

La caisse unique, une expérience pleine de risques

Marco Tackenberg

Rationnement et coûts en augmentation menacent les classes moyennes en cas d'adoption de l'«Initiative populaire pour une caisse unique et sociale». La Société Suisse d'Odontostomatologie (SSO) se prononce clairement contre la caisse unique.

L'initiative populaire, sur laquelle nous allons nous prononcer le 11 mars, prévoit un changement radical du système de l'assurance de base. Dans le domaine de l'assurance obligatoire, il n'y aurait à l'avenir que la caisse unique. Les 87 caisses maladie actuelles ne pourraient proposer que des assurances complémentaires. Les promoteurs de l'initiative espèrent ainsi réaliser avant tout des économies au niveau des frais administratifs et de la publicité. La caisse unique ayant un moindre besoin de réserves et de provisions, comme osent se l'imaginer de façon risquée les initiants, il devrait être possible de réduire les primes. Du point de vue des fournisseurs de prestations, l'argument des initiants, selon lequel une caisse unique, du fait de son efficacité concentrée, serait en mesure d'imposer des prix plus bas, suscite de l'intérêt.

Pression tarifaire sur les fournisseurs de prestations

Il faut effectivement prendre en compte l'argument qui vient d'être évoqué: une telle assurance monopolistique, qui prévoit notamment la présence de représentants des autorités dans son conseil d'administration, serait très sensible aux pressions politiques. Une caisse unique, elle aussi, ne serait pas en mesure de résoudre le problème de l'augmentation ininterrompue des coûts dans le domaine de la santé, puisque ces derniers sont essentiellement la conséquence de facteurs tels que l'évolution démographique et le progrès médical. Pour éviter l'augmentation des prix, il n'y aurait que deux expédients. D'une part, en faisant intervenir le rationnement dans la médecine: la privation de traitements médicaux raisonnables. Et si l'on voulait éviter d'en aller jusque-là, il n'y aurait finalement plus que la solution d'exercer une pression tarifaire massive sur les fournisseurs de prestations. Une telle politique rappelle un «scénario à l'allemande» – nous adressant ici à des médecins-dentistes, il n'est pas nécessaire de décrire plus en détail en quoi elle consiste...

Une leçon à la «bande des caisses»?

Il faut dire clairement que la pratique actuelle de certaines caisses, qui consiste à

exclure les personnes âgées ou les malades chroniques et à se battre entre elles pour acquérir les «bons risques», a quelque chose de choquant.

C'est la cause d'une grande colère, non seulement dans la population mais également dans les rangs des fournisseurs de prestations et de certaines caisses maladies qui ne se commettent pas dans de telles pratiques. En améliorant la compensation des risques, la concurrence pourra intervenir à l'avenir au niveau des primes, par l'offre de modèles d'assurances attractifs et par l'intermédiaire de la gestion des coûts. Une caisse unique conduirait, elle, à la suppression de cette – saine – concurrence.

Il ne faut pas s'étonner que l'initiative ait suscité la sympathie auprès d'une partie des fournisseurs de prestations. Parmi nos membres également, les plaintes s'accroissent contre la bureaucratie et la mise sous tutelle par les caisses maladies. Les traitements obligatoirement pris en charge ne sont remboursés qu'avec beaucoup de retard et en exigeant une paperasse inutile. La tentation est donc grande de donner aujourd'hui une leçon à ces caisses mal aimées. Mais la colère peut-elle

constituer la base d'une politique intelligente? Celui qui étudie calmement le texte de l'initiative peut en tirer les conclusions qui suivent.

- La création d'une caisse unique correspond à l'instauration d'un monopole. Une telle caisse unique se verrait effectivement attribuer la fonction d'un service de planification centralisé. Ce serait un pas décisif en direction de l'étatisation de l'assurance maladie obligatoire. Pour les patients, il y aurait des menaces de carences au niveau des soins, de longues attentes et d'une admission retardée des traitements nouveaux.
- La formation des prix dans le domaine de la santé ne dépendrait plus de la concurrence, elle serait dictée par un acheteur unique de prestations. Il en résulterait un danger de rationnement dans le domaine de la santé pour des raisons de politique budgétaire.
- Il existerait un danger de gros risques. Dans le cas de mauvaise gestion d'une caisse unique, un éventuel assainissement devrait intervenir par l'intermédiaire de moyens provenant des impôts.

Une politique responsable ne doit pas être conduite sous l'emprise d'une rancœur (justifiée) à l'égard de la «bande des caisses» (citation de Peter Bodenmann), mais pour le bien d'un système de santé efficace. On peut constater dans les pays qui connaissent la caisse unique qu'il y a des carences au niveau des soins, que les attentes sont longues et que les nouveaux traitements ne sont admis qu'avec retard.



La caisse unique représente pour les patients des carences au niveau des soins, de longues attentes et l'autorisation retardée de nouveaux traitements. Pour les fournisseurs de prestations elle constitue une menace de pression massive sur les prix – un scénario à l'allemande!

Un modèle de calcul manquant de transparence

L'initiative aurait sans conteste également des effets positifs: elle éliminerait tout simplement la recherche effrénée des bons risques dans l'assurance de base. Les dépenses des caisses pour leur publicité tomberaient pour l'essentiel. De plus, elle simplifierait les négociations tarifaires, ainsi que le système des réductions de primes, très compliqué à l'heure actuelle. On peut douter que le financement des primes par l'impôt, tel qu'il est voulu par les initiants, soulagerait effectivement ceux qui ont des revenus bas ou moyens. Dans un premier temps, les initiants avaient proposé la suppression des primes par tête (en même temps que les réductions de primes propres à ce système). Ils voulaient fixer les primes en fonction du revenu fiscal déterminant et la fortune, mais refusaient de présenter ouvertement leurs modèles de calcul. Au début du mois janvier, on a subitement affirmé que les primes par tête étaient maintenues et que

le système des réductions de primes devait être considérablement amélioré. Seuls les «dix pour cent des plus riches» des assurés devraient passer à la caisse. Qu'en est-il effectivement? Ces changements de direction ne favorisent pas la formation de l'opinion sur une base fondée.

