

Un médecin-dentiste suisse pratique en Espagne

C'est à 63 ans qu'un médecin-dentiste venu du canton de Soleure a ouvert un cabinet dentaire à Gérone, en Catalogne, Espagne, l'accent étant mis sur la chirurgie et la parodontologie. Les démarches et les contrôles sont considérables. C'est pourquoi cet émigré est convaincu que les Suisses délivrent bien facilement des autorisations à des étrangers. Malgré un départ extrêmement difficile, ce médecin-dentiste âgé maintenant de 65 ans a réussi. Une grande expérience professionnelle, une solide formation initiale et continue en Suisse, une bonne information des patients en font un dentiste apprécié par des patients sensibles à la qualité. Lisez donc son récit!

Anna-Christina Zysset (photos: màd)

«Pays étranger, langue étrangère, us et coutumes bien différents. Cela a été l'année la plus dure de ma vie», admet ouvertement notre émigré. Son engagement infatigable en a valu la peine, car il gère aujourd'hui un cabinet dentaire qui marche bien, en collaboration avec une hygiéniste dentaire catalane diplômée au terme d'une formation de trois ans. Il rêve déjà de s'attacher une assistante dentaire suisse, car en Espagne, «des jeunes femmes se pressent avec d'excellents certificats scolaires, mais elles n'ont aucune expérience professionnelle». Il s'intéresserait aussi à un successeur

suisse pour reprendre son cabinet dentaire prospère.

«La Catalogne est un très beau pays au climat agréable. Il est marqué par des hivers doux et des étés pas trop chauds. C'est un mélange de Provence et de Toscane, à 100 kilomètres seulement des Pyrénées enneigées. Il y a de magnifiques plages de sable, des baies romantiques, des eaux d'une clarté limpide. Beaucoup de forêts, mais aussi des plaines fertiles et des collines aux lignes adoucies. Actuellement, la région souffre d'une sécheresse extrême. L'agriculture intensive repose sur la vigne, les fruits et les cultures ma-

raîchères ainsi que sur l'olivier. Elle a besoin de grandes quantités d'eau. Les grandes villes où l'on construit beaucoup sont des dévoreuses d'eau. Pour s'en procurer, les eaux usées sont épurées et même recyclée dans la région pionnière de Palamos.»

«Le sport peut être pratiqué en Catalogne, hiver comme été. On y trouve des chemins de randonnée pédestre et cycliste bien aménagés, mais peu de transports publics. La culture et l'histoire de la Catalogne sont uniques. A l'écart des flux touristiques, on vit bien et à faible coût. Par contre, le système espagnol de santé est absolument insuffisant. Malade ou fragile, je rentrerais immédiatement en Suisse. Le système de santé teinté de socialisme avec son système à deux classes se caractérise par des temps d'attente considérables dans les salles d'attente et dans les hôpitaux. Le patient n'est plus qu'un simple numéro de sécurité sociale. Les riches peuvent se faire soigner dans de bonnes cliniques privées dont les prix correspondent au niveau de la Suisse.»

Rien ne se passe comme on s'y attendait

Le médecin-dentiste possédait un logement de vacances à Gérone, que l'on peut rejoindre de Bâle en neuf heures de voiture ou en une heure d'avion. «Je n'avais de toute ma vie jamais imaginé exercer mon activité professionnelle en Espagne, ni y vivre le soir de ma vie.» En réalité, il avait même songé à une retraite anticipée, souf-



Paysage de Catalogne

frant d'une pathologie cardiaque et ayant subi deux opérations et vécu un pénible processus de convalescence. Il a remis son cabinet à So-leure et est parti en Espagne, le 1^{er} octobre 2005. Mais ses économies avaient dramatiquement fondu à la suite d'un divorce pénible et de lourdes pertes en Bourse. Et puis les autorités fiscales et l'AVS ont réclamé leur dû après la vente du cabinet dentaire, de telle sorte qu'il restait peu d'argent à notre médecin-dentiste, malgré ses nombreuses années d'activité professionnelle. En Espagne, il s'est rapidement remis de ses opérations grâce à beaucoup de mouvement, au bon air et à moins de responsabilités, et s'est vite senti à nouveau en pleine forme. Sa compagne de l'époque, une assistante en médecine dentaire, voulait enfin concrétiser son rêve de diriger un cabinet dentaire. Les diplômes et l'argent du Suisse étaient le fondement de ce rêve... Ça ne s'est pas passé comme ça. Alors que les contrats étaient déjà signés et les engagements pris, le partenaire a été laissé en plan et s'est retrouvé tout seul. Écoutons-le: «J'ai malheureusement dû me rendre à l'évidence: elle avait tout laissé tomber et avait tout simplement disparu. Que faire alors? Se résigner? Tout perdre... Prendre congé de la vie?» Notre médecin-dentiste s'est décidé en faveur de la vie et s'est résolu à relever l'immense défi d'un nouveau départ à zéro. Il parlait très

