

Symposium PULSUS 2006

Assurance maladie – moins c'est plus!

Lors de son symposium du 9 novembre 2006 à Berne, l'association PULSUS a rendu public son modèle à trois piliers pour un réaménagement de la loi sur l'assurance maladie. Sur le principe de la prévoyance vieillesse qui a fait ses preuves, des solutions individuelles doivent également être possibles dans le domaine de la santé. PULSUS, dans le cadre du modèle qu'elle propose, s'engage également pour plus de liberté de choix et d'autodiscipline de la part des patientes et des patients dans la structuration de leurs assurances maladie.



C'est en 1993 que des médecins de la région de Lucerne ont créé l'association PULSUS. Ils étaient convaincus que des patientes et des patients responsables devaient avoir le droit à un système de santé construit sur des bases librement choisies. En très peu de temps, 150 médecins et membres de professions apparentées de Suisse centrale adhèrent à l'organisation. Les décisions importantes en matière de politique de la santé se prenant de plus en plus souvent au plan national, PULSUS a étendu son activité à l'ensemble de la Suisse en 1999. A ce jour, PULSUS compte environ 400 membres, elle s'engage, en qualité d'association politiquement neutre, en faveur d'une médecine libre, socialement responsable et d'un coût à la portée de tout un chacun. PULSUS procède régulièrement à des enquêtes représentatives, elle organise des symposiums et prend position sur des questions de politique de la santé.

La LAMal en point de mire

Les problèmes posés par la LAMal sont connus: une augmentation ininterrompue des coûts et une diminution de plus en plus marquée de la solidarité. PULSUS est convaincue que seul un nouveau modèle d'assurance peut être en mesure d'améliorer la situation. Ce dernier devrait combiner les avantages de l'ancienne assurance sur base volontaire à ceux de la LAMal actuelle. Une enquête représentative, confiée par PULSUS à l'institut d'études de marché Demoscope d'Adligenswil, a permis de constater des choses étonnantes: une petite moitié de la population suisse envisagerait favorablement

une suppression partielle du caractère obligatoire de la LAMal. L'étude a également démontré que les économies potentiellement réalisables par des mesures de politiques de la santé telles les modèles médecin de famille ou la suppression de l'obligation de contracter avec le médecin sont pratiquement inexistantes: à l'heure actuelle quelque 11% des assurés font déjà partie d'une HMO ou d'un modèle médecin de famille. A ceux-ci viennent s'ajouter 16% qui croient – à tort – être soumis à une limitation du libre choix du médecin et qui se comportent en conséquence. Sur les 70% qui restent, ce sont encore près des trois quarts qui consultent le médecin de famille sur une base volontaire, avant, en cas de nécessité, d'avoir recours à un spécialiste. Finalement, seul un petit nombre d'environ 15% des assurés devrait être amené à s'adresser d'abord au médecin de famille plutôt qu'au spécialiste. Le projet des caisses maladie de ne plus conclure un contrat avec tous les médecins serait contourné par les assurés. Environ 60% d'entre eux changeraient de caisse et continueraient de consulter le médecin de leur choix. Dans la jeune génération, ils seraient même 70%.

Suppression du caractère obligatoire, un frein aux dépenses

Si, dans le cadre de l'assurance de base, seuls les cas graves et chroniques, ainsi que les hospitalisations étaient couverts, il serait possible de réduire massivement les primes de l'assurance de base. Cela impliquerait que les affections moins graves soient prises en charge par l'intermédiaire d'une assurance individuelle ou payées directement par le patient, ce qui correspondrait à une suppression partielle du caractère obligatoire de la LAMal. 45% des interrogés ont déclaré pouvoir se rallier à une telle solution. 23% d'entre eux, dans un tel cas, assumeraient les coûts de leur poche, 22% concluraient une assurance individuelle, 52% des interrogés déclarent vouloir le maintien du système actuel. Ce sont, pour l'essentiel, des personnes âgées (64%), celles qui bénéficient de la franchise la plus basse (60%), ainsi

que des personnes à bas revenus (65%) qui ne veulent pas entendre parler de flexibilisation de l'assurance de base. L'enquête représentative a montré de plus que le niveau d'information des assurés est déficient: 27% des interrogés croient qu'ils sont membres d'une HMO ou d'un modèle médecin de famille. En réalité, ils ne sont que 11%. Environ 20% des interrogés affirment avoir droit à des réductions de primes. Ils sont en réalité plus de 31%. Au niveau de l'assurance complémentaire, on constate également un grand écart entre ce qui est déclaré (42%) et les chiffres effectivement enregistrés (environ 28%). Plus du trois quarts des interrogés, qui ne font partie ni d'une HMO ni d'un modèle médecin de famille, consultent par principe toujours d'abord leur médecin de famille. Ces assurés renoncent ainsi à un important potentiel d'économies. Ils pourraient en effet participer à un modèle médecin de famille des caisses maladie et bénéficier ainsi de primes moins élevées. Peu nombreux sont les patientes et les patients qui changent de médecin pour cause d'insatisfaction. Au cours des cinq dernières années, 9% l'ont fait une fois et 2% plusieurs fois. Ces 2% de «touristes médicaux» – ce sont plus de 100 000 patientes et patients – sont toutefois ceux qui génèrent en règle générale les coûts élevés.

Le modèle des trois piliers de PULSUS

Près de la moitié des personnes interrogées se sont prononcées spontanément en faveur d'un changement de système. Il s'agit dans ce cas de réduire individuellement le poids de la totalité des primes. A cet égard, il convient de bien tenir compte de trois éléments: il faut éviter tout risque de sous-assurance, il faut empêcher la désolidarisation et il ne doit pas y avoir de transfert du domaine ambulatoire au stationnaire. Dans le cadre du caractère obligatoire actuel de la LAMal, les caisses maladie n'ont pratiquement aucune liberté de proposition de modèles. Elles sont condamnées à n'être que des relais



PULSUS: Une prescription favorable?

Des soins dentaires en France ou en Allemagne?

Dans le cadre d'une enquête représentative, PULSUS a également examiné sous la loupe la fourniture des soins dentaires en Suisse. Elle s'est tout particulièrement intéressée de savoir s'il existait un «tourisme des soins dentaires» vers l'étranger.

Une minorité significative de la population résidant en Suisse se rend à l'étranger pour faire soigner ses dents. Les personnes ayant leurs racines à l'étranger choisissent à cet effet leur pays d'origine (Croatie, Bosnie, Serbie, Kosovo, Portugal, etc.). Les pays les plus sollicités sont toutefois la France et l'Allemagne. Au cours des dernières années, quelque 300 000 personnes se sont rendues une ou plusieurs fois dans l'un ou l'autre de ces pays voisins pour y faire soigner leurs dents. Les médecins-dentistes des régions frontalières telles que Bâle ou Genève sont par conséquent exposés à une forte concurrence de la part de collègues de l'étranger proche. Les pays voisins que sont l'Italie et l'Autriche ne sont pas sollicités pour la fourniture des soins dentaires.

En ce qui concerne l'évaluation de la qualité des soins fournis par les médecins-dentistes suisses, on a pu constater un résultat qui doit réjouir la SSO: 96% des personnes interrogées se déclaraient extrêmement satisfaites des soins prodigués par les médecins-dentistes suisses. Ces derniers, s'ils sont considérés comme très bons, sont également qualifiés de relativement chers.

de paiement – entre assurés et fournisseurs de prestations du domaine de la santé. Dans le cadre du modèle des trois piliers de PULSUS – un premier pilier assurant un «minimum vital» de la santé, un deuxième une prévoyance de la santé adaptée individuellement et un troisième une certaine mesure de confort même en cas de maladie – les caisses maladie peuvent retrouver ce qui constitue l'essentiel de leur tâche: assurer la population contre les risques au niveau de sa santé. La concurrence pourrait de nouveau intervenir et on mettrait ainsi un terme à la spirale des coûts.

Le premier pilier

Le rôle du premier pilier serait d'assurer le minimum vital: il serait obligatoire et concernerait toutes les maladies graves et chroniques ainsi que les hospitalisations. Il y aurait lieu de le considérer comme une assurance contre les risques importants. Environ cinq pourcent des assurés génèrent plus de 50 pourcent des coûts. Il s'agit avant tout de malades souffrant d'affections sévères et chroniques. Ils ont besoin et ont droit à la solidarité de l'ensemble de la population. La communauté doit prendre en charge ces coûts de façon solidaire. Il en résulterait que les assureurs maladie n'auraient plus besoin de rechercher à tout prix les bons risques. Un fonds pour les grands risques permettrait de satisfaire à une exigence centrale, qui a conduit à l'introduction de la LAMal, celle d'une plus grande solidarité. Le système compliqué actuel de réduction des primes deviendrait inutile – en même temps que seraient empêchés les abus. L'état pourrait participer directement au financement du premier pilier. Les primes pour l'assu-

rance grand risque seraient d'un niveau si faible que tous les assurés devraient être en mesure de les supporter. Les prestations de cette assurance de base seraient définies par une commission des prestations constituée paritairement et qui aurait un mandat clairement fixé. Dans cette commission, tous les intervenants importants du domaine de la santé devraient être représentés.