La qualité paye

La SSO a pris position très tôt au sujet de la caisse unique. Lors de la conférence des présidents de novembre 2006, cette position a été clairement confirmée. Du point de vue des fournisseurs de prestations – en d'autres lieux nous les avons consciemment désignés sous le terme d'avocats des patients – c'est la question de la qualité médicale qui doit constamment être mise en avant. En Suisse, c'est un bon système de santé en faveur de la population qui doit être l'objectif premier d'une politique responsable. Les expériences faites avec des caisses uniques – telles que les expériences de la Grande-Bretagne et du Canada – démontrent qu'il s'agit de la mauvaise solution. ■

ce dilemme, Markus Hürzeler a lancé la question: «Si c'était ma bouche, quel serait le traitement que je souhaiterais recevoir?» Et de répondre sans ambages: «Je ne pense pas que vous seriez heureux qu'on vous plante quatorze vis en titane dans chaque maxillaire». A la croisée des chemins entre un traitement plutôt conservateur ou au contraire plus radical, il est fondamental d'expliquer au patient, à plus forte raison encore qu'en médecine dentaire en général, les différentes options thérapeutiques et leurs avantages et inconvénients respectifs. Il faut surtout éviter de susciter de faux espoirs.



Le Prof. Markus Hürzeler: «Ne pas se ruer d'emblée sur les implants!»

En se fondant sur une analyse aussi objective que possible des résultats issus des différents examens initiaux, il est possible de formuler un pronostic pour chaque dent individuelle. La représentation en couleurs selon le «Schéma des feux de signalisation» (vert = pronostic sûr; jaune = pronostic douteux; rouge = sans espoir) est un moyen idéal pour faire comprendre au patient ce qui est faisable et ce qui ne l'est pas. Paradoxalement, il paraît que par rapport aux formes chroniques, les maladies parodontales plutôt agressives ont un meilleur potentiel de mener à des résultats favorables après des mesures de régénération tissulaire.

Il n'y a pas de recette à tout faire

Compte tenu des impondérables du remplacement de plusieurs dents par des implants dans les régions antérieures, la conservation des structures naturelles est toujours au premier plan, du fait qu'elle permet, en principe, d'obtenir des résultats nettement plus prévisibles sur le plan esthétique. En cas de doute, il peut être préférable de proposer au patient une prothèse amovible ou hybride. «Du mo-

CONGRÈS / JOURNÉES SCIENTIFIQUES



Compte rendu de la Journée de formation complémentaire «Techniques actuelles de chirurgie parodontale régénératrice» avec Markus Hürzeler, le 27 octobre 2006 à Lucerne

La chirurgie parodontale a encore plein de cordes à son arc

Thomas Vauthier, Rheinfelden (texte et photos)

En dépit des résultats de plus en plus probants en implantologie, notamment grâce au perfectionnement des matériaux et techniques, ainsi qu'à l'approfondissement des connaissances biologiques et biomécaniques, nous assistons actuellement à une remise en question de l'engouement pour les implants tous azimuts. L'analyse critique des récentes méta-analyses sur le comportement au long cours des restaurations implantoportées est à l'origine d'une attitude plus nuancée. Sans retomber dans les extrêmes de l'époque où, à défaut d'alternatives, la lutte inconditionnelle pour des piliers à support parodontal réduit faisait prendre pas mal de risques et impliquait parfois de véritables acrobaties, bon nombre de cliniciens commencent à favoriser de nouveau des stratégies thérapeutiques plus conservatrices. Les progrès de la (micro-)chirurgie parodontale et les succès indiscutables des techniques de régénération tissulaire ont également contribué à l'intérêt accru pour les traitements visant à préserver un maximum de dents naturelles.

Le Prof. Markus Hürzeler, installé en cabinet de groupe à Munich avec trois autres spécialistes, est l'auteur de nombreuses publications et un conférencier très demandé sur le parquet international. Il est l'un des experts les plus connus de cette interface entre la parodontologie et l'implantologie. Lors d'un cours de perfectionnement organisé par notre confrère Thomas Zumstein au KKL (Centre de culture et de congrès)

à Lucerne le 27 octobre 2006, le spécialiste munichois a présenté sa vision du rôle de la «Chirurgie parodontale régénératrice moderne» à la lumière de «l'implantologie dans les régions antérieures».

Le dilemme de la zone esthétique

Préserver ou extraire et remplacer par des implants, telle est la question. En guise d'introduction à ses réflexions au sujet de

ment que vous commencez à intervenir par le bistouri, le risque augmente et le résultat esthétique devient moins prévisible. Aucune technique, ni les chirurgiens les plus doués ne sont en mesure de faire revenir des papilles interdentaires disparues», a mis en garde le conférencier. Bon nombre de patients ont des attentes exagérées, voire déraisonnables, quant au résultat qu'ils espèrent atteindre par le traitement. Le praticien doit donc se garder de suggérer des mirages. La réalité est souvent nettement moins mirobolante que ne le laissent croire les médias de grand public.

Dans ses décisions thérapeutiques, le praticien actif dans le domaine de la médecine dentaire reconstructrice doit être impitoyablement honnête quant à ses compétences personnelles et évaluer ses actes de manière autocritique. En se fondant sur la littérature scientifique, il ne tiendra compte que des résultats validés par des études prospectives. «Oubliez les présentations de cas publiées dans la littérature, ce n'est pas sérieux: à mettre à la poubelle!» Et d'ajouter qu'il ne faut faire confiance qu'aux méthodes permettant d'assurer au moins 90 pour cent de résultats prévisibles. Les autres ne méritent même pas qu'on en discute. A son avis, aucun patient normalement constitué n'accepterait de se faire opérer par une méthode ayant seulement 60 pour cent de chances de succès.

Concepts et techniques de microchirurgie parodontale

Le recours à des moyens d'agrandissement optique est impératif en microchirurgie parodontale. Alors que le microscope opératoire s'est imposé comme instrument de premier choix en endodontologie, son utilité en parodontologie est moins évidente. Le maniement relativement mal aisé de l'installation rigide et les difficultés de focalisation dans un champ opératoire nettement plus large ont tendance à rallonger la durée des interventions, un inconvénient qui risque d'entraîner des difficultés de cicatrisation. Markus Hürzeler est d'avis que les lunettes loupe avec un facteur d'agrandissement de 4 à 6× sont à cet égard l'outil idéal, non seulement en chirurgie parodontale, mais pour tous les travaux de précision en général, comme par exemple les préparations de prothèse fixe. Les conduits de lumière en fibres optiques et, plus récemment encore, l'introduction des LED comme sources de lumière miniaturisées ont sensiblement augmenté de confort pour l'utilisateur de ces accessoires opti-



«Même dans des cas complexes, la chirurgie parodontale permet d'obtenir des résultats attrayants – avec, parfois, un coup de pouce de l'orthodontie» (Prof. M. Hürzeler).