bien l'espagnol et pouvait encore apprendre le catalan. Et aujourd'hui, avec un diplôme de l'UE en poche, il est à la recherche d'un successeur suisse (E-mail: info@clinicdentalsuis, tél. 00 34 972 82 57 73)!

Les documents mentionnés dans l'encadré doivent être présentés en personne au Ministère de la santé et envoyés pour examen à Madrid. Après un examen approfondi qui peut durer des mois, intervient l'homologation de conformité UE du diplôme de dentiste et le décret royal permettant d'exercer la médecine dentaire en Espagne et sur tout le territoire de l'UE. Ensuite, tous les documents, y compris l'homologation, doivent être soumis au *Collegio* (l'équivalent de la SSO). C'est cette institution qui délivre enfin l'autorisation de pratiquer. Si l'on transfère la situation à la Suisse, cela voudrait dire que seul un membre de la SSO pourrait exploiter un cabinet dentaire. La réalité est toute autre: «Aujourd'hui, mon cabinet dentaire est librement transférable, c'est-à-dire que mon successeur n'aura pas à produire ses diplômes. Ainsi, en Espagne, on ne sait pas si l'on va effectivement trouver un médecin-dentiste dans un cabinet dentaire!»

L'autorisation d'ouvrir un cabinet dentaire

Lors de l'ouverture d'un nouveau cabinet dentaire, l'exploitant doit disposer d'une autorisation, ce qui n'est pas le cas en cas de remise.

Ceci fait que des postulants de bas niveau aux diplômes contestables ont la vie facile...

L'autorisation d'établir un cabinet dentaire

Cette autorisation est nécessaire si l'on veut exploiter un cabinet dentaire. «Ici, la plupart des cabinets dentaires revêtent la forme d'une société et non d'une entreprise individuelle. Pour établir un cabinet, il faut le contrat d'achat ou de location des locaux, un extrait du registre du commerce ainsi que les plans détaillés de l'immeuble, de l'endroit et de l'agencement du cabinet dentaire. Ces plans doivent être signés par un architecte et par un technicien architecte reconnu par l'Etat. Pour l'agencement du cabinet, il faut encore une autorisation de construire délivrée par les autorités locales. Pour l'aménagement des équipements de radiologie, il faut également des autorisations séparées et l'installation des équipements ne peut être réalisée que par des entreprises spécialement agréées. L'élimination des déchets est réglée par contrat et il faut mettre à disposition un registre des réclamations homologué par l'Etat. En outre, il faut présenter un programme d'activité accompagné d'une évaluation des risques.»

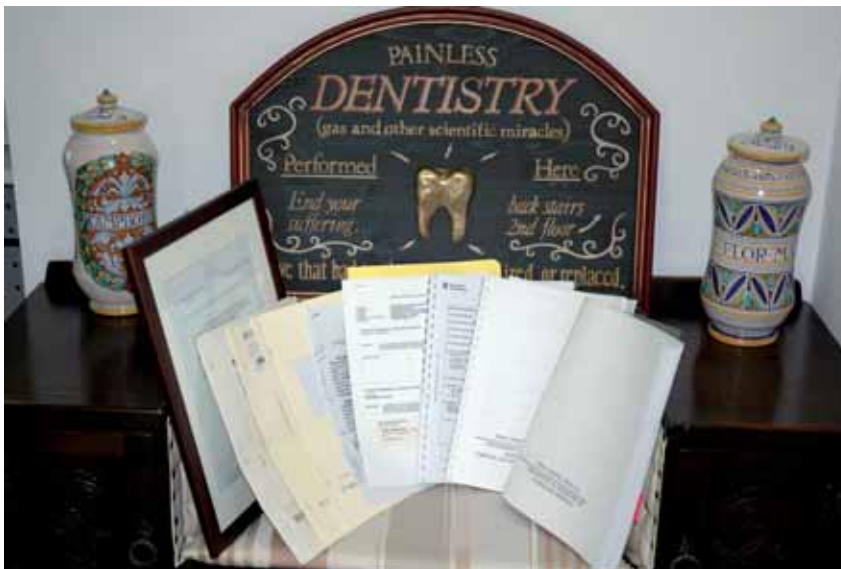
Ces démarches coûtent très cher, car les prescriptions changent tout le temps. Ça commence par une véritable course d'obstacles bureaucratiques, car qui n'est pas membre d'un *Collegio* ne peut pas ouvrir de cabinet dentaire. Mais si vous n'avez pas de cabinet, vous ne pouvez pas être membre d'un *Collegio*. C'est comme dans la chanson de Reinhard Mey qui dit, traduite librement: «Une requête de demande d'autorisation sur un formulaire de demande...»

