de l'Île, Berne: Pour des raisons de morbidité, il faut préférer des greffes osseuses prélevées dans la calotte.



Le Prof. Andrea Mombelli, Université de Genève: Le BOP ne signale pas obligatoirement la présence d'une périimplantite!

plancher du sinus. Le taux de résorption du volume osseux n'est alors que de 15 à 20%. Le site receveur de la greffe de calotte n'affecte pas la résorption osseuse, et celle-ci n'est pas influencée par une ostéoporose généralisée. Les taux de succès des greffes de calotte sont de 98% et ceux des implants posés dans ces greffes de 97%.

Dans la deuxième partie de son exposé, le spécialiste a présenté quelques cas impressionnants de chirurgie orthognathique combinée avec des greffes osseuses. Et il est passé ensuite à l'épineuse question de savoir si l'on peut poser des implants chez les patients après radiothérapie ou sous bisphosphonates. La réponse est «oui, mais». Le consensus actuel préconise l'implantation en deux étapes, sous couverture antibiotique. Les possibilités d'augmentation et de transplantation osseuse sont extrêmement limitées. Chez les patients ayant reçu des bisphosphonates par voie intraveineuse (métastases de différents cancers) pendant plus de trois ans, il faut renoncer non seulement à la pose d'implants, mais également à des augmentations osseuses.

Tateyuki Iizuka a conclu en évoquant un bénéfice inattendu des traitements dentaires chez les personnes âgées: la réhabilitation prothétique (en l'occurrence celle ancrée sur des implants) a une influence favorable sur le psychisme et partant, sur les défenses immunitaires; ce phénomène est connu sous le terme de psychoneuro-immunologie.

La périimplantite à l'âge avancé

Prof. Andrea Mombelli, Université de Genève

La périimplantite, définie en tant que processus inflammatoire atteignant les tissus autour d'un implant ostéo-intégré et fonctionnel, et entraînant une perte de support osseux, peut également toucher les patients âgés porteurs d'implants. Il n'y a toutefois pas de données spécifiques pour

ce groupe d'âge. Les données les plus récentes, préparées par le spécialiste genevois pour la conférence de consensus EAO 2012, montrent que la prévalence de la périimplantite 5 à 10 ans après l'implantation est de l'ordre de 15 à 20% dans la population générale. Selon la définition des critères définissant la périimplantite, il y a toutefois une disparité importante des taux de prévalence.

Concernant le saignement au sondage (*BOP, bleeding on probing*), plusieurs auteurs ont rapporté des prévalences jusqu'à 80%. Or, le BOP n'est qu'un symptôme et ne signale pas obligatoirement la présence d'une périimplantite! En effet, plusieurs études ont montré qu'il y a une disproportion entre la fréquence de BOP et les cas de périimplantite cliniquement manifeste, donc un taux élevé de faux positifs.

Les facteurs de risque de développer une périimplantite sont bien connus, notamment le tabagisme et des antécédents de parodontite. Non seulement les caractéristiques cliniques des deux affections se ressemblent, mais il a également été démontré que les flores bactériennes impliquées dans la périimplantite et dans la parodontite se chevauchent dans une large mesure (*Porphyromonas, Prevotella, Fusobacterium, Tannerella, etc.*), avec quelques exceptions. Les deux affections répondent bien à la CIST (*cumulative interceptive supportive therapy*) ainsi qu'au cocktail bien établi d'amoxicilline plus métronidazole. Le débridement mécanique reste bien entendu le traitement de base dans la phase initiale.

Implantologie et qualité de vie

Prof. Mark Thomason, Université de Newcastle upon Tyne

Il est incontestable que la perte des dents naturelles affecte sévèrement le bien-être des personnes âgées. Plusieurs auteurs ont démontré la

relation directe entre la santé buccodentaire et la qualité de vie, regroupée sous le terme de *Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL)*. L'Organisation mondiale de la santé a clairement établi que l'édentation complète doit être considérée comme une déficience physique (*physical impairment*) et un handicap (*disability*) qui limite deux fonctions essentielles de la vie, à savoir la capacité de manger et de parler. Certaines personnes âgées évitent même de manger en compagnie d'autrui, se sentant gênées par leurs difficultés de mastiquer.