Le deuxième pilier

Le deuxième pilier concernerait toutes les autres prestations et serait volontaire. Pour 90 à 95 pourcent des assurés, les assurances maladies pourraient ainsi proposer à nouveau de vraies prestations d'assurance. Les Suissesses et les Suisses sont en règle générale bien assurés. Avant



La LAMal – patiente chronique?

l'introduction de la LAMal, 97 pourcent de la population était assurée sur une base volontaire. Les assureurs auraient toute liberté dans la structuration du deuxième pilier: celui qui, par exemple, se déclarerait prêt à se rendre en Allemagne pour une cure thermale aurait à payer des primes réduites. Celui qui ne voudrait pas de cure thermale du tout paierait encore moins. Celui qui voudrait pouvoir bénéficier des médecines alternatives, ne paierait pas les mêmes primes que celui qui déclare y renoncer. Celui qui accepterait une prévoyance santé raisonnable s'en verrait récompensé par les assureurs. Des paquets de prestations façonnés en faveur de l'assuré, adaptés aux risques, aboutiraient à plus de marché et ainsi à une réduction des coûts.

Le troisième pilier

Le troisième pilier correspondrait à l'actuelle assurance privée ou demi-privée. Il serait également possible – ainsi que dans la prévoyance vieillesse – de prévoir des incitatifs fiscaux en faveur du deuxième et du troisième pilier. L'ensemble des as-



Base solide pour une couverture suffisante en cas de maladie: c'est une question de perspective...

Votre vieil or peut redonner la vue



Une bague non portée, une chaîne, des dents en or... Autant d'objets qui peuvent aider à lutter contre la cécité dans les pays du Tiers-Monde.



Envoyez vos dons à:

CRS, Action Vieil or pour redonner la vue, Rainmattstr.10, 3001 Berne, CP 30-4200-3, www.redcross.ch

Croix-Rouge suisse

surances complémentaires devrait être adapté aux besoins individuels de la population en matière de soins médicaux. Il y aurait notamment lieu de veiller à ce que les assurés âgés ne soient pas désavantagés par la réduction de l'assurance de

base. La «garantie des avantages acquis» aurait de plus pour conséquence qu'il ne serait pas possible d'exclure des assurances complémentaires indispensables, en raison de leur âge ou de leur histoire médicale, les assurés actuels. Des prestations

telles que des méthodes alternatives, Spi-tex, des aides ménagères, des mesures individuelles de prévention et de confort devraient être offertes sous forme de modules par l'intermédiaire de ces assurances complémentaires. L'ensemble des trois piliers permettrait de créer une base solide pour la fourniture de soins adaptés en cas de maladie.

Informations complémentaires

PULSUS

Bureau

Case postale 4150

6002 Lucerne

Tél. 041 418 50 50

Fax 041 418 50 51

E-mail: pulsus@pulsus.ch

Internet: <http://www.pulsus.info>

Illustrations: Copyright by PULSUS ■



Nouvelles de l'Université de Genève

Un grand jour pour la volée 2006 de la Section de Médecine Dentaire de Genève

Nous avons notre diplôme de médecin-dentiste!

Au cours de notre parcours à la SMD, notre volée de 20 personnes de tous horizons s'est transformé de l'équipe de départ en complices et finalement nous sommes devenues des amis.



Fadi, Diana, Ralf, Frédéric, Thierry, Mauricio, Sara, Jean-François, Giovanni, Irène, Fabien, Angelica, Julien, Yamina, Marc-Henri, Fabienne, Minna, Nicolas, Carolina, Ruta

Nous allons maintenant entrer dans la cour des grands et faire partie du monde professionnel. Les uns deviendront assistants à la SMD, les autres travailleront en cabinet privé mais il existera toujours un

lien privilégié entre les membres de notre volée: nous avons partagé trois années d'études.

Nous sommes 9 filles et 11 garçons, quasiment la parité. Nous venons de tous hori-

zons, notre point commun: les études en français. La taille de la «Médecine Dentaire» de Genève nous permet de faire très vite connaissance avec nos enseignants, nos professeurs, nos chefs de clinique, nos assistants, mais aussi avec tous ceux que nous allons croiser au quotidien.

Et tout de suite, les cours s'enchaînent. Nous réalisons rapidement que la théorie est une chose, la pratique en est une autre. La présentation de nos travaux et les premiers examens arrivent déjà – trop vite – nous venons à peine de commencer. C'est la fin de notre première année ensemble, nous nous connaissons bien maintenant. *Nous sommes devenus une équipe.*

L'année suivante, nous ne sommes plus «les nouveaux»! Premiers contacts avec les patients, la radiologie, le laboratoire et ... les dossiers. Nous avons d'autres assistants, d'autres chefs de clinique. Les pauses de midi raccourcissent. Nous organisons la fête de Noël, c'est sympathique. Revoilà les examens de février, ceux de juillet, les stages de l'été. Notre deuxième année se termine. *Nous sommes devenus des complices.*

Dernière année déjà. Le travail en clinique est prépondérant. Les patients nous tiennent à cœur et nous avons acquis des méthodes de travail. Des doutes nous assaillent cependant, serons-nous prêts pour l'examen final? Juin est là: la 1^{re} partie de l'examen final s'est bien passée, septembre: dernière ligne droite. Nous avons réussi. Nous avons partagé joies et soucis pendant trois ans. *Nous sommes devenus des amis.*

Ceci est un grand jour! ■

CLIN D'ŒIL DU PASSÉ



Identification bucco-dentaire et Guerre de 14–18

ERIC DUSSOURT

Docteur en chirurgie dentaire, DU d'Identification en odontologie médico-légale, de Criminalistique et de Réparation juridique des dommages corporels (option odontologie), Meulan, France

Adaptation, rédaction et illustrations de Thomas Vauthier

Dès la fin de la Guerre de 14–18, différents moyens sont mis en œuvre pour tenter d'identifier les soldats disparus ou amnésiques. Avis de recherches, comparaison des schémas dentaires réalisés à partir des fiches de soins des praticiens avec les odontogrammes post-mortem relevés sur les restes des soldats non identifiés sont utilisés dès 1919. L'identification – 77 ans après sa disparition – d'un écrivain célèbre mort dès le début de la Grande Guerre est confirmée par des éléments bucco-dentaires.

Introduction

La Guerre de 14–18 a fait environ 1 350 000 morts dans les troupes françaises, soit près de 900 morts par jour pendant 1556 jours, d'août 1914 à novembre 1918. Parmi ces morts, certains resteront à jamais non identifiés, leur nombre n'est pas précis. Les chiffres les plus divers sont cités, entre 100 000 et 600 000 disparus. On peut quand même estimer que le chiffre le plus proche

Bonne année à toutes et à tous!

Saviez-vous qu'Henri Lentulo n'était pas seulement l'inventeur du célèbre bourre-pâte pour l'obturation des canaux radiculaires (et qui porte son nom jusqu'à nos jours), mais également l'un des pionniers de l'odontologie médico-légale? En effet, après une carrière de dentiste militaire pendant la Grande Guerre, et sur ses nombreux champs de batailles – il a même été gazé à Verdun – Henri Lentulo a relaté ses expériences dans l'article «Identification des cadavres par la fiche dentaire», qui a été publié le 28 novembre 1921 dans la revue *Odontologie*. J'ai fait ces découvertes surprenantes au cours de mes pérégrinations dans les *Actes de la Société française d'histoire de l'art dentaire* (SFHAD). La même source dévoile des informations intéressantes sur la disparition (qui restera un mystère pendant pas moins de 77 ans!) du lieutenant Henri Alban Fournier, qui n'est personne d'autre qu'Alain-Fournier, auteur du fameux livre *Le Grand Meaulnes*.

Thomas Vauthier

de la vérité est celui qu'avance le député Louis Marin à partir des fichiers établis en juin 1919. Le nombre des disparus est évalué à 260 600, hommes de troupe et officiers confondus. A la fin de la Première Guerre mondiale, les proches des disparus tenteront sans relâche de retrouver puis d'identifier les corps des soldats recherchés. Il y a encore de nos jours dans les cimetières français des tombes de soldats inconnus qui le resteront probablement à jamais. Quels sont, au lendemain de la Grande Guerre, les moyens mis en œuvre pour tenter d'identifier les corps des soldats français sans identité?

Avis de recherches

La question des disparus posa de tels problèmes dans l'immédiat après-guerre, que

différents moyens (anthropométrie, albums photographiques, identification bucco-dentaire) furent mis en œuvre pour identifier les corps dépourvus d'identité et les soldats amnésiques. Ceci, afin d'essayer de résoudre les problèmes moraux, affectifs, matrimoniaux et successoraux qui se posaient alors aux familles. Dans sa thèse, Jean Morisot (Lyon 1923 observation XVI) rapporte que *la guerre terminée, le ministère des Pensions fit afficher dans les églises et mairies de France des tableaux indiquant les objets trouvés sur les corps des soldats français, non encore identifiés, et permettant de donner une indication sur leur état civil.*

République Française Ministère des Pensions

Tableau par secteur d'état civil des objets recueillis sur le corps des militaires qui n'ont pu être identifiés jusqu'à ce jour et qui reposent dans des tombes individuelles exactement repérées, tableau dressé par le Ministère des Pensions avec la collaboration de l'Œuvre, les Nouvelles du Soldat, 10 rue Laffitte à Paris, qui recrute des délégués officiellement agréés, pour représenter les familles aux opérations du service d'état civil et des sépultures militaires. Les familles qui croiraient reconnaître les objets indiqués comme ayant appartenu à l'un des leurs, peuvent aller les voir au bureau de l'Etat civil du secteur où ils sont actuellement déposés. Si les objets sont définitivement reconnus par elles, l'identification du décédé en résultera et les ayants droit pourront demander et obtenir la restitution gratuite du corps.