Il n'est donc pas étonnant que près de 60% des cabinets dentaires ne disposent pas d'autorisation dans les règles et n'offrent aucune garantie qu'un médecin-dentiste de formation soit effectivement aux commandes. C'est une évolution que même le gouvernement espagnol reconnaît enfin comme problématique.

Tous ne sont pas égaux devant la loi

«Il y a cependant une différence selon que c'est un Suisse ou un Espagnol, voire un Sud-Américain qui ouvre un cabinet. En tant que Suisse, j'ai fait l'objet de contrôles extrêmement pointilleux de la part des autorités, alors que bien des points restent dans l'ombre pour beaucoup d'autres candidats. Comparons: mon autorisation suisse de pratiquer était une décision du Conseil d'Etat qui tenait sur une seule feuille de papier. Les autorisations espagnoles remplissent un classeur de cinq centimètres d'épaisseur! Il est intéressant de constater que la reconnaissance des titres américains ne pose aucun problème. Ça va encore plus vite avec les titres et

Conditions posées à un Suisse dans le cadre des accords bilatéraux pour obtenir une autorisation d'exercice de la profession



Les documents suivants doivent être remis en original, accompagnés d'une traduction légalisée en espagnol:

- Certificat de maturité.
- Certificats et notes du premier et du deuxième propédeutique ainsi que de l'examen d'Etat.
- Tous les carnets de cours des cours universitaires et des stages suivis.
- Examen de thèse.
- Résumé de la thèse dont le contenu doit être légalisé par l'université suisse, avec les originaux des diplômes et *Letter of good standing* de l'association des médecins-dentistes.



Laura Anglada, hygiéniste dentaire diplômée au terme d'une formation de trois ans.

diplômes d'Amérique du Sud, que l'on peut aussi acheter ...»

Les patients du dentiste suisse

La plupart de ses patients sont des patients privés, car le système de santé publique ne pratique que des extractions à faible coût. Le gros de ses patients sont des Espagnols qui se font soigner à fond. Les honoraires reposent sur les directives tarifaires du *Collegio* pour les patients privés. Le tarif est établi chaque année en euros et chaque membre s'engage à respecter le tarif minimum. Les patients du médecin-dentiste suisse proviennent de la classe moyenne et attachent de l'importance à la qualité des soins. Il collabore avec un bon laboratoire à Gérone, ainsi qu'avec un laboratoire de pointe d'un Allemand à Apuriabravas, voire, pour des cas spéciaux, avec son ancien laboratoire en Suisse. «Un bon laboratoire pratique les mêmes prix qu'en Suisse. Il faut se méfier des fournisseurs à prix cassés qui utilisent des produits nocifs pour la santé ou qui n'ont pas la moindre idée d'anatomie ou de parodontologie, qu'ils viennent d'Espagne ou, c'est nouveau, de Hongrie.» Les fournisseurs à bas prix ont d'ailleurs une autre clientèle que le cabinet dentaire suisse et ne lui font pas concurrence, même s'ils sont nombreux. La croissance constante du niveau de vie et les

exigences en matière de qualité font que le cabinet suisse ne désemplit pas.