Lorsque l'on compare la satisfaction des patients porteurs de prothèses complètes avec ou sans ancrage sur des implants, il n'est pas étonnant de constater que la satisfaction avec des prothèses implantoportées est sensiblement plus élevée. On observe une réduction des limitations fonctionnelles, de l'inconfort physique et psychologique, et des déficiences ou handicaps sociaux. En revanche, la comparaison directe entre une prothèse conjointe ou une prothèse ancrée sur une barre (*long bar overdenture, LBO*) fait apparaître que la reconstruction fixe l'emporte seulement pour le critère de la capacité masticatoire. Les autres paramètres comme la phonétique, l'esthétique, la rétention et la satisfaction générale sont équivalentes. Dans une étude *cross-over*, dans laquelle deux groupes de patients avaient essayé tant une prothèse fixe et une LBO, seule la moitié des patients a choisi la solution fixe. Ces derniers ont évoqué la meilleure stabilité et la facilité de mastication en tant qu'arguments principaux de leur choix, tandis que dans le groupe LBO, les deux critères étaient la facilité du nettoyage et l'esthétique.

Sur le plan médical, les prothèses complètes ancrées sur des implants entraînent des effets favorables sur les taux de l'albumine, de l'hémoglobine et de la vitamine B₁₂.

Le spécialiste a conclu sa conférence par la question: pourquoi remplaçons-nous des dents chez les personnes âgées? Les réponses sont claires: non seulement pour améliorer la satisfaction et l'OHRQoL, mais également pour favoriser la vie sociale et la santé générale. Et finalement, en bref: «*Because we can!*».

Les attachements chez le patient âgé: trucs et astuces

D^r Serge Borgis, Université de Genève

Les projections «implantologiques» des années 1990, qui prédisaient que «dans 15 ans, il n'y aurait plus de prothèses amovibles», ont fait place à une nouvelle réalité des années 2010, qui constate que les implants n'ont pas remplacé la prothèse amovible. Or, deux tiers des prothèses sur attachement basculent, et il faut une bonne connaissance de la mécanique des prothèses et des attachements pour éviter non seulement ce phénomène, mais également différentes rotations ou translations. Et force est de constater que les attachements ne rattrapent pas les erreurs de conception. Si la sustentation dentaire ou implantaire est relativement simple à gérer, les sustentations mixtes (environ deux tiers des cas) le sont nettement moins. Concernant les parties mâles sur dents naturelles, il faut réserver une hauteur suffisante avec un boxe interne pour corriger des usures. En cas d'usure des parties femelles, le spécialiste a présenté une astuce utile qui permet de différer le remplacement de la pièce: il confectionne une partie femelle en Fitt®!

Serge Borgis a ensuite passé en revue les éléments rétentifs (boutons-pression, barres et glissières) et les éléments fricatifs qui fonctionnent par adhérence et glissement. Le couple mâle-femelle idéal n'existant pas, les critères de choix de l'élément fort/dur (mâle) sont la dimension réduite et standardisée, tandis que la partie femelle

devrait être résistante, mais douce et facile à changer. Sur les attachements sphériques ou boutons-pression, le Dalbo classic est l'exemple type de la rétention pure, alors que le Dalbo plus fonctionne par friction pure. Les attachements Locator représentent la relation de couple par rétention mixte. Pour la rétention par O-Ring sur attachement sphérique, il faut prévoir un espace résiduel permettant d'enclencher l'anneau en caoutchouc.

En cas de dimensions réduites, il peut s'avérer nécessaire de protéger la partie femelle par une grille de renfort, assurant un soutien sur 270° de la circonférence. Et dans la relation de tous les couples concernant les attachements, il ne faut jamais sous-estimer la rénitence!

Concepts de soins implanto-prothétiques pour les patients âgés et très âgés

Prof. Regina Mericske-Stern, Université de Berne

La gérontologie évolue actuellement sur le fil d'un rasoir entre médecine orale et *lifestyle*. Elle s'adresse autant à des personnes âgées encore juvéniles qu'à des vieillards fragilisés. Les caractéristiques de l'âge avancé se résument par les quatre «i», regroupés selon l'ordre d'importance: instabilité, incontinence, intellect déficient et immobilité, menant en général à une dépendance croissante, voire la perte de l'autonomie. Parallèlement aux déficits croissants, il y a une augmentation de la polypharmacie.