La Première Guerre mondiale a fait près de 900 morts par jour parmi les troupes françaises – pendant 1556 jours, d'août 1914 à novembre 1918.

Parmi ces objets étaient notées en premier lieu les pièces prothétiques dont la reconnaissance pouvait facilement être faite, soit par le dentiste qui les avait fabriquées, soit par la famille du disparu, munie de la fiche et des renseignements précis fournis par le praticien.

Sur ces avis étaient précisées la localisation exacte de l'endroit où le corps avait été découvert et une description des caractéristiques de la pièce prothétique découverte:

- Prothèse maxillaire ou mandibulaire
- Nombre et type de dents (dents ivoire, dents gutta)
- Type de matériau employé pour la base (or, caoutchouc)
- Type et métal des crochets (or en général)

Enfin, sont mentionnés les objets personnels retrouvés avec le corps (médaille religieuse, montre) ainsi que d'éventuelles indications de grade ou de régiment.

Exemples:

Bureau de l'Etat civil militaire de Vitry-le-François (Marne)

Endroit où la tombe a été trouvée: Courdemanges, lieu dit le Bignouval, chemin Chatelraoul, à Sompuis.

Désignation des objets trouvés: appareil dentaire, mâchoire supérieure, 8 dents, crochet double à 2 dents. Médaille de Lourdes.

Ou:

Bureau de l'Etat civil militaire de Baccarat

T. C. à 1 kil 500 au S-E de Bréménil, dans la forêt des Ellieux – 1 appareil mâch. sup., 10 dents, dont 4 incisives, 2 canines, 4 molaires, 1 app. mâch. inf. de 5 molaires. Adjudant 158^e R.I.

Comme on peut le voir, les avis de recherches ne concernent que les pièces prothétiques et pas du tout l'état de la denture, ce qui limite donc la recherche aux seuls porteurs de prothèse. Ceux-ci étaient déjà à l'époque d'un niveau socioculturel au-dessus de la moyenne. Une étude faite sur l'indice CAO d'une population rurale de soldats du Gers tués au début de la guerre montre un taux d'appareillage autour de 5%, (étude non statistiquement significative: échantillon limité en nombre, un seul type de population). Les éléments prothétiques signalés sont divers et variés. Ont-ils permis quelques identifications, c'est possible. Mais, comme toujours, ce sont les comparaisons qui sont probantes: ont-elles été réalisables? Les praticiens de l'époque tenaient sans doute des fichiers.

Mais le faisaient-ils tous? Compte tenu de la multitude des corps à identifier, du faible taux d'appareillage (entre 5 et 10%) et de la difficulté à réunir les documents ante-mortem, on peut supposer que le nombre d'identifications réalisées grâce à ces avis de recherche a dû être faible. Même s'il est en progression récente (17%), le taux de retour des avis de recherche est resté longtemps très faible (autour de 2%), on peut supposer qu'il ne devait pas être meilleur en 1919.

Identification comparative par le praticien

Deux «grands anciens» ont rapporté leurs expériences personnelles en identification comparative. Tout d'abord, HENRI LENTULO relate dans un article paru dans l'*Odontologie* du 28 novembre 1921 comment il a réalisé l'identification d'un officier tué au début de la guerre. Le schéma dentaire de la personne cherchée fut reconstitué par le praticien traitant à l'aide de la fiche de soins. Ce schéma dentaire fut comparé avec les bouches de 83 squelettes exhumés à la fin de la guerre. 80 squelettes ne présentaient aucun soin, ils furent écartés. Il restait 3 corps dont les bouches présentaient des soins dentaires. Le premier corps examiné fut le bon. Les éléments du schéma et ceux relevés en bouche correspondaient point par point (type de travaux: aurification, émaux, localisation en bouche). Le corps était identifié.

Henri Lentulo concluait son article par ces mots: *Il ne nous semble pas nécessaire d'insister davantage sur la justesse absolue d'un procédé qui a fait ses preuves depuis longtemps et qui est appelé à être employé souvent, maintenant qu'il est procédé à des exhumations fréquentes des morts de la Grande Guerre dont la reconnaissance est souvent entourée de grandes difficultés.*

Un autre ardent défenseur de l'identification bucco-dentaire, HENRI BONNAFOUX, promoteur de la carte d'identité dentaire dans les années 60, rapporte, dans l'avant-propos de son ouvrage *La méthode d'identification par le schéma dentaire* (1960), comment la pertinence de l'identification lui avait été confirmée sur un champ de bataille en août 1918. Il identifia alors par le plus grand des hasards son cousin Louis Allais, qu'il avait précédemment soigné, par la reconnaissance des travaux qu'il avait réalisés.

On le voit, dès la fin de la Guerre de 14-18, les outils majeurs de l'identification bucco-dentaire sont en place. On peut cependant regretter qu'ils n'aient pas été davantage exploités dans les années qui suivirent. Enfin, voici à titre anecdotique, un



Pendant la guerre 14-18

Henri Lentulo n'était pas seulement l'inventeur du célèbre bourre-pâte, mais également l'un des pionniers de l'odontologie médico-légale. Profondément marqué par l'assassinat de Jaurès, il se fait engager volontairement à la Légion italienne en 1914. Gazié à Verdun et décoré de la Croix de guerre avec palmes et étoiles, en 1918, il ne parlera jamais de ce qu'il avait vécu pendant la Grande Guerre. Il y avait de quoi marquer un homme.

événement qui s'est produit 77 ans après la fin de la guerre.

Aspect bucco-dentaire de l'identification d'Alain-Fournier

Le 22 septembre 1914 disparaissait sur les Hauts de Meuse le lieutenant Alain-Fournier (de son vrai nom Henri Alban Fournier) avec un détachement d'une vingtaine de soldats et d'officiers du 288^e R.I. Pendant 77 ans, leur disparition restera un mystère. Les recherches entreprises dès la fin de la guerre, abandonnées puis reprises, permettront de découvrir en novembre 1991 à proximité de Saint-Rémy-la-Calonne (Tranchée de Calonne) une fosse commune contenant les squelettes de 21 soldats et officiers morts au début de la guerre. L'identification des soldats fut réalisée grâce à leur plaque d'identité en plus ou moins bon état, par la comparaison des tailles mesurées lors du recrutement avec les tailles estimées des squelettes, enfin avec différentes pièces d'uniforme: n° du régiment 288, etc. L'identification des officiers fut réalisée grâce au n° du régiment,



Le lieutenant Henri Alban Fournier, alias Alain-Fournier, écrivain et auteur du fameux livre «Le Grand Meaulnes». Disparu avec son détachement le 22 septembre 1914 dans des circonstances mystérieuses, son corps n'a été identifié que 77 ans plus tard.

à leurs galons, une alliance gravée et par la comparaison des tailles mesurées et des tailles estimées des squelettes.

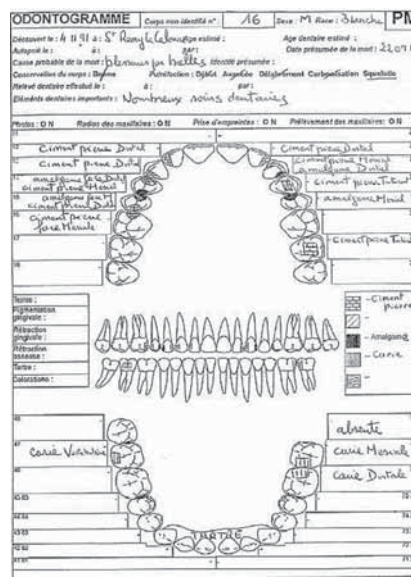
Les éléments d'identification d'Alain-Fournier ont été:

- Galons de lieutenant cousus sur du tissu gris fer bleuté sur les avant-bras
- Galons d'épaulette
- Numéro de régiment 288 en laiton doré agrafé sur une patte de collet rouge garance
- Comparaison entre la stature calculée selon la méthode de Fully-Pineau (1,71 m) et la taille mentionnée sur les documents militaires du lieutenant Fournier (1,69 m)

L'état bucco-dentaire d'Alain-Fournier apportait des éléments supplémentaires. On relève sur son odontogramme *post-mortem* 13 dents cariées dont 10 soignées. La denture du sujet comporte un nombre important de caries dont la plupart ont été soignées. Le maxillaire supérieur présente 13 caries traitées pour un total de 10 dents soignées, soit par amalgame (4 dents), soit par obturation au ciment pierre (9 dents).

Ces éléments peuvent être mis en relation avec des courriers qu'Alain-Fournier adressa à sa sœur Isabelle: *de Tarbes où je viens de faire plomber ma dixième dent (total 50 F), (17 mai 1909). Mais c'est Bouconne qui m'a ruiné pour longtemps, avec le dentiste (14 août 1909).* Ces courriers ne constituent bien évidemment pas des preuves mais un élément supplémentaire participant à l'identification.