Comme il y a quarante ans

En Espagne, les connaissances sur les pathologies de la cavité buccale sont lacunaires. On ne connaît pas la carie ni la parodontite, ni la relation entre les infections buccales et les problèmes de médecine générale. Le besoin d'information est considérable. Trop souvent, on propose des *bleachings* et des implants bon marché faits de matériaux contestables. On néglige de respecter les règles de base de la parodontologie et la prophylaxie est tout simplement totalement inconnue, tout comme l'éthique médicale. Les patients sont entièrement à la merci du personnel traitant, car il n'y a pas de commission d'expertise et les voies légales sont très compliquées. On va chez le médecin-dentiste quand on a mal, et tout traitement structuré, tout *recall* sont tout à fait impensables.

Il faut déjà beaucoup de force de conviction et d'endurance pour faire admettre en Suisse aux patients des médecins-dentistes la nécessité d'un *recall* structuré. Cependant, 60% d'entre eux répondent favorablement à une proposition de *recall*. La plupart des Espagnols perdent leurs dents à cause de la parodontite. Au lieu d'un nettoyage professionnel, on leur propose

un *bleaching*, et les gencives continuent à saigner ... Tant qu'ils ne souffrent pas, les patients ne se font pas traiter. Des nettoyages en cinq minutes par des offrants à prix cassés sont tout à fait dans la norme. La carie est également très répandue. La majorité des caries sont occlusales. La plupart du temps, les dents ne peuvent plus être sauvées que par de coûteux traitements de racines, ou alors il faut les extraire. Les écoles proposent un contrôle superficiel avec distribution de comprimés de fluorure. Ces mesures sont tout à fait insuffisantes.

L'apparence avant tout

Etant donné que l'on ne peut même pas être assuré qu'un cabinet dentaire dispose d'un médecin-dentiste, on peut avoir des doutes fondés sur les soins médicaux en Espagne. Dans ce pays aussi, il y a un grand nombre de femmes qui suivent des études de médecine dentaire. Elles travaillent en moyenne pendant deux ans seulement après leurs études. Ceci augmente les carences de la déserte médicale que des gens venus d'Amérique latine comblent avec des diplômes contestables. Le médecin-dentiste Teuber a appris toute la signification du *mañana, no te preocupes, et no problema*. C'est peut-être le meilleur remède contre les problèmes cardiaques. Il est tout particulièrement fier de son diplôme UE!

Voir plutôt qu'être aveugle

La cécité a des conséquences sociales et économiques considérables dans les pays en développement. La Croix-Rouge suisse (CRS) s'engage, en collaboration avec la Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) dans la lutte contre la cécité due à la pauvreté et en faveur de sa guérison. L'action «Vieil or pour redonner la vue» lancée par un médecin-dentiste thurgovien, le D^r Max Schatzmann, est conduite par Josef Kasper, responsable de programme à la Croix-Rouge suisse, entre autres personnes. Lisez ce reportage sur l'engagement de la CRS en faveur de conditions de vie dignes.

Anna-Christina Zysset (images du Ghana – source: Croix-Rouge suisse)

Le site web de la CRS indique dans sa rubrique consacrée à la coopération internationale que la Croix-Rouge mise, à long terme, sur la santé pour assurer des conditions de vie dignes. Josef Kasper est géographe de profession. Il travaille, entre autres activités, en qualité de responsable de programme pour l'action «Vieil or pour redonner la vue». Cette activité dans le cadre de la coopération au développement a un fort impact sur sa réflexion politique. Il s'engage en faveur d'un monde plus juste et plus respectueux de l'environnement dans ses entretiens avec des amis et des connaissances. Son activité à la CRS lui fournit un matériel concret et des exemples positifs de réalisation de projets d'aide au développement. «Ce qui est important pour moi, c'est avant tout l'encouragement à s'aider soi-même, par exemple en assurant la formation de volontaires de la Croix-Rouge pour des projets ophtalmologiques. Faire prendre conscience à la population qu'elle doit prendre en main sa propre santé est le fondement de l'aide que nous promovons dans des cadres bien définis aux plans géographique et thématique.»

«Depuis mon plus jeune âge, j'ai été fasciné par les pays lointains et par les autres peuples. Depuis mes études à l'Université de Bâle en

géographie (matière principale) et en ethnologie et botanique (matières secondaires), j'ai entrepris de longs voyages dans les pays en développement. Ce sont l'Afrique et l'Asie/Océanie qui m'ont particulièrement impressionné.» Après dix ans d'expérience professionnelle en Afrique de l'Ouest, Josef Kasper vit maintenant en Suisse avec sa femme venue du Cameroun et son fils né à Accra au Ghana. Il est notre interlocuteur pour l'ophtalmologie, car c'est lui qui dirige depuis 2000 plusieurs projets en ophtalmologie de la CRS parce qu'il dispose de plusieurs années d'expérience dans ce domaine.