Le dilemme est de savoir s'il faut s'efforcer à conserver les dents naturelles ou si leur remplacement par des implants est préférable. Il est connu que les dents naturelles sont un facteur de risque non seulement pour des caries ou des parodontopathies, mais également pour la santé générale (maladies cardiaques, pulmonaires, diabète, etc.). L'éradication dentaire permettrait alors de réduire la charge infectieuse ou inflammatoire



Le Prof. Mark Thomason, Université de Newcastle upon Tyne: Nous posons des implants pour améliorer la qualité de vie et pour favoriser la vie sociale et la santé générale.



Le D^r Serge Borgis, Université de Genève: Les attachements ne rattrapent pas les erreurs de conception, et le couple mâle-femelle idéal n'existe pas.



La Prof. Regina Mericske-Stern, Université de Berne: L'implantologie fait dorénavant partie de la gérontologie!

systémique. Selon l'espérance de vie individuelle, les implants auraient un meilleur pronostic. Lorsqu'il existe un nombre minimal de piliers naturels restants, il faut évaluer leur répartition, leur valeur stratégique et leur intégrité structurelle. La première question est de savoir si le patient âgé est à même de supporter une intervention chirurgicale et quel en est le pronostic de guérison. Plus généralement, il s'agit d'éviter des modifications ou des assainissements majeurs, en optant pour des implants *bone level* avec superstructures vissées sans pilier intermédiaire, le cas échéant avec mise en fonction immédiate. L'un des protocoles les mieux documentés est l'*overdenture* sur deux implants dans le maxillaire inférieur et avec quatre implants dans le maxillaire supérieur. Les implants Imtec Mini sont une nouvelle solution permettant l'implantation même dans des crêtes minces, et ce sans augmentation osseuse préalable. Pour les patients très fragilisés, notamment en cas d'affections neurologiques ou psychiatriques, il peut s'avérer judicieux de renoncer à des prothèses en visant à créer des arcades dentaires raccourcies (*shortened dental arch, SDA*), quitte à créer des ancrages par des implants.

Lors de toute planification thérapeutique chez les seniors relativement jeunes, il ne faut pas perdre de vue le fait que ceux-ci deviendront demain les patients âgés ou très âgés. L'implantologie fait dorénavant partie de la gérodontologie. Les patients âgés et très âgés forment un groupe non homo-



Les prix pour les deux meilleurs posters ont été remis au D^r Lumni Kolgeci et au D^r Julien Luraschi par le D^r Willy Baumgartner, vice-président, et la Prof. Frauke Müller, présidente de la SGZBB (de gauche à droite).

gène, avec un nombre variable de dents naturelles et d'implants, mais avec des attentes et exigences croissantes. Et, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, la majorité des personnes à l'âge avancé ou très avancé ne vit pas en institution, mais de manière plus ou moins autonome à domicile.

Présentations de cas

La D^r Regula Kaufmann, zmk Berne, a présenté le premier cas clinique. Il s'agissait d'un patient avec des séquelles squelettiques d'une poliomyélite sous forme de malformations du crâne et de

la face. Le traitement a compris la réalisation d'une prothèse supérieure ancrée sur des couronnes télescopiques sur les trois dents naturelles restantes, la pose de deux implants interforaminaux et la confection d'une prothèse hybride inférieure sur une barre avec prolongations en direction distale.

Le deuxième cas, «Stabilisation d'une prothèse complète inférieure chez la personne âgée fragilisée grâce à des Locators sur implants», était présenté par le D^r Martin Schimmel, Université de Genève.

La D^r Fabienne Glenz, Université de Bâle, a documenté le cas aussi impressionnant que complexe de la réhabilitation prothétique sur implants chez une jeune patiente atteinte de dysplasie ectodermique.

Le dernier cas illustre le rétablissement de la qualité de vie (*OHRQoL*) chez une patiente de 65 ans, multimorbide. Le D^r Benedikt Maas, Université de Zurich, a discuté en particulier une complication imprévue lors du suivi après la réhabilitation prothétique. Il s'agissait de l'occurrence d'une infection par des entérobactéries super résistantes aux antibiotiques en raison de leur propriété de produire une bêta-lactamase à spectre large.