ques, grâce à la réduction de l'encombrement et du poids. «En peu de temps, on ne peut plus s'en passer. Je suis devenu franchement accro», a-t-il avoué. Sans entrer dans les détails, il suffit de rappeler que la microchirurgie impose, bien entendu, l'utilisation d'instruments spécifiquement conçus à cet effet. Le spécialiste a passé en revue les principaux micro-instruments qu'il préconise, du micro-bistouri, en passant par des mini-rasoirs pour l'élévation atraumatique des papilles, jusqu'aux porte-aiguilles miniaturisés. Les manches doivent être ronds et suffisamment longs (18 à 20 cm) pour assurer des mouvements, surtout de rotation, précis et l'accès à toutes les régions. Et, concernant les matériaux de suture, «n'utilisez surtout pas de hameçons de pêche!» Il convient de préférer les fils en polypropylène, du fait que ce matériau est bien toléré par les tissus et ne provoque pour ainsi dire pas de réactions inflammatoires. Même s'il n'est utilisable seulement sous agrandissement optique, le diamètre 7-0 possède deux avantages majeurs: il est

disponible en «monofil», réduisant ainsi sensiblement le risque de contamination par le biofilm buccal et il est assez fin pour ménager les tissus mous, du fait qu'il se déchire en cas de tension excessive. Les extrémités des précelles et porte-aiguilles doivent être lisses, du fait que les surfaces striées ou diamantées s'encrassent très vite de sang.

Suivre l'exemple de la chirurgie plastique

Les principes de la chirurgie parodontale actuelle ont dans une large mesure été inspirés par ceux de la chirurgie plastique. Partant de la constatation que la guérison des tissus en profondeur dépend de la qualité de la couverture en surface, les nouveaux designs des lambeaux se fondent sur la préparation successive des différentes couches tissulaires qui seront ensuite suturées en sens inverse, de l'intérieur vers la surface. On a ainsi vu naître, par exemple, le «double split-thickness flap» ou le «lambeau en îlot» introduit par Carlo Tinti.

Contrairement à la technique de Widman, la chirurgie parodontale régénératrice peut se passer de l'incision paramarginale, destinée alors à l'élimination de l'épithélium à l'intérieur de la poche. Le «microsurgical access flap» (MAF) débute par une incision intrasulculaire, alors même que subsiste la question de la préparation des papilles. Le spécialiste munichois préconise des incisions plutôt vestibulaires lorsque l'espace interdentaire est assez large, et des incisions interproximales pour les papilles étroites. Ce faisant, il faut toujours garder à l'esprit qu'aucune méthode ne permet de régénérer les papilles en direction verticale. En revanche, les greffes interne de tissu conjonctif, prélevées de préférence dans la région des tubérosités, sont susceptibles de contribuer à une augmentation satisfaisante du volume tissulaire dans le sens horizontal.

Lors de la fermeture de la plaie, il faut tenir compte du fait que «dans la muqueuse libre, vous êtes libres de faire ce que vous



Démonstration à quatre mains: «L'adaptation des bords du lambeau est la clé du succès».

voulez». Mais dans les zones esthétiquement sensibles, la qualité de l'adaptation des bords du lambeau dans la région de la gencive kératinisée est la clé du succès. Les sutures doivent assurer une couverture complète et étanche de la plaie, et être placées de sorte à éviter toute tension sur le lambeau.

Techniques de régénération dans les zones antérieures

La chirurgie parodontale régénératrice poursuit deux objectifs fondamentaux: la création d'une nouvelle attache par la néoformation de l'ensemble des tissus parodontaux perdus (cément, fibres, conjonctif, éventuellement os) et, par conséquent, l'amélioration non seulement de l'esthétique, mais, plus important encore, du pronostic de la dent individuelle.

Compte tenu des risques de la régénération par l'exclusion mécanique de la prolifération épithéliale, autrement dit des membranes, on favorise actuellement le recours aux stabilisateurs biologiques de la plaie et aux facteurs de croissance en tant que stimulateurs de la régénération tissulaire (amélogénine et autres protéines dérivées de la matrice amélaire). Après passablement de scepticisme au départ, plusieurs études comparatives ont démontré que les résultats obtenus par l'utilisation seule des protéines dérivées de la matrice amélaire sont équivalents à ceux de la régénération tissulaire par des membranes. Toutefois, la combinaison des deux est un contresens biologique qu'il faut dès lors réfuter sans autre forme de procès, estime le spécialiste.

On ne va pas revenir en détail sur les techniques de régénération osseuse, suffisamment connues. Markus Hürzeler a cependant rappelé qu'aucune méthode chirurgicale ne permet de réparer les défauts osseux supra-alvéolaires. Le cas échéant, seule l'extrusion orthodontique peut être envisagée pour tenter de résoudre ce problème. Pour le comblement des pertes de substance infra-alvéolaires, les instruments piézoélectriques rendent d'excellents services lors du prélèvement de copeaux osseux; ceux-ci seront ensuite mélangés avec un matériau de substitution osseuse, de sorte à augmenter le volume de la greffe.

La question de l'implantation immédiate

En implantologie, il est généralement admis que seule l'approche en plusieurs étapes («staged approach») permet d'obtenir des résultats fiables et durables. Du fait que la création de conditions optima-

les, sur le plan des tissus durs et mous, notamment du profil d'émergence de la suprastructure prothétique, peut nécessiter quatre ou cinq interventions chirurgicales, il n'est pas étonnant que les techniques d'implantation en un seul temps opératoire exercent une fascination non négligeable, tant sur les praticiens que sur les patients. Outre la réduction de la durée du traitement et, en corollaire, des frais, l'implantation en un seul temps, donc immédiate, promet – théoriquement – une meilleure préservation des tissus («socket preservation»).

Le conférencier a tout d'abord mis en garde contre la tentation de céder au chant des sirènes: les risques du non-respect des principes biologiques sont considérables. «Dans la plupart des cas, vous allez droit à l'échec. Et là, vu l'absence de possibilités valables pour récupérer la situation, vous serez vraiment dans le pétrin!» Par la suite, il a toutefois quelque peu nuancé ces propos en admettant que l'implantation dans une alvéole d'extraction fraîche a un pronostic équivalent à celui de la pose d'un implant dans l'os normal. Seule exception, les dents ayant présenté une sensibilité à la percussion. Dans ces cas, il faut partir de l'idée que ce symptôme est le reflet d'une ostéomyélite localisée, et impérativement s'abstenir d'implanter dans un tel terrain.

A noter que le spécialiste a été sans ménagement pour certains concepts d'implantation immédiate «en série» introduits récemment à force de campagnes de marketing tonitruantes. A son avis, l'implantation sans incision ni ouverture de volet d'accès est même assimilable à une faute professionnelle.