C'est à l'Université de Bâle qu'il s'est procuré les outils utiles à l'accomplissement de son exigente mission et à l'origine de son flair pour les situations de détresse sociale. Après ses études en géographie, il a suivi un cours postgrade sur les problèmes du développement et sur la coopération au développement à l'EHT de Zurich. Ensuite, à l'issue d'un stage couronné de succès au Cap Vert avec SWISSAID, cette organisation lui a confié la coordination nationale pour la Guinée-Bissau. Pendant ce temps, il a fait son doctorat à l'Université Johann Wolfgang Goethe à Francfort-sur-le-Main.

«Mes études de généraliste m'ont très bien préparé à la coopération à long terme au développement et m'ont permis d'acquérir les bases nécessaires. Ma formation ethnologique a jeté les fondements pour la communication interculturelle, si importante dans notre activité. En premier lieu, il s'agit de discussions et de négociations avec nos partenaires sur place, dont les schémas intellectuels et les échelles de valeurs sont différents des nôtres, en fonction de leur contexte culturel qui n'est pas le même que le nôtre. Il s'agit de faire preuve de la sensibilité nécessaire et de la compréhension des situations qui ne correspondent pas nécessairement à notre manière de voir «occidentale», nous explique Josef Kasper.

Le concept de la vue à la CRS

Ce n'est pas par hasard que Max Schatzmann a remis sa grande idée entre les mains de la Croix-Rouge suisse. L'approche holistique qui s'efforce de tenir compte de tous les aspects de l'ophtalmologie dans ses projets et programmes doit garantir la poursuite à long terme de l'action, même après le retrait de la CRS. C'est pourquoi les projets s'insèrent toujours dans une structure existante et tentent de l'améliorer et de la professionnaliser. Les projets de la CRS comportent toujours une composante *curative*, généralement implémentée par les autorités sanitaires du pays. C'est par le biais des hôpitaux existants et de leur personnel spécialisé que le ministère propose des prestations de base en ophtalmologie (examens, opérations, services optiques). La CRS s'efforce, en collaboration avec les sociétés locales de la Croix-Rouge, de renforcer également la compréhension de la population pour l'ophtalmologie, par l'information et par la mobilisation. Dans l'optique du taux élevé d'analphabétisme et d'ignorance de la population, la composante *préventive* est indispensable dans tout système fonctionnel. A côté de la gestion des



Une infirmière examine les yeux d'un écolier.



La salle d'attente est pleine dans cette clinique ophtalmologique rénovée et équipée par la CRS.

On recherche des patients pour un projet de recherche

Résorptions cervicales agressives multiples



Chères consœurs, chers confrères,

C'est parce que l'étiologie et la pathogénèse des «résorptions cervicales agressives multiples» demeurent inconnues à ce jour que nous prévoyons de mener un projet de recherche à ce sujet.

Si vous avez des patients qui présentent des lésions de cette nature (voir la photographie), nous vous serions reconnaissants de nous les signaler par lettre ou par e-mail. Les examens pratiqués à notre clinique sont gratuits.

D'avance nous vous remercions de votre collaboration et vous adressons nos remerciements confraternels.

PD Dr Thomas von Arx
Chef du projet de recherche

Clinique de chirurgie orale et de stomatologie
Cliniques de médecine dentaire de l'Université
de Berne
Freiburgstrasse 7, 3010 Berne

Tél. 031 632 25 66
Fax 031 632 25 03
E-mail:
thomas.vonarx@zmk.unibe.ch

moyens financiers, la CRS coordonne et appuie sur place ses partenaires locaux. Tout projet commence par une étude fondamentale qui donne les bases de la planification.

Durabilité et qualité

La qualité des prestations offertes dépend en premier lieu du personnel spécialisé présent sur place. L'identification et la promotion, respectivement la formation initiale et continue du personnel constituent donc un élément essentiel du soutien externe apporté par la CRS. Mieux le personnel est formé, mieux il pourra recevoir, traiter et conseiller les patients qui se présentent dans les hôpitaux.