Prix pour les deux meilleurs posters

Le premier poster, primé pour sa valeur scientifique, était celui du D^r Julien Luraschi, Université de Genève, et portant le titre: «Neuroplasticity in the Adaptation to Prosthetic Treatment».

Dans la catégorie présentations de cas, c'est le travail d'un groupe de jeunes cliniciens de l'Université de Berne, présenté par le D^r Lumni Kolgeci, «MDI (mini dental implant) as an alternative treatment option» qui a reçu un prix ex æquo.



Le D^r Joannis Katsoulis remercie M^{me} Veronika Thalmann, secrétaire du congrès, pour son excellent support administratif et logistique.

SOCIÉTÉ SUISSE
D'IMPLANTOLOGIE ORALE



2012 RESEARCH AWARD

A l'occasion de la conférence commune internationale des DGI/OGI/SGI du 29 novembre au 1^{er} décembre 2012 à Berne (Kursaal), cliniciens et chercheurs ont la possibilité de tenir une brève conférence scientifique. Sont admis les collègues suisses et étrangers. Les candidats seront, en règle générale, âgé(e)s de moins de 40 ans. Leurs contributions peuvent être issues de la pratique dentaire ou du domaine universitaire. Les conférences choisies sont limitées à 15 minutes et seront suivies d'une discussion de 10 minutes.

Le résumé doit être soumis en format IADR (Objective, Materials and Methods, Results, Conclusion) sous forme numérique **par courriel électronique**

jusqu'au 31 juillet 2012 au secrétariat SSIO à l'attention du PD Dr. Michael Bornstein.

La meilleure présentation sera honorée de **CHF 3000** (2^{ème} place de CHF 1500, 3^{ème} place de CHF 500).

Veillez trouver les détails dans le «Règlement pour l'attribution du SSIO Research Award») sur le site web www.sgi-ssio.ch.

Le contact du secrétariat SSIO:

veronika.thalmann@sgi-ssio.ch

Mot de passe: SSIO Research Award 2012

A l'attention du PD Dr. Michael Bornstein



Livres

Implantologie

Atoun H et coll.:

Les greffes de sinus en implantologie

Collection JPIO, éditions CdP – Wolters Kluwer
France, nov. 2011, 288 pp, prix 125 euros
ISBN 978-2-84361-175-9

Le traitement des édentements des segments latéraux supérieurs se heurte souvent à une insuffisance osseuse volumétrique, aussi bien dans le sens vestibulo-palatin que vertical, consécutive généralement aux extractions précédemment pratiquées.

Le développement des cavités sinusales résulte d'une pneumatisation des structures osseuses qu'ont généré les contraintes du développement anatomique, imposées notamment par la formation des organes fonctionnels. Les sinus ont un rôle physiologique et interviennent dans l'optimisation respiratoire ainsi que dans l'absorption des contraintes dues aux forces de mastication sur le massif crânio-facial. Chaque sinus maxillaire en est la cavité pneumatique la plus volumineuse. Le sinus adulte peut prendre des proportions différentes et varier d'un côté à l'autre chez un même sujet.

La chirurgie du soulevé sinusal est une intervention fiable dont les résultats sont très encourageants, pour autant qu'elle respecte des critères d'indications et de technique.

Les contre-indications générales tiendront compte de l'état psychique et physique du patient, des valvulopathies à risque d'endocardite, des affections et situations pénalisant une cicatrisation et une ossification normales, de la crase sanguine,

des biphosphonates intraveineux et d'une corticothérapie à dose élevée. Localement, de la présence d'un foyer endodontique ou parodontal, d'un antécédent tumoral, d'une sinusite ou d'une morphologie à risque qui peuvent contre-indiquer le recours à ce type d'intervention.

Le bilan préopératoire comprend diverses mesures d'imagerie, la technique du «cone beam» représentant actuellement le «gold standard» d'une appréciation préliminaire des sites opératoires. L'opérateur pourra, en fonction des résultats de l'exploration, déterminer son approche technique. Les alternatives à l'indication d'une greffe de sinus comprennent les implants angulés, les extensions distales, les implants courts, ainsi que les implants ptérygoïdiens et zygomatiques. La décision finale d'une thérapie sera basée sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque pour le patient, en faisant l'objet d'une concertation débouchant sur son consentement éclairé.