Alors que le mode de guérison ouvert fonctionne en principe, de même que la mise en fonction immédiate par des provisoires, nous ne disposons pas de données suffisamment fiables permettant de prédire le niveau final de la crête alvéolaire. En d'autres termes, l'ostéointégration ne pose généralement pas de problèmes et l'os se forme le long de l'implant, sans que l'on puisse toutefois prévoir, ne serait-ce que de façon approximative, les dimensions, verticale et horizontale, de la crête après la phase de consolidation. «Les processus de résorption auront lieu – qu'il y ait un corps en titane ou pas!», a résumé le conférencier. A son avis, ce facteur impondérable handicap sérieusement l'objectif d'obtenir un résultat esthétique fiable. Et il faut toujours garder à l'esprit le fait que le remaniement tissulaire risque de provoquer des récessions ou autres pertes de substance esthétique-



Le Dr Thomas Zumstein: «Mon objectif est de proposer aux praticiens des cours sur des thèmes issus de la pratique».

ment préjudiciables plusieurs années seulement après la pose des implants.

Conclusions

Une fois de plus, la formule du cours de perfectionnement consacré à un sujet unique, traité de façon exhaustive par un seul expert a été fort concluante. Grâce à une superbe iconographie clinique et des démonstrations par vidéos, Markus Hürzeler a décliné de manière captivante l'essentiel de la chirurgie parodontale régénératrice. Arguments scientifiques à l'appui, le spécialiste aura sans doute réussi, par ses présentations, exposées avec un excellent sens didactique et épicées d'humour, à démontrer aux participants que la «Chirurgie parodontale régénératrice» est toujours d'actualité et demeure une option thérapeutique qui n'a pas dit son dernier mot.

Avis aux praticiens intéressés: notre confrère Thomas Zumstein propose un prochain cours, les 4 et 5 mai 2007, intitulé «De l'extraction jusqu'à l'insertion de la couronne – stratégies de succès en implantologie», avec le Dr Ronald Jung, Zurich. Et les 26 et 27 octobre 2007, les Drs Rino Burkhardt et Giancarlo Baldini discuteront la «Paro-Ortho Connection». Des informations complémentaires peuvent être obtenues sous www.zumstein-zahnarzt.ch. ■



CLIN D'ŒIL DU PASSÉ



Les avatars de la bouche de Robespierre

HENRI LAMENDIN

Membre de l'Académie nationale de chirurgie dentaire, F-05600 Guillestre

Adaptation, rédaction et illustrations de Thomas Vauthier

Les «avatars» de sa bouche peuplent toute l'histoire de la vie de Robespierre. De difficultés orales infantiles, en passant par le mutisme à propos de son père, par une «contraction de la bouche» (un tic), par des dispositions oratoires lui ayant permis, entre autres, de complimenter Louis XVI (alors jeune Roi), par une bouche n'ayant pas connu l'amour charnel (la vertu!) mais ayant pu être gourmande dans le domaine alimentaire, par une «bouche dessinée dans un contexte d'élégance» (description), talentueuse, généreuse, «croyante» (en proclamant, «de sa bouche», sa foi en «l'immortalité de l'âme», notamment), mais aussi maladroit et suicidaire, se trouvant «privée de parole», blessée (par sa tentative de suicide), saignante, martyrisée («la mâchoire pendant à un fil et le sang jaillissant de la bouche béante»), de laquelle, cependant, il put encore pousser un «rugissement sidérant, si véhément et strident qu'on l'entendit jusqu'au bout de la place de la Révolution», juste avant son exécution.

Robespierre fut conçu hors mariage et son géniteur n'épousa celle qu'il avait déshonorée que lorsqu'elle se trouvait déjà au cinquième mois de sa grossesse. Le père, Maximilien, Barthélemy, François de Robespierre faisait partie d'une famille de «robins» ou hommes de lois. Après avoir été assez peu de temps novice chez les Prémontrés, il avait ensuite été reçu avocat au Conseil d'Artois. Robespierre put donc naître «légitimement» à Arras, le 6 mai 1758 et fut déclaré: Maximilien, François, Marie, Isidore, Joseph de Robespierre. Son parrain étant son grand-père paternel, Maître Maximilien de Robespierre, avocat au Conseil d'Artois, qui transmit son prénom à son petit-fils, comme il l'avait déjà fait pour son fils. À noter que Robespierre était roturier, bien que son nom soit doté d'une particule, dont il ne se débarrassa, cependant, qu'en décembre 1790.

Selon le point de vue d'un historien médecin psychiatre, malgré la «remise en ordre», Robespierre qui avait failli être un bâtard, restait un «mal venu». Donc, la période de ses premiers mois devait être au moins marquée par des difficultés relationnelles avec sa mère, y compris dans la sphère orale et tout ce qui concerne les rapports avec le sein maternel, indique cet auteur. Il est évident, à l'observation des troubles affectifs majeurs présentés plus tard par Robespierre, qu'il fut dans son premier âge victime d'un manque d'amour.

Une contraction dans la bouche

La mère de Robespierre meurt à 28 ans, après avoir mis au monde son cinquième enfant, qui ne vivra pas. Robespierre est



Le jeune Maximilien de Robespierre: «... un élève silencieux et solitaire dont la face mobile avait contracté des grimaces convulsives».

Gravure; Bibliothèque publique et universitaire, Neuchâtel.

alors âgé de 6 ans. Peu de temps après, son père s'en va pour revenir, puis repartir dans des voyages avec de moins en moins de chance de retour! Et ses enfants pratiquement «abandonnés» sont recueillis, Robespierre et son frère, chez leur grand-père maternel et ses deux sœurs chez leur grand-mère et leur tante paternelles. Par la suite, Robespierre se comporta toujours comme si son père n'avait pas existé. On a dit que jamais un mot n'échappa de sa bouche à son sujet.