Conformément à son orientation stratégique, la CRS attache une grande importance à des services ophtalmologiques durables. Il est essentiel que les partenaires puissent poursuivre sans la CRS l'œuvre entreprise, même après la conclusion du soutien venu de l'extérieur. C'est pourquoi la CRS définit des indicateurs de durabilité dès le début de toute nouvelle intervention, en

collaboration avec ses partenaires. Une fois définis et acceptés par les partenaires, ces indicateurs peuvent alors être visés et suivis (monitoring) grâce à la planification.

Ensemble, nous sommes forts

La Croix-Rouge suisse entretient des relations stratégiques avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et avec l'Agence internationale pour la prévention de la cécité (IAPB) dans le domaine de l'ophtalmologie. En sa qualité de membre de la campagne mondiale «Vision 2020 – Le droit à la vue», la CRS s'occupe également de l'Association suisse pour la prévention de la cécité due à la pauvreté (*Schweizervereins zur Verhütung von Armutsblindheit*) en collaboration avec la Mission chrétienne pour les aveugles. De plus, en Afrique, la CRS est un membre important de la scène internationale des ONG (organisations non gouvernementales) pour la prévention de la cécité. «Ainsi, ensemble avec d'autres organisations, nous pouvons être les ambassadeurs de la lutte contre la cécité due à la pauvreté et exer-

cer des pressions plus efficaces sur les différents gouvernements», nous explique Josef Kasper.

Le droit à la vue

Bien que l'OMS et l'IAPB fixent le cadre et les priorités en ophtalmologie par le biais de la campagne mondiale «Vision 2020 – Le droit à la vue», chaque pays agit selon sa propre inspiration et en fonction de ses données de base en matière de santé. «Etant donné la situation difficile et les graves problèmes qui sévissent dans le domaine des maladies infectieuses telles que le paludisme et le sida, maladies souvent mortelles, la prévention de la cécité due à la pauvreté ne bénéficie souvent pas des priorités souhaitables auprès des différents gouvernements. En outre, tous les pays d'Afrique sont confrontés aux problèmes du manque de personnel spécialisé, de l'absence d'entretien des infrastructures et des appareils, des difficultés pour l'approvisionnement durable en consommables ainsi que de l'ignorance et de l'absence de sensibilité de la population pour les services en général», précise le représentant de la CRS.

Aveugles les yeux grands ouverts?

Pour terminer, j'étais désireuse de savoir comment Josef Kasper avait franchi le pas entre la Suisse et l'Afrique: «A côté de la grande différence climatique entre les pays tropicaux et la Suisse, j'apprécie surtout la situation ordonnée et équilibrée de la société de notre pays. En Afrique, c'étaient les considérables inégalités entre les riches et les pauvres qui me choquaient. En Suisse, c'est le comportement de consommation...»

Sommes-nous borgnes? Sommes-nous tout simplement dépassés?

Il vous suffit de remplir l'enveloppe jaune de l'action «Vieil or pour redonner la vue» et de l'envoyer à la Croix-Rouge suisse. L'espoir vit grâce à votre soutien.



Un patient subit un examen pour d'éventuelles affections ophtalmiques dans une clinique ophtalmologique rénovée et équipée par la Croix-Rouge.



Un chef de cours montre comment examiner les yeux dans le cadre d'une manifestation de formation continue pour des volontaires de la Croix-Rouge.

Moniteur de la santé 2008

Un paradoxe: bien que les citoyens de notre pays soient de plus en plus nombreux à considérer que leur état de santé est «mauvais», la fréquence des consultations médicales est en diminution. A l'occasion de la présentation du Moniteur de la santé 2008 le 2 juillet dernier, Claude Longchamp, chercheur à l'Institut gfs, a attribué ce phénomène aux conséquences du débat sur les coûts de la santé.

Felix Adank

Le considération de la population suisse de son état de santé a tendance à se dégrader depuis 2000, notamment en raison de l'accent mis par la politique de la santé sur les conséquences financières. 31% des 1200 personnes interrogées ont eu un entretien avec un médecin au cours des douze derniers mois. Il y a neuf ans, cette valeur était encore de douze points plus élevée.