Trois chapitres présentent de manière détaillée et illustrée les techniques chirurgicales du soulevé sinusal par voie latérale, de l'abord crestal des greffes de sinus, du recours à la piézochirurgie, en s'interrogeant aussi sur le choix des matériaux de substitution à utiliser (allogreffes, alloplastiques, xéno-greffes, plasma enrichi de plaquettes, matrice de fibrine enrichie de plaquettes). La greffe osseuse autogène permet de reconstruire un déficit osseux. Divers auteurs la considèrent comme un matériau de choix, en raison de ses propriétés ostéo-conductrices, ostéo-inductrices et ostéogéniques. L'os autogène est actuellement le seul matériau capable d'assurer le renforcement de l'os alvéolaire maxillaire lorsque ce dernier est associé à une greffe osseuse du sinus.

La gestion des complications doit intervenir lors d'incidents peropératoires (hémorragies, perforations de la membrane) et postopératoires (hématomes, hémorosinus, infection, migration du matériau de comblement, ruptures des sutures, communication bucco-sinusienne, atteintes nerveuses) et tardives (sinusite chronique, absence d'ossification, complications intracrâniennes).

Les techniques de greffes sinusales sont en constante évolution depuis les années 1970. Les délais de cicatrisation restent cependant encore longs (entre 9 et 12 mois). Le recours à des facteurs de croissance devrait à l'avenir réduire les délais et améliorer encore les pronostics. Lors d'une planification thérapeutique, l'objectif de base reste le choix de mesures rationnellement adaptées à la situation de chaque patient.

Cet ouvrage est une excellente source d'information technique et scientifique pour tout praticien

concerné par la thérapie impliquant des greffes sinusales. Pas moins de seize auteurs ont contribué à sa réalisation.

Michel Perrier, Lausanne

Histoire

Riaud X:

Chroniques odontologiques des rois de France et de la dynastie napoléonienne

Broché, ill., éd. L'Harmattan, Médecine à travers les siècles, Paris, 2011, 286 pp, 24,70 euros
ISBN 978-2-296-55531-0s

Faisait-il bon de vivre dentairement en monarchie à la cour des rois de France, de Clovis à Napoléon III?

Sans doute pas pour qui n'aurait pu surmonter les incroyables souffrances dentaires comme celles dues à la carie, aux parodontites et aux traitements radicaux qui vinrent parasiter leurs règnes.

Dans ce récent ouvrage, Xavier Riaud, dans un style fluide et empreint d'humour, fait un bilan chronologique des données historiques et dentaires de la royauté française.

Avant l'arrivée de l'imprimerie, les documents disponibles se basent sur des légendes, des récits et enfin des textes imprimés à partir du XV^e siècle. La carie, la parodontite, les lésions des muqueuses, le scorbut, les malpositions et les traumatismes ne trouvent longtemps aucune cure efficace et pour seul remède, l'infinité de plantes (pavot, poivre noir, millepertuis, sauge, ail, etc.) que préconisent les anciens thérapeutes de l'histoire. La plupart des rois sont décrits comme présentant une «grosse lèvre inférieure» évoquant la perte du bloc antéro-supérieur. La peinture ne révèle qu'à peine ou alors pas du tout les faciès royaux édentés car soucieuse de présenter le modèle royal sous son meilleur jour. Le cure-dent se présentant sous forme de coutelet est l'instrument d'hygiène par excellence, parfois transmis de père en fils. Louis IX quant à lui «lave sa bouche six fois par an avant de communier».

Les barbiers arracheurs de dents se chargent d'extraire et de cautériser. Au XVI^e siècle, Ambroise Paré, chirurgien successivement de quatre rois, freine la précipitation des arracheurs de dents et va donner le titre de dentateur à l'opérateur des dents. Il favorise les balbutiements de la prothèse amovible dont les origines remontent à l'Antiquité. Le problème de la douleur n'est soigné qu'en appliquant des emplâtres de compositions diverses.

Le protestant Henri IV introduit un opérateur de dents qui fait partie du service médical de la maison du roi.

Action Vieil or pour redonner la vue

Croix-Rouge suisse 

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

SWISS DENTAL INSTRUMENTS MANUFACTURE

DEPPELER™

Jean Héroard, médecin de quatre rois, rédige pendant 27 ans un journal détaillé du dauphin Louis XIII, des principes de santé et d'hygiène qu'il suit.