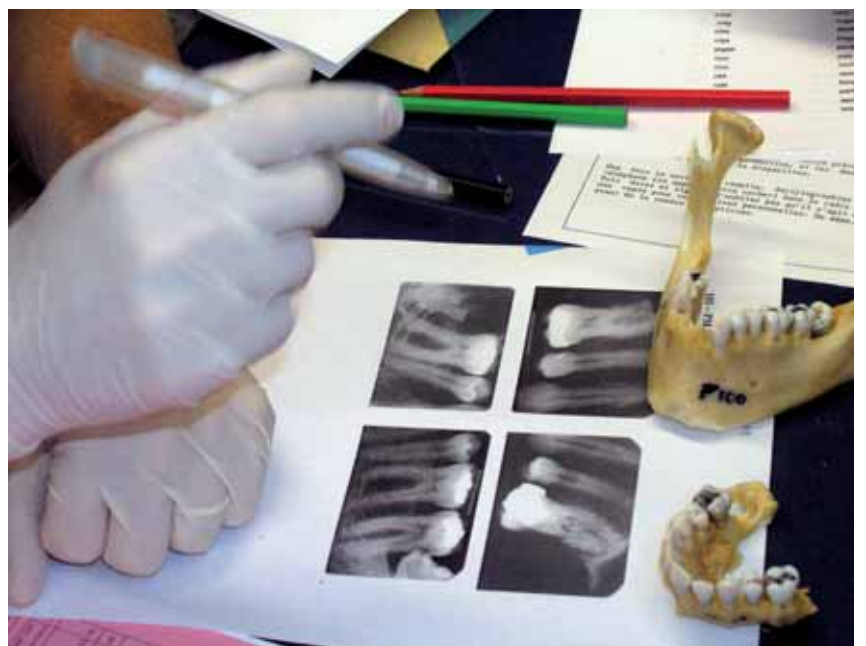
Odontogramme d'Alain-Fournier



Conclusion

On a pu le voir à travers ces différents exemples, l'utilisation des techniques d'identification bucco-dentaire était d'actualité dès la fin de la Première Guerre mondiale. Les fondations de l'odontologie médico-légale «moderne» étaient déjà posées en 1919: avis de recherches, identification comparative, reconstitution du schéma dentaire à l'aide de documents *ante-mortem*. En dehors de l'identification anecdotique de personnage connu ou d'un milieu socioculturel élevé donc, ayant

été soigné (cf. l'officier identifié par H. Lentulo), les identifications bucco-dentaires ont dû être rares. La quantité de corps à identifier et la quasi-absence de document *ante-mortem* n'ont pas facilité la tâche des identificateurs. Les soldats, essentiellement d'origine rurale, étaient peu ou rarement soignés, tant d'un point de vue dentaire que d'un point de vue général (fractures consolidées spontanément entraînant de considérables boiteries, par exemple). Dans l'étude de l'indice CAO des 18 soldats gersois retrouvés en même temps qu'Alain-Fournier, on ne trouve qu'une seule bouche soignée avec la pose d'une prothèse amovible en vulcanite (chez un maquignon). Contrairement au reste de la médecine et de la chirurgie, les répercussions de la Guerre de 14-18 dans le domaine de l'odontologie médico-légale seront donc restées relativement limitées. ■



Bien que les principes de l'odontologie médico-légale «moderne» aient déjà été appliqués en 1919, l'identification forensique continue à se fonder jusqu'à nos jours sur l'examen comparatif des données dentaires *ante-* et *post-mortem*.

Exposé présenté lors de la conférence des présidents à Wilen

Les limites de la logique du marché – la main invisible au cabinet dentaire

Dr Marianne Rychner (traduction française de Jean-Jacques Gindrat)

Rares sont ceux qui se rendent dans un cabinet dentaire en manifestant leur joie. Plus le poids de la douleur est grand, plus on se met rapidement sous la dépendance du professionnel dans le but, finalement, de retrouver son indépendance. La conviction de se remettre en de bonnes mains et la certitude que le médecin-dentiste va adapter son expertise au cas individuel, qu'il va donc examiner l'être dans sa totalité, dans son environnement et en tenant compte de ses besoins, vont aboutir au pacte de travail entre le patient et le médecin-dentiste.



Dr Marianne Rychner, sociologue

Que se passe-t-il en réalité lorsque les êtres humains les plus dissemblables, vivant dans une communauté, dans la société, se rendent chez le médecin-dentiste? Je souhaiterais, d'un point de vue sociologique, présenter un certain nombre de réflexions pour tenter d'apporter un éclairage sur cette question: pourquoi le font-ils et pourquoi ne le font-ils pas? Quelles sont les exigences sociales nécessaires pour que tout cela fonctionne et que, en fin de compte, les gens aient des dents en bonne santé? – Ou bien alors, quand les choses ne fonctionnent pas bien, pour que ce ne soit pas le cas? Et, question qui n'est pas des moindres, quelles sont les exigences sociales pour que les médecins-dentistes puissent bien vivre d'une activité utile et source de satisfaction. En effet, tout cela ne va pas de soi.

Plus ou moins volontairement

En tout premier lieu, une constatation apparemment banale est de la plus grande importance. En règle générale, personne

ne se rend rempli d'un sentiment de joie particulier dans un cabinet dentaire. Personne ne prend place volontiers dans le fauteuil, sous la menace de la fraise que l'on craint depuis l'enfance, et ouvre sa bouche. Il n'en demeure pas moins qu'il ou elle va se rendre plus ou moins volontairement à cet endroit. Ces constatations peuvent sembler banales et allant de soi. Mais elles représentent une condition importante pour les réflexions qui vont suivre.

La résolution suppléante des crises, un élément central de la pratique professionnelle

De même que dans le cas du recours au médecin, une logique sociale spécifique de l'action va se manifester lors de la consultation du médecin-dentiste. Il s'agit en quelque sorte de la mise à disposition des connaissances scientifiques. Elle a lieu dans le cadre de sociétés modernes pratiquant la division du travail. En sociologie, du moins dans sa façon théorique d'aborder les problèmes, celle que je considère productive et avec laquelle j'ai beaucoup travaillé, on appelle ce mode de l'utilisation du savoir la «pratique professionnalisée». Sont considérés exerçant des professions classiques, les médecins et ainsi donc les médecins-dentistes, de même que les avocats. Dans le cas de certaines professions, telles que le travail social, l'enseignement, les soins et l'architecture, une discussion a lieu en sociologie pour savoir dans quelle mesure on peut ou on ne peut pas également parler de pratique professionnalisée. Ce qui est déterminant en général, c'est la présence d'une logique professionnalisée de l'action. Elle se différencie de façon fondamentale d'autres formes d'action dans le cadre ou hors du cadre de la science. L'élément central de la pratique professionnalisée est constitué par le fait qu'elle est essentiellement une résolution suppléante des crises. Cet état de fait a des conséquences des plus importantes. La condition préalable est la

constatation apparemment banale citée précédemment: personne ne se rend par pur plaisir chez le médecin-dentiste. Nous ne sommes pas en mesure, dans un domaine extrêmement sensible de notre propre existence, de nous sortir des difficultés par nos propres moyens, de nous prendre par les cheveux pour nous sortir du bourbier. On se souvient peut-être comme d'une grande réussite du fait d'avoir pu arracher ses premières dents de lait. Mais dans le cas de la dent de sagesse, les choses deviennent déjà plus compliquées, pour ne parler ni de dents carieuses, de racines ou de ponts. En cas de nécessité, on s'adresse donc à un professionnel au bénéfice d'une bonne formation, capable de résoudre notre problème, en qualité de suppléant. Il nous aidera pour qu'à l'avenir nous soyons en mesure de contribuer à nous maintenir le mieux possible en santé. Il s'agira dans ce cas de la prévention, un domaine marginal de la résolution suppléante des crises – dans ce cas, on devrait parler en réalité d'une contribution professionnelle pour empêcher la survenue de crises futures.

Patient et non client

Si l'on se remémore les conditions qui prévalent à la démarche consistant à se rendre chez le médecin-dentiste, la différence entre patient et consommateur, significative du point de vue sociologique, est d'emblée évidente. Et, par analogie, également la différence entre un médecin-dentiste et un vendeur de matériel d'obturation, de ponts, d'appareils d'orthodontie ou de broches à dents électriques. Pour banale que la chose puisse sembler, cette différence ne va pas de soi dans le cadre des discussions de politique de la santé. Dans ce cadre, on parle sans réfléchir et en termes inflationnistes de «marché», de «client», de «fournisseur de prestations», d'«offre et demande», de «systèmes incitatifs», etc.

Sans confiance pas de volontariat

Retournons au cabinet dentaire: on se rend donc de son plein gré chez le médecin-dentiste, même s'il faut se faire un peu violence. Plus le poids de la douleur est grand, plus il nous est facile de franchir le pas. Contraints et forcés, la patiente ou le patient se mettent ainsi sous la dépendance provisoire du professionnel dans le but, finalement, de devenir plus indépendants – et de retourner chez eux avec des dents en bon état et de belle apparence. Cette démarche, qui consiste à se placer volontairement-involontairement dans cette dépendance provisoire, exige

une grande confiance, sous deux angles en particulier:

En ce qui concerne la qualité, la formation médico-technique postgraduée et continue. Cette conviction, plus ou moins grande, d'être en de bonnes mains, est créée socialement et doit être renouvelée en permanence, elle est donc, au sens large, institutionnalisée. Elle se fonde sur sa propre expérience ou celle d'autrui, sur la confiance dans le caractère sérieux de la formation universitaire. Et, ce n'est pas le moindre, sur le savoir plus ou moins diffus, en quelque sorte latent, qu'il existe une organisation professionnelle qui contrôle ces aspects de la formation postgraduée et continue et qui a également un œil dans le cabinet. Mais le fait de savoir que dans le cas précis du médecin-dentiste il s'agit d'un expert sérieux en matière de médecine dentaire, n'est qu'un des côtés de la professionnalité. La seconde base, tout aussi importante et significative du point de vue sociologique, de la confiance, qui va permettre de réaliser la résolution suppléante de la crise, est la conscience que le professionnel exerce son activité par principe dans un engagement constitutivement orienté en faveur du bien commun. Au contraire de l'engagement constitutivement tourné vers le profit de la commerçante ou du commerçant. Qu'est-ce que cela signifie concrètement? Le patient doit avoir la conviction