Voici les principaux résultats de l'étude:

- 73% des citoyennes et des citoyens suisses considèrent qu'ils en font suffisamment en matière de *prévention de santé personnelle*. Parallèlement, deux tiers des personnes interrogées pensent qu'il appartient à chacun d'en faire davantage en matière de prévention de santé. Par ailleurs, on attend notamment des

ligues de santé, des caisses-maladie, des médecins ainsi que de la Confédération et des cantons (tendance) un *engagement plus marqué en matière de prévention de santé*.

- Ce qui progresse, en revanche, ce sont les *attentes placées dans la consultation médicale*. Une majorité de 51% escompte recevoir le meilleur traitement possible. Les réflexions économiques gagnent toutefois en importance et priment chez une personne interrogée sur cinq dans la récente enquête.
- 68% des personnes interrogées ont une impression «positive» ou «plutôt positive» du système de santé suisse. *Le degré d'approbation de la LAMal se situe à un niveau encore jamais atteint*. Le catalogue des prestations actuel de l'assurance de base est jugé suffi-

sant par 67%, ici encore un taux record. Les revendications visant à l'admission de nouveautés dans l'assurance de base concernent le massage thérapeutique ainsi que l'acupuncture et l'acupressure.

- Fait pas vraiment nouveau: la majorité des personnes interrogées sont prêtes à renoncer à certaines libertés si cela leur permet d'économiser sur les coûts. Cela concerne en particulier la liberté thérapeutique du médecin (54%) et le libre choix de l'hôpital (51%). *Demeurent en revanche minoritaires les limitations apportées à la liberté de choix du médecin ou à l'accès aux médicaments nouveaux*.
- Si, dans le cadre d'un programme d'économie, les citoyens devaient décider à quels secteurs *il conviendrait d'attribuer plus ou moins d'argent*, les hôpitaux publics (37%) et les soins dispensés à domicile (Spitex) (34%) arriveraient en tête des bénéficiaires, tandis que 60% des personnes interrogées verraient encore un potentiel d'économie dans l'administration des caisses-maladie.
- Depuis plus de dix ans, *les médecins arrivent en tête de liste des fournisseurs de prestations en termes de compétence et de responsabilité*. Derrière eux, l'industrie pharmaceuti-



Soulage les dents sensibles...



... et protège contre les caries.

La double protection de SIGNAL Sensitive

Le dentifrice **SIGNAL Sensitive Extra** (RDA env. 37*) au citrate de potassium soulage les dents sensibles dès la 1^{ère} application.

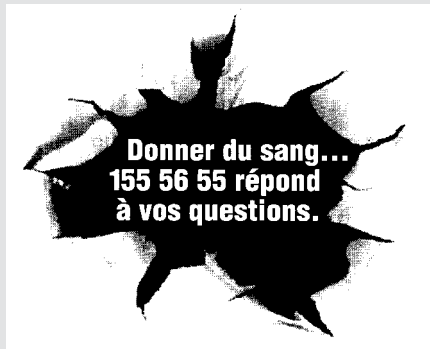
La brosse à dents **SIGNAL Sensitive** nettoie les dents sensibles avec une douceur particulière, même aux endroits difficilement accessibles.



Nous faisons tout pour votre sourire.

* Source: Imfeld, T. (2007), Universität Zürich – Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Expert's report on the relative dentine abrasion (RDA) of six tooth paste prototypes, provided by Unilever Italy Holdings S.r.l.

que a évincé les pharmaciens de la deuxième place en termes de compétence. «L'essentiel en bref» sur le «Moniteur de la santé gfs 2008» se trouve sur le site web <http://www.interpharma.ch/fr/3512.asp> sous la rubrique Info-Center/Moniteur de la santé gfs. Vous pourrez également le télécharger en format PDF à l'adresse: <http://www.presseportal.ch/fr/pm/100002276/interpharma/?langid=3>.



Les patients ne veulent pas se laisser prescrire leur médecin-traitant par les caisses.

keystone

Congresso

Congresso SGMFR

Ottimizzazione delle soluzioni ai problemi di diagnosi radiologica in ambulatorio

Circa 140 partecipanti si sono riuniti a Montreux per il 21.mo congresso della Società svizzera di radiologia dentomaxillofaciale, una società giovane e attiva, che ha confezionato un programma interessante con conferenzieri competenti e capaci.

Giovanni Ruggia

Digitale o analogico?