La magnificence du règne du Roi Soleil aura été écornée par des problèmes dentaires à répétition qui l'incommodent fortement avant l'âge de trente ans déjà. Des problèmes de caries et probablement de foyers avec abcès récurrents nécessiteront des extractions progressives, puis totales dont résultera une communication bucco-sinusienne traitée sans succès par des cautérisations très douloureuses, laissant une haleine «nauséabonde» ainsi qu'une difficulté à s'alimenter et à s'exprimer.

En matière d'hygiène, il faut attendre l'avènement de Louis XVI pour qu'apparaissent les premiers équipements sanitaires dans certains appartements de Versailles, ainsi que la spécialité de chirurgie dentaire.

La beauté des dents de personnalités de la cour commence à être décrite (M^{me} de Pompadour, M^{me} du Barry, M^{me} de Lafayette, etc.).

C'est Napoléon I^{er} qui présente enfin des dents «très blanches et en très bon état». Il pratique une hygiène corporelle et dentaire méticuleuse, même en campagne. Les problèmes vont cependant apparaître pendant son exil, probablement liés au scorbut.

A travers les rois de France, Xavier Riaud décrit la lente et douloureuse évolution de la dentisterie, qui aura longtemps miné la splendeur des régents et de leur entourage.

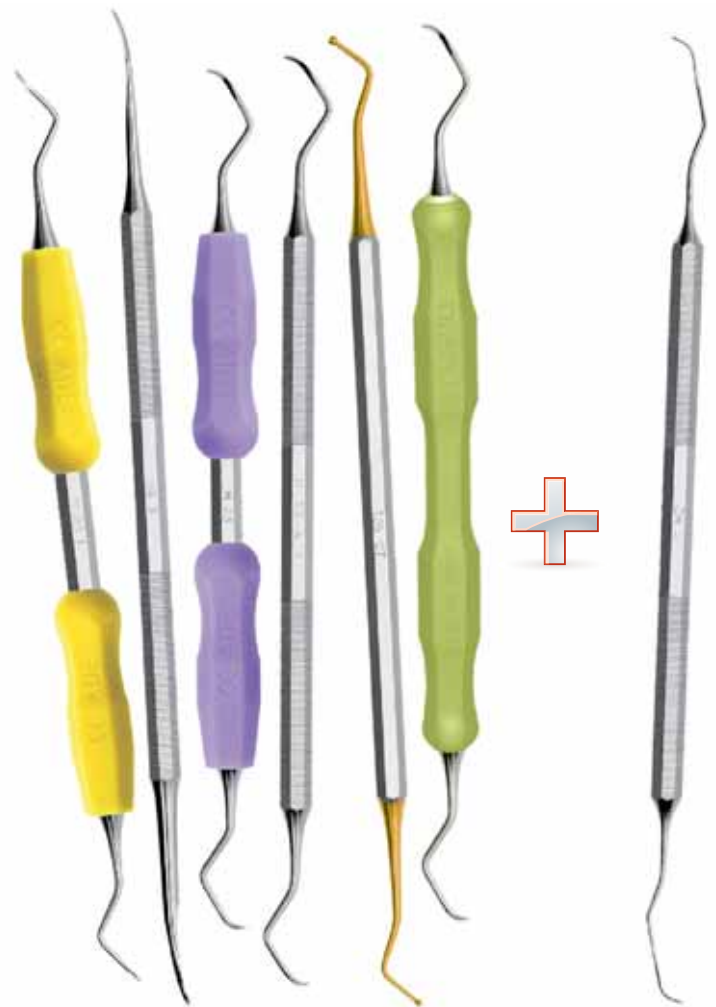
Soucieux de précision historique, cet ouvrage abondamment documenté suscitera l'intérêt chez celui que le passé de la médecine dentaire intéresse.

Michel Perrier, Lausanne



Contactez-nous et profitez de notre offre DENTAL 2012 jusqu'au 16 juillet 2012.

Kontaktieren Sie uns und profitieren Sie bis 16. July 2012 vom DENTAL 2012 Messe Angebot



✉ info@deppeler.ch

☎ 021 825 17 31

☎ 021 825 38 55



www.deppeler.ch