Plus le poids de la douleur est grand plus vite on se rend de son plein gré au cabinet dentaire.

que le médecin-dentiste fait au plus près de sa conscience ce qu'il considère indispensable pour résoudre le problème du patient de la façon la plus satisfaisante possible. Cela signifie par exemple qu'il faut éviter d'en faire trop peu sous prétexte que le médecin-dentiste pense qu'il aurait besoin de trop de temps ou d'efforts ou que cela ne lui serait pas assez profitable du point de vue financier. Mais cela signifie également qu'il ne fera rien d'inutile et qu'il n'implantera pas des objets coûteux, toutes choses qui lui sont souvent reprochées et qui effectivement se passent peut-être de temps en temps. L'éclosion de telles rumeurs atteste que l'engagement en faveur du bien commun, respectivement en faveur du bien du patient, n'est ni démodé ni un instrument inventé par les médecins et les médecins-dentistes pour légitimer leurs pratiques, ainsi qu'on le prétend parfois. Mais un examen critique de ces questions au niveau public et privé a une fonction importante, précisément parce que ce domaine sensible est pour chaque être humain d'importance fondamentale et parce que l'ensemble de la société se compose de patients potentiels et actuels qui entendent savoir s'ils sont dans de bonnes mains dans le cadre de la pratique professionnelle. Dans ce cas également, l'organisation professionnelle remplit un rôle important: les gens doivent savoir qu'elle est également là pour éviter, empêcher et en dernière extrémité pour punir les médecins-dentistes qui commettraient des infractions contre ce qui doit être l'engagement primaire, c'est-à-dire le bien du patient.

L'engagement en faveur du bien commun dans l'intérêt de tous

La prise de conscience par la société de cet engagement des médecins et des médecins-dentistes en faveur du bien commun est donc la condition pour que la résolution suppléante des crises puisse fonctionner dans le cadre d'un pacte. Cela ne signifie nullement qu'un médecin-dentiste ne doit pas gagner d'argent. Dans un certain sens on peut même affirmer: les honoraires doivent atteindre un niveau tel qu'il puisse en vivre confortablement. Le médecin-dentiste doit aussi pouvoir se permettre de proposer, si nécessaire, des prestations moins lucratives que d'autres. L'âpreté au gain ne doit en aucun cas être constitutive de son activité et c'est précisément la raison pour laquelle il doit pouvoir disposer d'un revenu convenable. Pour illustrer ceci je voudrais raconter une plaisanterie médicale que j'ai trouvée sur



La résolution suppléante des crises, l'élément central de la pratique professionnelle

Internet – les plaisanteries renvoient toujours à des explications ancrées au plus profond du corps social et mettent souvent le doigt sur le nœud d'un problème; elles ont une très grande signification du point de vue sociologique:

Question d'un patient: «Docteur, l'opération est-elle vraiment nécessaire? Je dois nourrir une femme et trois enfants.»

Réponse du médecin: «Mon cher, moi aussi.»

Le problème qui se pose n'est pas celui de savoir combien un médecin gagne, mais celui de la logique en fonction de laquelle il agit. Et ce qui pose problème, c'est la logique du système d'incitation qui prévaut de nos jours dans le cadre du débat au sujet de la politique de la santé. Quand une vedette de la chirurgie gagne des millions, on ne trouve pas la chose problématique. Elle ne le devient que lorsqu'elle éveille le soupçon de placer ses intérêts financiers avant le bien des patients. Ce qui compte par conséquent, c'est qu'elle n'entreprenne rien qui lui profite plus qu'à ses patients. Il en va par exemple de même, mais avec un signe négatif, pour un médecin ou un médecin-dentiste dans une région de montagne perdue: il ne doit pas gagner si peu qu'il soit contraint de faire une chose qui va lui rapporter plus qu'à son patient.

Ethique professionnelle intériorisée

Qu'est-ce qui finalement garantit que le médecin-dentiste, dans un cas précis, agit réellement dans l'intérêt du patient? Même le système de contrôle de la qualité le plus sophistiqué n'est évidemment pas en mesure de garantir une telle chose. Il

n'en demeure pas moins que l'élément le plus important continue d'être l'éthique professionnelle accoutumée, intériorisée qu'il a acquise dans le cours de sa socialisation et qui est renforcée par le contrôle des consoeurs et confrères et de l'organisation professionnelle qui, tous, ont intérêt à ce qu'il ne soit pas porté atteinte à la réputation de toute la corporation, de la profession. Ainsi donc, à long et moyen terme un intérêt personnel à la relativisation à court terme de ses propres intérêts.

Ce que j'ai dit jusqu'à maintenant au sujet de la pratique professionnalisée a été développé théoriquement et empiriquement en relation avec l'activité médicale. Considérant la nature de l'organisation et du financement de l'assurance maladie en Suisse, tout cela prend, pour les dentistes, une importance encore beaucoup plus grande: le fait d'être convaincu que le médecin-dentiste, dans son propre intérêt, n'a pas entortillé le patient pour lui imposer quelque chose acquière une dimension quasiment existentielle, non seulement du point de vue physique mais également financier: en effet, la caisse maladie ne paye pas la facture du médecin-dentiste. La notion que la consultation au cabinet n'est motivée que par le besoin d'être renseigné et parce qu'on souffre, en même temps qu'elle traduit une volonté de se prendre en charge se manifeste ici de la façon la plus significative. Par ailleurs, je trouve également un peu court de reprocher systématiquement aux personnes de n'être intéressées que par la «consommation» du plus grand nombre possible de prestations médicales parce que celles-ci sont payées en partie par la caisse maladie.

L'engagement en faveur de l'individu

Un autre élément est constitutif de la pratique professionnelle et présente une importance particulière dans le cas des médecins-dentistes: l'engagement en faveur de chaque cas individuel. A l'opposé on trouve la logique de la transmission du savoir scientifique, celle suivie par exemple par l'ingénieur, qui se limite à des connaissances d'expert au sens strict. Ces dernières doivent pouvoir être standardisées, mesurables et comparables, parce que, dans la construction d'un pont par exemple, les lois de la statiques fonctionnent partout de la même façon. Dans le cas de la pratique professionnalisée, on a également besoin des connaissances d'expert, mais elles doivent toujours, dans un cas précis, tenir compte de l'individu concerné. Le professionnel est confronté

à un être bien défini, qui se différencie des autres sous de nombreux d'aspects, qu'ils soient physiques, sociaux, psychiques, dans son environnement et sa personnalité. Pour la pratique de la médecine dentaire, ainsi qu'elle est ou qu'elle est jugée de l'extérieur, ces différences sont hautement significatives. Ainsi par exemple, un appareil dentaire n'est pas simplement un appareil dentaire. En fonction des conditions dans lesquelles vit un enfant qui doit ou devrait en porter un, qui n'en veut pas ou n'en a pas le droit, la signification de la correction dentaire n'est pas la même et elle doit s'adapter à ces conditions. Le traitement des gencives enflammées d'un jeune sans-abri ne sera probablement pas abordé de la même façon que celui destiné à un avocat ou au pensionnaire d'un établissement médico-social – même si, au sens strict, on se trouve en face de la même affection. Dans le cas de la médecine dentaire précisément, où les limites peuvent être floues entre ce qui est absolument indispensable du point de vue de la santé et ce qui relève des interventions de nature esthétique, il importe de prendre en considération l'être dans son environnement et de tenir compte de ses besoins. Ce n'est que dans ces conditions qu'il sera possible de décider ou de discuter de manière compétente de l'intervention qui sera sensée ou pas, compte tenu des circonstances.



Le médecin-dentiste ne peut mettre à l'épreuve son professionnalisme que dans le cadre de sa pratique quotidienne. Ses intérêts sont finalement identiques à ceux des patientes et des patients.



Réduit la manière d'agir professionnalisée

De l'importance de l'approche

Quand, en ma qualité de sociologue, je vous raconte des choses qui peuvent vous sembler des évidences, je ne le fais pas, en quelque sorte, pour vous apprendre quelque chose. Mais, d'un point de vue sociologique, je tiens à vous démontrer l'importance d'une approche en fonction d'un cas précis, respectivement d'un individu, afin de garantir le bon fonctionnement de la relation médecin-patient. Cette notion, à mon avis, est malheureusement trop peu considérée dans les débats de la politique de la santé. Il en résulte des perceptions déformées et cela peut conduire à une perturbation de la base de confiance indispensable à une relation médecin-patient productive.

Le danger de la déprofessionnalisation

Dès le moment que prévaut, dans la pratique médicale ou médico-dentaire, le mode ingénierial en place du mode professionnel, il s'agit tendanciellement, du point de vue sociologique, d'une expertisation et par conséquent une déprofessionnalisation. Une telle évolution peut se manifester par exemple dans la logique d'action de médecin-conseils des assurances chez qui on ne trouve pas au premier plan le patient avec ses souffrances et son caractère unique mais plutôt la possibilité de comparer avec d'autres cas et ainsi l'indispensable nécessité de standardisation.