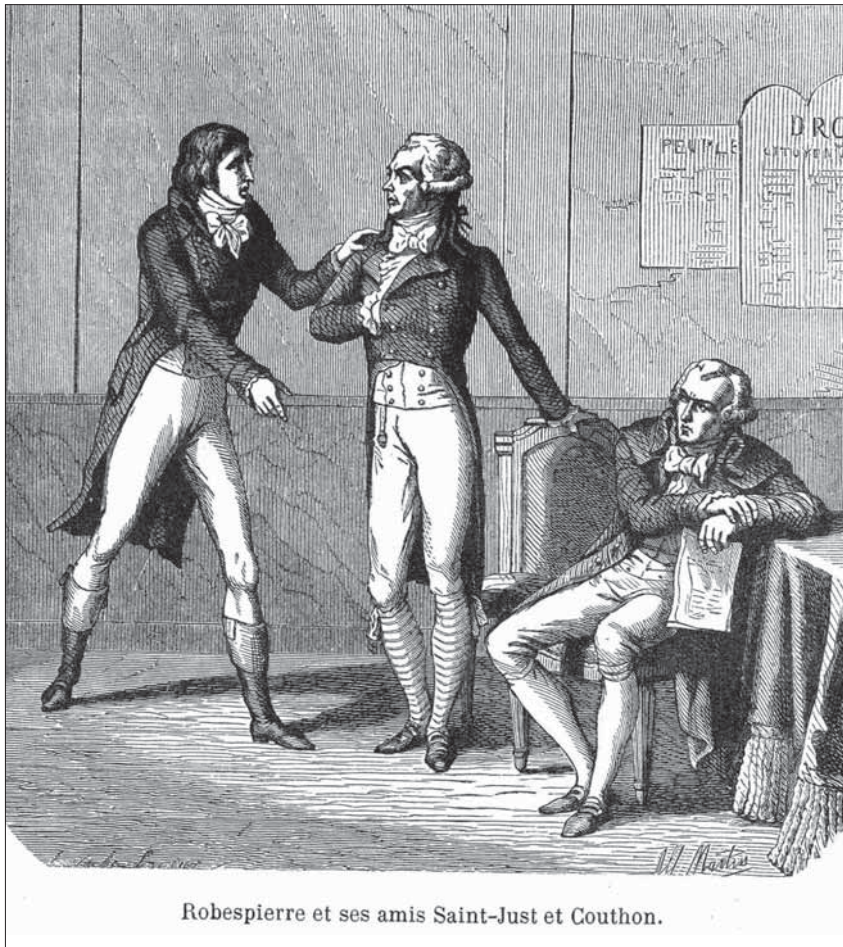
Robespierre fit ses premières études dans sa ville natale. Son application et la pro-

Ils furent au nombre de 21 à être exécutés le 10 Thermidor an II, dont Maximilien de Robespierre. Entré au Comité de salut public le 9 Thermidor an I (27 juillet 1793), Robespierre reste l'un des personnages les plus controversés de la Révolution française: il était l'âme de la «dictature jacobine», imposant un régime de terreur, dont les mesures d'exception étaient «jugées indispensables pour sauver la République». Surnommé «l'Incorruptible» par ses partisans, puis «dictateur sanguinaire» pendant la Terreur, Robespierre est arrêté le 9 Thermidor an II (27 juillet 1794), mis hors-la-loi, condamné sans procès et guillotiné le lendemain.

Au cours de mes pérégrinations à la recherche d'événements historiques insolites, j'ai découvert un texte (*Actes de la Société française d'histoire de l'art dentaire* 11/2006) qui illustre la vie mouvementée de Robespierre sous un angle surprenant: celui des «avatars» de sa bouche. A noter que, introduit au XX^e siècle, «avatar», dans le sens actuel de *mésaventure, malheur*, est un contresens par rapport à la signification originelle du mot, même s'il est entré dans les dictionnaires et se trouve maintenant couramment employé avec cette interprétation. Primitivement, un avatar était l'une des incarnations humaines de Visnu, divinité hindouiste qui est le principe de la conservation du monde; à remarquer que, fortuitement, ceci a une certaine relation avec le messianisme dont il sera fait mention dans l'article qui suit.

Thomas Vauthier

tection de l'évêque de cette ville lui valurent une bourse afin de lui permettre de les poursuivre au collège Louis-le-Grand, où il vécut douze ans (de 1769 à 1781). Alors âgé de 17 ans et meilleur élève de sa classe de rhétorique, il avait été choisi pour déclamer un compliment au jeune roi Louis XVI et à son épouse, en visite à Louis-le-Grand, peu de temps après leur retour du sacre à Reims. On a dit que *le monarque l'écouta avec intérêt et lui témoigna sa satisfaction*. Évoquant cette rencontre symbolique, dont il se souvenait, Robespierre écrivit un jour: *plus tard je l'ai fait exécuter, non pour ses faiblesses et ses fautes, mais parce qu'il était le Roi*. À Louis-le-Grand, Robespierre avait trouvé, notamment, Camille Desmoulins et Louis Fréron, lequel décrivit Robespierre comme



Robespierre et ses amis Saint-Just et Couthon.

Pontife aux mâchoires crispées et lèvres pincées: Robespierre entouré de Saint-Juste et de Couthon.

Gravure tirée de Les guerres de la Révolution par Camille Pelletan, Sté. d'Éditions d'Art 1^{re} éd., Paris, 1884.

étant un élève silencieux et surtout solitaire en précisant que déjà sa face mobile avait contracté ces grimaces convulsives qu'on lui a connues. Plus tard, Barère, qui vécut longtemps auprès de lui au Comité de Salut Public, compléta la description de ce symptôme en précisant qu'il avait une contraction du col et dans la bouche.

Pas de bouche amoureuse

En ce qui concerne la façon de s'exprimer de Robespierre, Michelet parle de sa *voix métallique*, laquelle avait le strident du glaive! Bien que Chateaubriand ait aussi signalé le stridor de ses dents, sa bouche, ajoute-il, lui permettait d'adoucir avec art sa voix naturellement aiguë et criarde.

À propos de la problématique sexuelle de Robespierre, on pense, actuellement, qu'elle comporte trois aspects: l'impuissance psychique, la misogynie, la défense contre l'homosexualité latente. Quoi qu'il en soit, vertueux, d'une sobriété extrême, austère dans ses mœurs, chaste, demeuré vierge il fut. Sa

bouche ne dut donc pas connaître les plaisirs de l'amour charnel. Lors de la célébration de l'anniversaire du Serment du Jeu de Paume, l'élection de Robespierre aux fonctions d'accusateur public du Tribunal de Paris fut saluée en ces termes: *Quel est l'homme qui oserait jeter la première pierre à ses concitoyens égarés ou coupables, si ce n'est l'homme vierge, (...) qui ne s'est jamais écarté du sentier du patriotisme et de la vertu!* L'utilisation inhabituelle de l'expression «homme vierge», bien qu'ayant sûrement été employée par l'orateur dans un sens plus large que celui de la seule virginité sexuelle, vaut quand même d'être soulignée.