Le message implicite de la publicité

Considérant que la prestation médico-dentaire n'est pas un produit qui peut être standardisé, mais une prestation qui met, dans le cadre du pacte de travail, au ser-



Le sourire, un produit

vice d'un être humain dans sa totalité et non de ses seules dents, les dernières acquisitions de la science, un problème surgit lorsque des médecins-dentistes font pour leurs prestations une publicité qui va au-delà d'une simple description. Sans le vouloir, ils font entendre implicitement que leurs patients potentiels ne sont finalement que des consommateurs. C'est en effet en cette qualité qu'on s'adresse à eux lorsque la publicité rend attentif à une prestation et qu'elle met en évidence qu'elle est de meilleure qualité ou moins chère qu'une prestation comparable. Dans le cadre de la résolution suppléante des crises toutefois, ce ne sont pas la nature du diagnostic et du traitement qui se situent au premier plan. En fonction même de sa structure, la publicité vise par principe toujours à faire en sorte que celui ou celle à qui elle s'adresse va acheter une plus grande quantité de quelque chose de précis, plus que ce qu'il ou elle en aurait voulu en réalité. On met ainsi en doute la conviction que le médecin-dentiste s'engage prioritairement pour le bien du patient et on ignore le futur pacte de travail entre le médecin-dentiste et le patient. Les patients potentiels ont tacitement l'impression qu'on leur a imposé quelque chose – alors même que dans les faits ce n'est pas le cas. Ce n'est donc pas la main invisible du marché, si souvent mentionnée, qui régit la relation entre le médecin-dentiste et le patient, mais d'autres lois implicites prévalant dans les relations sociales.

J'en arrive à ma conclusion: dans la mesure où une association telle que la SSO intervient notamment pour que les médecin-

dentistes agissent en toute circonstance de façon professionnelle et aient d'autres priorités que celle consistant à faire de la publicité pour leur cabinet, on peut considérer qu'il s'agit de la meilleure publicité en faveur de l'ensemble de la profession. Pour prouver leur professionnalisme, ils ne peuvent que se soumettre à la critique de leurs patientes et de leurs patients dans le cadre de leur activité quotidienne. Leurs intérêts se confondent finalement avec ceux de leurs patientes et patients.

Par exemple. Il serait préférable qu'on puisse lire sur la petite carte rappelant le prochain rendez-vous «SSO» plutôt

qu'«Elmex», on éviterait ainsi que le patient s'imagine que le médecin-dentiste lui a prescrit Elmex parce qu'il en tire un certain bénéfice et non pas parce que Elmex est effectivement la meilleure pâte dentifrice pour son problème individuel. Il va de soi que la profession ne court pas à la ruine dans de telles circonstances. Mais c'est néanmoins le début d'une tendance qui, si l'on veut maintenir la confiance fondamentale entre médecin-dentiste et patient, doit être étudiée de façon critique et une situation où des solutions alternatives devraient, le cas échéant, être envisagées. ■

CONGRÈS / JOURNÉES SCIENTIFIQUES



Retour en arrière sur le 15^e Congrès annuel de l'EAO du 5 au 7 octobre 2006 à Zurich

Danse sur la corde raide entre science et commerce

Thomas Vauthier, Rheinfelden (texte et photos)

C'était un congrès XL, pour ne pas dire XXL, si l'on tient compte du fait qu'il a eu lieu en Suisse. XL par le nombre de participants, XL par la richesse et la diversité du programme scientifique et XL par la présence massive de l'industrie. L'implantologie, c'est du «big business», avec des taux de croissance les plus impressionnants. Peu étonnant donc qu'une manifestation de l'envergure d'un congrès de l'EAO (Association européenne d'ostéointégration) soit aussi attrayante pour les représentants du commerce dentaire que la lumière sur les lépidoptères pendant une nuit d'été. Pour les organisateurs de grands congrès, la démarcation sans équivoque entre «science» et «commerce» tient de plus en plus d'une danse sur la corde raide. Force est de constater que le Professeur Christoph Hämmerle, président du comité d'organisation du 15^e Congrès annuel de l'EAO du 5 au 7 octobre 2006 à Zurich et son équipe se sont acquittés de manière exemplaire de cet exercice fort délicat.

Les participants ont d'ailleurs pu prendre une première mesure de la présence ostentatoire de l'industrie dès leur arrivée aux alentours du Kongresshaus: toutes les places de parc à proximité étaient réservées pour une véritable armada de limousines «officielles» portant les logos de différentes sociétés actives dans le domaine des implants. De même, les foyers et les couloirs, pourtant spacieux et répartis sur trois étages, étaient pleins à craquer de stands, au point que la moindre perturbation du flux des visiteurs provoquait des bouchons comparables à la circulation routière aux heures de pointe.

Après le Congrès de l'EAO 1997 à Berne, la réunion annuelle 2006 de l'Association européenne d'ostéo-intégration avait lieu pour la deuxième fois en Suisse. Le prestige international qu'a acquis cette association professionnelle relativement jeune (elle a été fondée en 1991) au cours des

dernières années et l'attrait de ses programmes scientifiques se reflètent, entre autres, par le fait qu'il n'y avait aucune chambre d'hôtel libre à Zurich et aux environs pendant toute la durée du Congrès EAO 2006. Pas de véritable surprise, si l'on tient compte du fait qu'environ 2300 participants, provenant de 61 pays, avaient fait le déplacement de Zurich. Sans compter les membres de famille, les délégués de l'EAO ou des associations apparentées, les conférenciers et le personnel de l'industrie et autres exposants. On était d'ailleurs frappé par le nombre de visiteurs étrangers, l'Asie venant en tête avec 136 Coréens et 91 Japonais, suivis par les pays de l'Europe de l'Est.

Sous ces auspices, le congrès était aussi du «big business» du point de vue touristique, et on peut supposer qu'à l'image des hôteliers, les cafetiers et restaurateurs, de même que les gérants des boutiques



Le Dr Franck Renouard, Paris, président sortant de l'EAO

dans le quartier de la fameuse Bahnhofstrasse ait été ravis de cette manne tombée du ciel en ce début d'automne habituellement plus morose, commercialement parlant.

Programme chargé

Événement XL donc, également sur le plan du programme scientifique, dont la liste des intervenants invités, 36 pour les conférences «officielles» et 34 pour les forums ou séminaires sponsorisés, se lisait comme un véritable gotha de l'implantologie actuelle. Les sessions plénières dans l'auditoire principal étaient, bien entendu, consacrées aux «grands» thèmes relatifs aux implants et à l'ostéo-intégration, dont la planification thérapeutique, la gestion optimale des tissus, les aspects biomécaniques et prothétiques, parmi d'autres. Un programme parallèle était réservé à la présentation d'innovations prometteuses et de certaines techniques émergentes, comme la navigation chirurgicale guidée par ordinateur ou la stimulation de la régénération osseuse par des facteurs de croissance, génie génétique ou ingénierie tissulaire.

Par souci de respecter les désirs, légitimes, des cinq «gold sponsors» du congrès, et en dépit de la densité du programme principal, à vocation strictement scientifique, les organisateurs avaient réussi à y



Accueil aussi charmant que compétent au secrétariat du congrès

intégrer des plages explicitement réservées aux présentations reflétant les intérêts de l'industrie. Les participants avaient ainsi le choix parmi pas moins de dix forums proposés par les sociétés Astra Tech, Dentsply Friadent, 3i, Nobel Biocare et Straumann, dont cinq étaient regroupés jeudi matin avant l'ouverture du congrès proprement dit et cinq autres vendredi et samedi pendant les pauses du déjeuner. Dans le résumé ci-après, votre humble rapporteur a essayé de faire ressortir de façon synoptique, en les regroupant sous forme de «tendances», certains éléments sélectionnés parmi la kyrielle d'informations présentées pendant les trois jours de ce congrès.

Première tendance

Les implants ne sont de loin pas la panacée qui permet de résoudre tous les problèmes.

Après l'euphorie qui avait régné pendant des années («remplaçons toutes les dents douteuses par des vis en titane!»), on observe actuellement un contre-courant à l'optimisme exorbitant. Dans la première session plénière du congrès EAO 2006, plusieurs experts de renom, comme Niklaus P. Lang, Rino Burkhardt et Bjarni Pjetursson, tous Université de Berne, Peter Moy, UCLA, Etats-Unis, et Alberto Fonzar, praticien privé, Italie, ont sérieusement remis en question certains paradigmes, finalement pas si inébranlables que ça à la lumière des données mieux validées par bon nombre d'études récentes.

Il en ressort que le pronostic au long cours (10 ans) des implants n'est pas supérieur à celui des dents naturelles. Le taux de survie des reconstructions implantoprotées est nettement inférieur à celui de la prothèse conventionnelle. Les complica-

«Contrôle dentaire» 2007

Comme par le passé, en 2007 aussi, vous pourrez aussi faire plaisir à vos jeunes patients en leur offrant l'autocollant «contrôle dentaire». Cet autocollant ressemble de près, par sa forme et sa couleur, à la vignette autoroutière, ce qui réjouit particulièrement les enfants.

Comme chacun le sait, il s'agit de renforcer, au sein de la population, la prise de conscience de la nécessité d'un contrôle annuel au moins chez le médecin-dentiste.

Vous recevrez l'autocollant au prix de 10 centimes par pièce* (plus frais d'envoi), en passant votre commande à la:

Centrale romande de documentation SSO
Case postale 181, 1018 Lausanne 18
Fax 021/351 90 51

* Commande minimale de 50 pièces.



Interview en marge du 15^e Congrès annuel de l'EAO du 5 au 7 octobre 2006 à Zurich

Impressions nuancées du Professeur Christoph Hämmerle

Thomas Vauthier, Rheinfelden (texte et photos)



Cérémonie d'ouverture du 15^e Congrès annuel de l'EAO: les Professeurs Christoph Hämmerle, président du comité d'organisation, Hans Weder, recteur de l'Université de Zurich, et Friedrich Neukam, le (futur) nouveau président de l'EAO (de gauche à droite)

Professeur Hämmerle, en tant que président du comité d'organisation, on vous imagine satisfait du succès qu'a connu le Congrès EAO 2006.

Oui. Les nombreux échos positifs sont une récompense bienvenue de l'effort collectif nécessaire pour mener à bien un congrès de cette envergure. Les travaux de préparation ont duré deux ans. Après quelques réunions au départ, presque toute l'organisation a eu lieu par téléphone ou fax et surtout par e-mail. De même, nos deux partenaires, les sociétés Colloquium à Paris, responsable du secrétariat et AGS à Bruxelles pour l'administration, ont accompli un travail fantastique.

Comme de coutume, l'assemblée générale de l'EAO a également été l'occasion de procéder à différentes élections.

Oui. Le président de l'EAO est élu pour un mandat non renouvelable de deux ans. Après Franck Renouard, Paris, président sortant, les délégués ont élu le Prof. Friedrich Neukam, Université de Nuremberg, à la tête de notre association. Et, en tant

Le Professeur Christoph Hämmerle est Directeur de la Clinique de prothèse conjointe et partielle et de matériaux dentaires du Centre de médecine dentaire de l'Université de Zurich. Sans s'accorder de pause, il s'est envolé directement après le Congrès de l'EAO pour un séjour sabbatique en Australie.

que «president elect», j'aurai l'honneur d'assumer le mandat de président de l'EAO d'ici deux ans.

La présence massive, pour ne pas dire ostentatoire, de l'industrie lors de ce congrès ne pouvait pas passer inaperçue. Peu étonnant donc que bon nombre de participants aient manifesté leur mécontentement, si ce n'est des critiques ouvertes.

C'est en effet un problème délicat. A mon avis, on ne peut pas se soustraire sans autre aux intérêts légitimes des sociétés actives dans le commerce dentaire. De leur point de vue, notre réunion internationale était sans doute une occasion exceptionnelle de présenter leurs produits et leurs nouveautés. Mais on ne fait pas d'omelette sans casser des œufs. Organiser une manifestation de cette taille est simplement impossible sans le soutien de sponsors. Nous avons cependant réussi à confiner l'essentiel de l'effervescence commerciale aux espaces réservés à cet effet. Et je tiens à préciser que nous avons veillé dès le départ à une séparation claire et nette entre les aspects «science» et «commerce». Ce «gentlemens agreement» a d'ailleurs été respecté de façon exemplaire, à quelques exceptions près. Nous n'avons en particulier ressenti aucune pression de la part de nos partenaires commerciaux, ni au niveau du programme scientifique, ni du libre choix des conférenciers.

Quels étaient pour vous les principaux enseignements du Congrès EAO de cette année?

Je constate avec satisfaction que la réputation de l'EAO ne cesse d'augmenter. L'attrait de notre association se reflète également dans le nombre record d'abstracts et de posters (338 cette année) qui ont été soumis pour la «Research Competition». Le meilleur résumé, sélectionné selon des critères extrêmement stricts, est récompensé par le «EAO Research Prize». Il s'agit d'une plate-forme exceptionnelle qui permet à de jeunes chercheurs de présenter leurs travaux non seulement à un jury d'experts de renom, mais également à un public international très «select».

A la lumière des présentations scientifiques de ce congrès, où situez-vous les innovations les plus intéressantes et les tendances les plus prometteuses dans le domaine de l'implantologie?

L'amélioration des connaissances relatives à la biologie et surtout la biomécanique ont contribué à l'optimisation des surfaces implantaire et du design macroscopique des différents composants. Ces progrès nous ont dès lors ouvert des possibilités thérapeutiques insoupçonnées il y a quelques années encore. Notamment celle de réduire le nombre de piliers implantaires ou de poser des implants plus courts sans devoir craindre des conséquences négatives, ni sur le plan de la qualité, ni de la pérennité de nos reconstructions. En outre, ce changement de paradigme contribue à réduire sensiblement les frais et la morbidité du traitement pour le patient.

J'étais également impressionné par les possibilités des systèmes de planification et de navigation assistées par ordinateur. Aussi prometteuses qu'elles puissent paraître, il faut bien admettre que ces nouvelles technologies n'en sont qu'à leurs débuts. Il faudra sans doute encore pas mal de recherches et d'essais cliniques avant que l'on puisse se prononcer sur leur valeur réelle pour le chirurgien ou l'implantologue. A voir l'intensité des recherches dans ce domaine, nous en saurons peut-être davantage d'ici peu de temps déjà. Pourquoi pas lors du 16^e Congrès de l'EAO qui aura lieu entre le 25 et 27 octobre 2007 à Barcelone. Je me permets d'y convier d'ores et déjà tous les concœurs et confrères qui s'intéressent directement ou indirectement au domaine de l'implantologie.

Professeur Hämmerle, nous vous remercions de cet entretien et vous souhaitons bon vent pour vos futurs projets.



Le Prof. Christoph Hämmerle, Zurich, président du comité d'organisation du Congrès EAO 2006 (à gauche), et «president elect» de l'EAO, en compagnie du Dr Paul Fugazotto, Etats-Unis

tions techniques sont trois fois plus fréquentes pour les prothèses fixes ancrées sur des implants. Les complications biologiques sont également fréquentes (0,5 à 3,0% par an). Les implants nécessitent des soins de maintenance poussés. Dans certaines situations, le concept des arcades dentaires raccourcies peut être une option thérapeutique.

Les progrès de la (micro-)chirurgie parodontale et les succès indiscutables des

techniques de régénération tissulaire ont contribué à consolider encore davantage l'importance des traitements visant à préserver un nombre maximum de dents naturelles. On voit même se profiler un mouvement de «back to the roots», d'un retour (au propre et au figuré) aux racines.

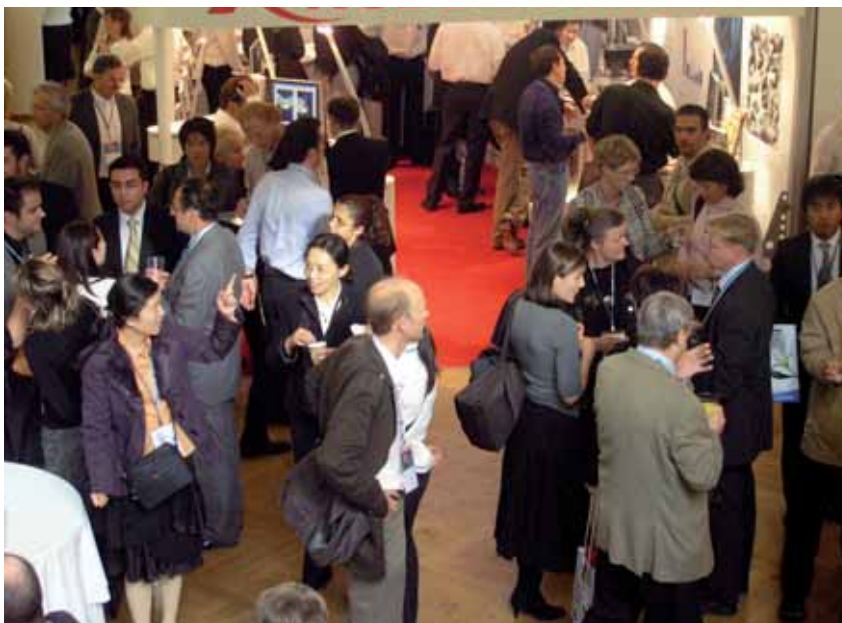
Deuxième tendance

L'intégration durable des implants et le maintien à long terme de la santé des tissus mous péri-implantaires sont les clés du succès en implantologie.

La meilleure compréhension des processus biologiques impliqués a motivé la recherche de nouveaux designs, tant macroscopiques que microscopiques, des composants transmuqueux. Dans la deuxième session plénière, Eric Rompen, Université de Liège, Belgique, Dietmar Weng, Starnberg, Allemagne, et Thomas Oates, Université du Texas, San Antonio, Etats-Unis, ont présenté l'état actuel des connaissances en la matière, de même que les conséquences cliniques qui s'en dégagent.

Un nombre croissant de publications étayent la possibilité d'une simplification supplémentaire (par rapport à celle qui est déjà amorcée) des protocoles thérapeutiques, y compris un raccourcissement du temps de traitement, tout en garantissant les mêmes taux de succès.

Alors que la supériorité des surfaces rugueuses sur le plan de l'ostéo-intégration n'est plus guère contestée, les données disponibles à ce jour n'en ont démontré aucun avantage au niveau des tissus mous.



Pendant les pauses, le public international envahissait les stands de l'industrie dentaire.

De même, l'influence, supposée favorable, de nouveaux concepts comme le «platform switching» sur la stabilité des tissus péri-implantaires est en attente de résultats plus probants.

Troisième tendance

Il n'est pas possible de passer outre les principes fondamentaux de la nature.