Cependant, la bouche de Robespierre n'échappa pas à une autre forme de gourmandise. C'est ainsi qu'à l'occasion d'un déplacement à Carvin, ayant été reçu dans une pâtisserie et logé dans le dépôt de celle-ci, Robespierre avoua dans une lettre: *depuis samedi dernier, je mange de la tarte en dépit de l'envie.* Cependant, il ajou-

tait aussitôt: *j'ai réfléchi qu'il était beau de maîtriser ses passions, et j'ai dormi au milieu de tous ces objets séduisants, puis, il est vrai que je me suis dédommagé pendant le jour de cette longue abstinence.* Comme tout le monde, il pouvait donc être sujet à des envies, quoique contrôlant toujours sa bouche par souci de «vertu».

Un menton assez fort

Dans une description de la physionomie de Robespierre, on indique qu'il avait je ne sais quelle expression persuasive. À propos de sa bouche, il est simplement dit qu'elle était dessinée. Ce qui est bien peu. Se rendant à la Fête de l'Être Suprême, vêtu de son bel habit bleu ciel et de sa culotte de nankin, Pontife du nouveau culte, il marcha en tête du cortège, vingt pas en avant des autres, mais mâchoires crispées et lèvres pincées (attitude qui lui était, paraît-il, fréquente). On a attribué cela au fait qu'il devait déjà sentir monter derrière lui l'hostilité de plus en plus grande de nombreux conventionnels. Par ailleurs, d'autres auteurs dépeignent Robespierre avec un menton assez fort.



Une attitude hautaine et une physionomie marquée par des masséters saillants, une bouche «dessinée» et un menton fort.

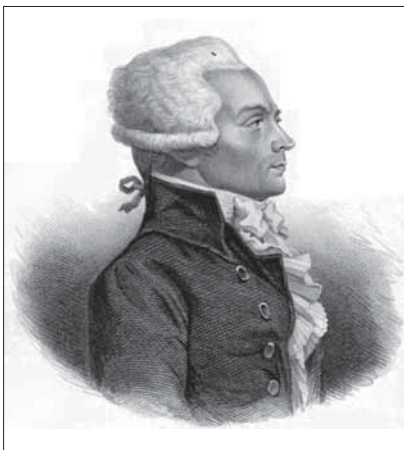
Gravure d'après un tableau de Moreau le Jeune.

Une bouche suicidaire

Lorsque, sous prétexte de complot, Vadier présenta un rapport à la Convention demandant la mise en accusation d'une secte théosophique, dite de la «Mère de Dieu» (qui annonçait l'arrivée prochaine d'un nouveau Messie – nous revenons là au premier sens du mot avatar) et en laissant sous-entendre perfidement qu'elle pouvait avoir quelques liens avec Robespierre, l'Assemblée décida très rapide-

ment de cette mise en accusation. Robespierre, qui présidait l'Assemblée ce jour-là, resta cloué à son fauteuil et n'ouvrit pas la bouche. Puis, il convoqua Fouquier-Tinville au Comité de Salut Public, avec le dossier dont il s'empara et déclara qu'il fallait différer cette affaire (c'est-à-dire qu'il évita aux inculpés d'être soumis à jugement ainsi qu'aux exécutions qui, inévitablement, ne pouvaient qu'en découler; ceux-ci demeurèrent cependant emprisonnés). Le silence de Robespierre à l'Assemblée, suivi de son intervention (en évident abus de pouvoir), fut interprété comme une sorte d'aveu de connivences avec cette secte. Plus tard, fut lue à l'Assemblée une lettre ridicule, soi-disant trouvée sous le matelas de la dite «Mère de Dieu», dans laquelle Robespierre (nommément désigné cette fois) était qualifié de *Fils de l'Être Suprême, de Verbe de l'Éternel, Rédempteur du genre humain, Messie désigné par les peuples!* (encore une fois nous retrouvons le sens messianique du terme avatar). Cette missive, que tous les historiens ont considéré comme un faux (elle n'a jamais été retrouvée), réussit pourtant à provoquer une explosion de rires moqueurs, ce qui était le but recherché afin de ridiculiser et déstabiliser Robespierre.

Le 8 thermidor, celui-ci, se sentant en danger, fit une péroraison, devant être son arme ultime (et elle fut bien son dernier discours devant l'Assemblée!), mais de sa



Comportement indiscutablement désespéré pendant les trois journées des 8, 9 et 10 Thermidor: venu à son «hallali» devant l'Assemblée en tenue d'apparat (un beau frac bleu ciel), Robespierre ne finit pourtant que de tenir un dernier discours qui allait être un véritable suicide oratoire.

Portrait de Robespierre dans Histoire de la Révolution française par A. Thiers. Editions Furne et Cie, Paris, 1865.

bouche ne sortirent que des *griefs sans nuances, des menaces d'une extrême violence et d'une très grande maladresse*, (mettant en cause des «traîtres» qu'il accusait en refusant de donner leurs noms, ce qui fait que chacun pouvant se demander s'il était, ou non, sur «la liste», c'était le plus sûr moyen de se condamner. Ce fut un véritable *suicide oratoire* sorti de sa bouche, a-t-on dit. C'est au cours de ce discours qu'il affirma: *Non, la mort n'est pas un sommeil éternel... La mort est le commencement de l'éternité*, ce qui montre dans quel état d'esprit il allait à la mort.

Une bouche blessée

Le 9 thermidor, c'est Collot d'Herbois qui présidait la Convention. Saint-Just entama un discours qui fut aussitôt interrompu par Tallien, puis Billaud-Varenne attaqua Robespierre lui-même et ses amis qui furent tous pratiquement privés de parole. On leur ferma pratiquement la bouche. Ainsi que son frère Augustin, Robespierre, mais aussi Saint-Just, Lebas, et d'autres de ses partisans furent mis hors-la-loi et arrêtés. Couthon n'était plus dans le prétoire à ce moment-là. On conduisit les prisonniers au Comité de Sûreté Générale, puis on voulut les répartir dans différentes prisons. Mais sous la pression d'une foule entrée en insurrection à l'appel de la Commune, ils furent libérés et se retrouvèrent finalement à l'Hôtel de Ville, où Couthon les rejoignit à la demande de Robespierre.

Le 10 Thermidor, vers deux heures du matin, les gardes nationaux, troupes de la Convention placées sous les ordres de Barras, envahirent l'Hôtel de Ville. Dans l'affolement qui suivit, Lebas se brûla la



Le raconter, enseigné si longtemps dans les écoles, du coup de pistolet du gendarme Merda sur Robespierre lors de l'arrestation de ce dernier, n'a plus cours. C'était une tentative de suicide.