Les experts réunis dans la troisième session plénière, Jörg Strub, Université de Fribourg-en-Brisgau, Paolo Trisi, Pescara, Robert Haas, Vienne, et Christopher Evans, Melbourne, étaient unanimes à mettre en garde contre les risques des méthodes (pourtant tentantes de prime abord) visant à comprimer le plus possible le temps de traitement. La pose d'implants sans ouverture d'un volet («flapless surgery»), l'implantation immédiate après des extractions et, à plus forte raison, la mise en charge immédiate ne sauraient être considérées comme faisant partie des méthodes de routine. Les indications et la planification thérapeutiques, les techniques chirurgicales et le choix des structures nécessitent non seulement de solides connaissances de la littérature, mais également une grande expérience du praticien. De plus, la grande disparité des données issues des différentes études publiées rendent impossible une évaluation correcte et la comparaison directe des méthodes.

Quatrième tendance

Le dogme stipulant de poser à tout prix des implants les plus longs possibles n'a plus cours.

L'avantage évident des implants courts est l'absence de l'indication de procéder obligatoirement à des augmentations tissulaires. Contrairement aux craintes initiales, tant la résistance mécanique que le comportement biomécanique sont excellents. David Nisand, Paris, Helmut Steveling, Université de Heidelberg, Allemagne, Paul Fugazotto, Milton, Massachusetts, Etats-Unis, Franck Renouard, Paris, et Lars Sennerby, Göteborg, Suède, les conférenciers de la quatrième session plénière, ont passé au crible la littérature actuelle pour arriver à la conclusion que les implants courts sont dès lors une option thérapeutique fiable qui permet d'assurer des résultats clinique prévisibles, tout en évitant les inconvénients incontestés (augmentation obligatoire, morbidité, coûts, durée du traitement) des implants longs.

La question du nombre idéal d'implants reste d'actualité, même si l'on constate à ce propos une nette tendance à la baisse. Ce qui est tout bénéfique, car d'avis d'un



Après chaque session plénière, les intervenants étaient réunis sur le podium pour une discussion finale.

spécialiste, «plus vous mettez d'implants, et plus vous risquez des ennuis».

Cinquième tendance

Les systèmes de navigation chirurgicale assistée par ordinateur sont en train de faire une entrée notable dans le domaine de l'implantologie.

Même si la technologie n'en est qu'à ses débuts et se trouve encore en grande partie au stade expérimental, il n'est pas exclu qu'elle finisse par révolutionner, d'ici quelques années déjà, bon nombre de techniques actuelles. Force est de constater que les progrès accomplis à ce propos sont époustouffants.

Les logiciels présentés dans le cadre du programme en parallèle de congrès EAO 2006 sont capables de transformer les données enregistrées par les techniques modernes d'imagerie (également de plus en plus sophistiquées) en représentations graphiques tridimensionnelles d'une qualité exceptionnelle. De même, les possibilités de traitement des images et de visualisation dynamique semblent sortir tout droit de la science-fiction. Des outils graphiques conçus spécifiquement en fonction des besoins en la matière assurent la planification virtuelle de toutes les étapes chirurgicales jusque dans les moindres détails, de même que la conception, directement à l'écran, des futures suprastructures qui dicteront à leur tour le positionnement optimal et les axes des implants. Le transfert en bouche de ceux-ci lors de la pose des implants nécessite le recours à des gabarits de forage qui devront être fixés et maintenus en position stable sur les structures anatomiques naturelles pendant toute la durée de l'intervention. Un véritable jeu d'enfant, à en croire les concepteurs, grâce à des outils de plani-

fication et de conception prévus à cet effet.

Les avantages théoriques des systèmes de navigation chirurgicale assistée par ordinateur sont évidents: moins de stress pour l'opérateur, davantage de précision, d'où réduction des risques chirurgicaux ou d'erreurs, gain de temps, etc. En dépit de ces arguments, fort convaincants de prime abord, il sera indispensable de les soumettre à une évaluation critique de leur bénéfice réel sur le plan clinique. Pour le moment, l'investissement nécessaire pour l'utilisation correcte et le prix élevé (pour ne pas dire exorbitant) sont deux écueils majeurs qui s'opposent à un suc-

cès immédiat de ces systèmes. Nonobstant l'enthousiasme dont faisaient preuve non seulement les concepteurs venus présenter leurs logiciels, mais également certains participants, seul l'avenir permettra de juger s'il s'agit d'un simple gadget (bien que séduisant) ou d'une technologie légitimée, par des avantages cliniques, à véritablement enrichir l'arsenal thérapeutique en implantologie.

Conclusion

Beau succès sur tous les plans pour le Congrès EAO 2006: du cadre accueillant et l'organisation sans failles, à la participation record, en passant par le programme stimulant, avec des présentations remarquables, jusqu'aux technologies émergentes. Que dire de plus? Si ce n'est que le 16^e Congrès de l'EAO aura lieu du 25 au 27 octobre 2007 à Barcelone. ¡Hasta la vista! ■



CPG «Praticien généraliste SSO – première brève pour la RMSO

Nouveau certificat postgrade en médecine dentaire générale SSO

A partir de 2007, la SSO offrira une reconnaissance formelle de la formation postgrade structurée pour le praticien généraliste menant au certificat de médecine dentaire générale SSO. C'est la reconnaissance officielle d'une formation postgrade compétente en médecine dentaire générale, similaire à la reconnaissance du spécialiste FMH en médecine générale.

Le certificat est exclusivement réservé aux membres SSO. La condition requise pour sa première obtention est une phase de formation postgrade très vaste d'au moins trois ans. Le certificat postgrade en médecine dentaire générale SSO est accordé pour une période de 7 ans à chaque fois, à l'issue de laquelle il doit systématiquement être redemandé (recertification).

Les praticiennes et praticiens dentaires affiliés à la SSO pourront, dès lors qu'ils remplissent les conditions requises en termes de formation postgrade et continue, présenter leur demande de certificat de formation postgrade à partir de mai 2007. Une commission spécialisée nommée par le comité directeur et qui entrera en fonction au printemps 2007 sera chargée d'examiner les documents remis.

Les exigences et renseignements détaillés suivront dans l'édition de mars de la RMSO.

Felix Adank, Service de presse et d'information de la SSO

REVUE



Implants: refus

**Walton J N & MacEntee M I:
Choosing or refusing oral implants:
A prospective study of edentulous
volunteers for a clinical trial**

Int J Prothodont 18: 483-488, 2005

Le coût des prothèses totales implantoportées peut être un facteur de renoncement au traitement de la part d'un patient. En diminuer le montant pourrait motiver davantage de candidats à recourir à ce type de traitement. Mais cette étude montre que les facteurs décisionnels de choix sont plus complexes.

Des implants furent offerts gratuitement à des patients pour stabiliser leur prothèse totale mandibulaire. Les réponses et le choix des patients furent examinés. Les 101 volontaires comprenaient 61 femmes et 40 hommes dont l'âge moyen se

situait à 70,2 ans (42-89 ans). Chacun dut remplir quatre questionnaires donnant des informations sur leur situation socio-économique, leurs expériences dentaires antérieures négatives, leur satisfaction par rapport à leur prothèse adjointe conventionnelle actuelle, leur intérêt à porter des implants et pourquoi.

Dans un premier temps, 79% des volontaires acceptèrent la pose gratuite d'implants et 29% refusèrent. Plus tard, 17 personnes qui avaient d'abord accepté renoncèrent et 2 qui avaient d'abord refusé changèrent d'avis.

Finalement, 64% souhaitèrent porter des implants contre 36% qui renoncèrent. Le motif d'acceptation était lié avant tout à l'anticipation d'améliorer la stabilité et la sécurité prothétiques. Sui-vaient les problèmes liés à l'élocution, au sentiment d'être débarrassé du caractère embarrassant de la prothèse et

au fait de connaître des personnes satisfaites.

La principale raison de refus était associée aux risques chirurgicaux. Suivaient la non-nécessité de porter des implants, l'absence actuelle de complications justifiant la pose d'implants, le problème de s'habituer aux implants et enfin le manque de temps pour suivre le traitement.

Supprimer le coût de l'intervention et des modifications associées devait laisser un refus s'élevant à 36%. Les facteurs déterminants dans l'acceptation de l'offre comprenaient des difficultés de mastication, d'élocution, des problèmes de douleurs et d'apparence.

Le coût de la pose d'implants est le facteur principal généralement évoqué dans l'acceptation ou le refus du traitement. Comme toujours, ce n'est pas un seul critère qui motive une décision. Éliminer le problème économique de l'équation révèle d'autres enjeux. L'entretien avec le patient est donc déterminant.

Michel Perrier, Lausanne

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed
Innerhalb der Zeitschrift: SMFZ

Pour les indications dans les bibliographies: Rev Mens Suisse Odontostomatol
Dans la revue: RMSO

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

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

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

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Jürg Meyer, Institut für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie,
Universitätskliniken für Zahnmedizin, Hebelstr. 3, CH-4056 Basel

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genève; Prof. Dr. Peter Hotz, Bern; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Zürich

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»
Anna-Christina Zysset, Bern

Deutschsprachige Redaktoren:

Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern; Dr. Felix Meier, Zürich; Thomas Vauthier, Rheinfelden

Responsables du groupe rédactionnel romand:

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

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

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

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

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

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

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

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Präsident / Président: Dr. med. dent. Ulrich Rohrbach, Niederscherli
Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 7
Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förllibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 04, Telefax 043 444 51 01
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Insertionstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

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

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

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.
L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

Gesamtherstellung / Production

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

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli Publikationen AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 63 44

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 284.80*
Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants	Fr. 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 33.75*
* inkl. 2,4% MWSt / 2,4% TVA incluse	
Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 298.-
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 33.-
	+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

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

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.
Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.

Auflage / Tirage: 5250 Exemplare; WEMF-beglaubigte Auflage 2005: 4934 Exemplare
ISSN 0256-2855