Tableau anonyme, musée Carnavalet, Paris.

cervelle. Puis, *Robespierre se tira un coup de pistolet dans la mâchoire sans parvenir à se tuer*; ceci est maintenant la version admise par les historiens. Elle élimine donc le raconter du coup de pistolet du gendarme Merda sur Robespierre, que l'on a pourtant appris si longtemps dans les écoles de la République. Il faut dire que cette légende a pu naître, peut-être, de la précision donnée dans un témoignage, indiquant que *Robespierre inondé de sang, tomba sur le premier qui pénétra dans la pièce*, lequel aurait pu être Merda (?). Et, la bousculade faisant, on put alors lui attribuer le coup de feu, ce qui aurait permis qu'il puisse le revendiquer. Ce n'est qu'une hypothèse. En aparté, pour la petite histoire, on peut signaler que André-Charles Merda se prévalut, toute sa vie durant, de ce coup de pistolet.

Une bouche saignante

Mais, revenons au 10 thermidor et à Robespierre, dont le sang qui coulait abondamment de sa bouche tachait son beau frac bleu ciel, celui qu'il portait déjà lors de la Fête de l'Être Suprême; ce qui avait été remarqué. Car, en quelque sorte, il était venu à son «hallali» en tenue d'apparat! Rappelons que dans sa jeunesse, Robespierre s'était jeté par la fenêtre, après avoir manifesté un accès de désespoir terrible, mais n'en mourut pas.

À propos de la tentative de suicide de Robespierre, suite à des recherches approfondies, on sait, présentement et avec certitude, que celui-ci était effectivement muni d'un revolver lors de l'événement et qu'il en garda l'étui, sur lequel se trouvait cette inscription: «Au Grand Monarque, Lecourt, fournisseur du roi et de ses troupes, rue Saint-Honoré, près celle des poulies, à Paris». Selon des témoignages, il se serait même servi de cet étui en peau, en tentant d'essuyer, un peu, le sang qu'il perdait de sa bouche. Alors qu'il n'était venu que pour participer à l'arrestation de Robespierre, est-ce à cause de cette arme que Merda aurait pu déclarer s'être senti menacé afin de pouvoir prétendre avoir dû tirer? Aucun historien ne fait référence à cela.

Une analyse du comportement de Robespierre a mis en évidence que l'évolution de son caractère mélancolique s'était franchement intensifiée dans le climat psychosocial de ses derniers mois d'existence et que sa conduite avait été indiscutablement suicidaire pendant les trois journées des 8, 9 et 10 Thermidor. Et un historien réputé demande: Comment, connaissant son évolution psychologique et ses derniers discours, pourrait-on douter de sa volonté de

suicide? Enfin, on a fait remarquer que la bouche est bien connue comme étant un lieu d'élection pour les suicides par armes à feu.

Une bouche martyrisée

De la blessure de Robespierre, il y eut plusieurs descriptions, cependant assez concordantes, que l'on peut résumer comme ceci: les chirurgien et médecin militaires, requis pour qu'il soit mis en état de recevoir son châtement, constatèrent une plaie à un pouce de la commissure des lèvres à gauche, que le maxillaire inférieur gauche était complètement brisé (et que le reste de sa mâchoire n'était plus retenue que d'un côté). De sa bouche, ils retirèrent avec une pince (sic) des dents déracinées (ou cassées, selon d'autres témoignages), épanchèrent le mieux possible le sang qui coulait abondamment, puis arrangèrent un bandage (qualifié d'appareil, par certains) pour maintenir ce qui restait de la mâchoire.



Après la tentative de suicide échouée, les médecins militaires étaient chargés de «rafistoler» tant bien que mal l'affreuse blessure de Robespierre pour qu'il «soit mis en état de recevoir son châtement».

À propos des dents de Robespierre, on a relaté ce trait qui décèle un rare fanatisme: lorsque le chirurgien eut posé sur la table deux ou trois dents extraites du blessé, un des canonniers présents s'en empara, et apostrophant le tribun, s'écria: *Ah! scélérat, je garde tes dents, comme un monument d'exécration!*

A 16 heures 30, les charrettes sortirent de la cour de Mai et débouchèrent sur les quais. Tout le peuple de Paris était dans les rues. Maximilien de Robespierre était assis dans le fond de la charrette, sur un peu de paille qu'un aide bourreau avait placé sous lui, il avait le dos appuyé contre les ridelles; son visage plus tuméfié que le matin, était aussi encore plus pâle. Les cris, les insultes le laissaient insensible; il tint presque constamment ses yeux fermés. Lorsque les charrettes furent arrivées devant la maison où logeait Maximilien de Ro-

bespierre, les charrettes furent arrêtées; des rondes se formèrent et furent dansées autour des charrettes; un enfant apporta un seau de sang de chez un boucher voisin et avec un balai, on en barbouilla la façade de la maison. En se retrouvant devant cette demeure, Maximilien de Robespierre ferma les yeux qu'il avait ouverts lorsque les charrettes s'étaient arrêtées, pendant quelques secondes ses paupières tremblèrent pour retenir ou pour précipiter une larme. Les charrettes mirent cinq minutes pour repartir tant la foule était dense. Il était 18 heures 15 lorsque les charrettes arrivèrent place de la Révolution.

Quand vint le moment des exécutions, c'est Couthon qui fut le premier guillotiné, mais vu son infirmité, il fallut un bon quart d'heure pour arriver à placer son cou sous la lunette pour que le couperet pût tomber. Allongé par terre, la tête enveloppée de son pansement maintenant bruni de sang encroûté, Robespierre demeurait immobile et regardait le ciel, tandis que ses amis mouraient. Le 21 novembre 1793, au Club des Jacobins, il avait déclaré: *ce n'est point un vain langage dans ma bouche que de croire à l'existence de Dieu!*

Quand arriva son tour (l'avant-dernier des condamnés de la «fournée»), le bourreau s'approcha de lui, porta la main à son bandage et d'un coup l'arracha. L'affreuse blessure apparut, la mâchoire pendait à un fil et le sang jaillissant de la bouche béante. On se dépêcha de le placer sur la bascule et moins d'une minute après le couperet tombait. La bouche démandibulée, Robespierre, qui n'avait pas pu dire un mot de-



Le 10 Thermidor de l'an II de la République française une et indivisible, le «Tyran Robespierre l'aîné», fut conduit à la guillotine opérée par Sanson, exécuteur de Paris.

Gravure coloriée. Bibliothèque Nationale, Paris.

puis sa blessure, réussit cependant à pousser un rugissement sidérant, si véhément et si strident qu'on l'entendit jusqu'au bout de la place de la Révolution. Ce fut le cri de la créature, le cri de la vie violente. Ce fut le dernier son qui sortit de la bouche de l'Incorruptible, âgé de 36 ans seulement. La tête de Maximilien de Robespierre fut montrée au peuple comme l'avaient été celles de Louis XVI et de Danton; la foule salua par des applaudissements.

Les vingt-et-une têtes furent placées dans un coffre en bois, les troncs étant rassemblés sur une charrette qui se dirigea vers le Cimetière des Errancis (ouvert en mars 1794). On jeta les têtes et les troncs dans une fosse commune et on répandit de la chaux vive pour que le corps de Maximilien de Robespierre ne laisse aucune trace. Vers 1840, des Robespierriistes fouillèrent le cimetière fermé depuis une trentaine d'années: ils ne découvrirent rien. ■

Congrès de la Société suisse pour la chirurgie orale et la stomatologie (SSOS), Saint-Gall, 23 juin 2007

Mise au concours destinée aux assistants en formation postgrade

Dans le cadre du congrès de la SSOS, les assistants en formation auront la possibilité de présenter une communication scientifique. Les consœurs et les confrères suivant actuellement une formation en chirurgie orale ou celles et ceux qui l'ont terminée depuis douze mois au plus peuvent participer à ce concours. Le temps de parole est limité à dix minutes et le sujet devrait être en rapport avec la chirurgie orale ou la stomatologie. La communication sera suivie d'une brève discussion. Le résumé (abstract) doit être rédigé digitalement selon les normes IADR (objectifs, matériel et méthode, résultats, conclusion) et parvenir par courrier électronique au secrétariat SSOS jusqu'à la date limite du 4 mai 2007.

Une somme de 1000 fr. récompensera le meilleur exposé. Tous les participants admis seront invités au congrès.

E-mail: veronika.thalmann@zmk.unibe.ch

Objet: «Saint-Gall 2007»

La prophylaxie de la carie commence dès la première dent de lait

Deux feuillets d'information, complémentaires l'un à l'autre, attirent l'attention des futurs parents sur l'importance des soins bucco-dentaires durant la grossesse et les premières années de vie du nouveau-né. Editées en trois langues officielles de notre pays (allemand, français et italien), les nouvelles brochures «Dents saines pour la femme enceinte et son bébé» et «Pour des dents de lait saines» sont des guides pratiques.

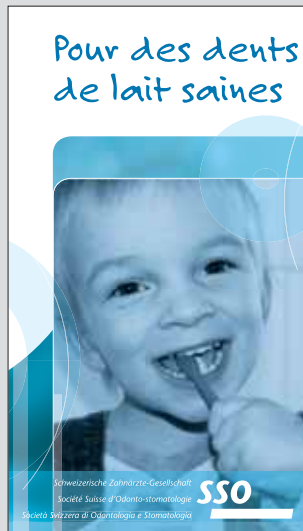
Les flyers peuvent être commandés auprès du shop SSO au prix de 12 francs pour 50 exemplaires (quantité minimale de commande; TVA et frais d'expédition non compris).

SSO-Shop, Postgasse 19

Case postale, 3000 Berne 8

Tél. 031 310 20 81 (répondeur), fax 031 310 20 82

E-mail: info@sso.ch



REVUE



Perforations sinusales

Ardekian L et al.:
The clinical significance of sinus membrane perforation during augmentation of the maxillary sinus
J Oral Maxillofac Surg 64: 277–282, 2006

L'intégrité de la membrane sinusale de Schneider est essentielle pour le maintien de la fonction et de la santé sinusale. Lors d'une élévation du sinus, la membrane risque d'être perforée par un remplissage trop abondant, par une infection ou par une perforation en cours de préparation. Les petites perforations cicatrisent en principe sans problèmes mais d'importantes perforations ou celles situées dans des sites défavorables nécessitent une fermeture afin de prévenir la perte de la greffe. Les perforations importantes sont une contre-indication absolue dans la poursuite de l'acte chirurgical. L'élévation d'un sinus doté d'une flore normale est considérée comme une intervention propre avec un risque mineur d'infection pour l'implant et la greffe.

Une étude rétrospective clinique fut entreprise pour évaluer les risques liés aux perforations de membranes et leur incidence, les complications et les taux de succès d'une telle intervention.

Entre 1997 et 2003, 110 élévations de sinus avec mise en place d'implants furent effectuées. Le succès et les complications intervenant chez des patients ayant présenté une perforation de la membrane sinusale de Schneider avec réparation furent comparés à ceux des patients dont la membrane était restée intacte pendant l'intervention. Le suivi s'étendit sur 1 à 4 ans après l'intervention.

35 patients ayant présenté une perforation furent comparés à 35 patients sans perforation. Ils furent cependant séparés en fonction de l'âge et du genre. Toutes les perforations observées étaient soit de classe II (situées sur la portion supéro-médiane de l'ostéotomie et s'étendant méso-distalement sur les deux tiers de la dimension de l'ostéotomie), soit de la classe III (sur le bord inférieur de l'ostéotomie, méso-distalement ou distalement). Aucune ne mesurait 10 mm ou davantage. Toutes les perforations furent traitées à l'aide d'une membrane résorbable en collagène. 221 implants de 13 à 16 mm de longueur et de 3,75 à 4,7 mm de diamètre furent posés chez ces 70 patients.

Dans les cas où la hauteur osseuse résiduelle n'atteignait que 3 mm, la fréquence de perforation sinusale s'élevait à 85%. Pour une hauteur résiduelle de 6 mm, elle atteignait 25%.

Après 4 ans, le taux de succès des implants se situait respectivement à 94,4% et 93,3% pour les groupes avec et sans perforation. Un seul patient développa une sinusite accompagnée de la perte de l'implant. Un autre développa une fistule oro-antrale. La perforation de la membrane et la hauteur de l'os résiduel restaient statistiquement associés. Il n'y avait en revanche pas de corrélation entre la perforation de la membrane et le succès ou l'échec de l'implant.

Deux patients manifestèrent donc des complications. Les résultats chez les différents patients avec ou sans perforation sinusale s'avèrent statistiquement pareils. La hauteur de l'os résiduel était inversement proportionnelle à l'incidence de la perforation membranaire. 85% des cas de perforations apparurent lorsque l'os résiduel mesurait 3 mm. Ce pourcentage tombait à 25% lorsque l'os atteignait 6 mm. Un facteur de risque de perforation déjà étudié est l'absence d'os alvéolaire. Lorsque la hauteur osseuse est faible, une élévation de la membrane est indiquée pour éviter des difficultés techniques et un manque de stabilité primaire de l'implant.

En excluant les perforations importantes, le risque de succès reste élevé lors de la pose d'implants dans des zones de faible hauteur osseuse où de petites perforations sont susceptibles d'intervenir.

Michel Perrier, Lausanne