Ha iniziato il programma scientifico Lydia Vazquez, che ha portato alcuni elementi di riflessione sulla scelta tra un sistema chimico o digitale. Il fattore limitante principale di un sistema digitale è oggi ancora il costo. Calcolando le spese per le infrastrutture, la manutenzione e il materiale per due anni, un radiogramma dentale tradizionale viene a costare ~1.60 Fr., mentre uno digitale verrebbe 3.30 Fr. Calcolando su 10 anni, invece, la differenza di prezzo praticamente si cancella. Un sistema digitale presenta indubbi vantaggi ecologici, non bisogna eliminare i bagni esausti. D'altro canto ci sono ancora diversi lati negativi come la difficoltà di posizionamento e le dimensioni dei captori; le possibilità di contaminazione incrociata (i captori non sono steriliz-

zabili), un problema finora poco trattato nella ricerca; le possibilità di guasti informatici; la necessità di dover imparare una nuova tecnica. Dal punto di vista della radioprotezione il vantaggio è dubbio, mentre non sono state mostrate differenze significative in quanto all'accuratezza delle diagnosi.

Marco Donatsch ha trattato la questione della trasmissione di dati clinici elettronici dal punto di vista del giurista. Il rapporto di fiducia tra medico e paziente è protetto dalla legge, la quale garantisce il diritto all'autodeterminazione dei pazienti in merito ai loro dati privati. I dati sulla salute sono particolarmente protetti; di principio in questi casi è necessario l'esplicito consenso del paziente per ogni operazione di trattamento dei suoi dati (acquisizione, copia, trasmissione;

perfino la redazione di una ricetta) e una esplicita informazione in merito all'inizio del rapporto.

Per quanto riguarda la trasmissione dei dati la legge richiede adeguate misure di protezione conformi allo stato della tecnica, che tengano conto dei rischi inerenti e della praticabilità. Bisogna in particolare accertarsi che i dati non possano essere copiati e/o modificati da persone non autorizzate. Una e-mail p.es. non adempie a queste esigenze. Chi fa uso corrente della trasmissione elettronica di dati clinici farebbe bene a farsi consigliare da un tecnico di informatica. Alcune informazioni sulla protezione dei dati sono scaricabili dal sito dell'Amministrazione federale (www.edoeb.admin.ch). Non è possibile al momento attuale fornire consigli precisi su come procedere in un caso concreto perché non esiste ancora una casistica di sentenze cresciute in giudicato.

In merito alla diagnosi della carie con bitewings, Klaus Neuhaus ha ricordato che i sistemi di diagnosi digitalizzata non fanno oggi giorno meglio dell'occhio umano e non rappresentano la risposta definitiva alla problematica. La progressione della carie dipende dall'attività cariosa individuale, dall'igiene orale, dal flusso e dalla capacità tampone della saliva. E bisogna tenere conto che in una popolazione a bassa prevalenza della carie come in Svizzera i falsi positivi sono più frequenti.

Gli strumenti radiologici classici...

François Gabioud ha ripassato in rassegna gli errori tecnici e di posizionamento del paziente nell'esecuzione di una radiografia panoramica,

al fine di ridurre l'impatto della colonna vertebrale e delle parti molli sull'adeguata rappresentazione delle arcate. Inoltre ci ha ricordato le strutture anatomiche visibili e diagnosticabili, le strutture ossee e le parti molli che vi si proiettano come immagini fantasma e i limiti della tecnica.

Karl Dula ha trattato la possibilità di diagnosi di patologie non odontoiatriche con la panoramica. Si è concentrato in particolare su calcoli delle ghiandole salivari, calcificazioni di linfonodi, calcificazioni di e in vasi sanguigni; per questi ultimi ha fornito alcuni trucchi per la diagnosi differenziale dell'aterosclerosi e di fleboliti. Ha inoltre rammentato che si tratta generalmente di strutture situate all'esterno della sezione scansionata dall'apparecchio e che le diagnosi vanno quindi confermate con altre indagini.

La prima sessione del pomeriggio è iniziata con Florian Kläy che ha riferito sull'effetto di movimenti del capo nel cefalostato nell'esecuzione di teleradiografie con la tecnica digitale.

In seguito Urs Gebauer ha commentato in che misura un generalista può dedicarsi all'ortodonzia senza l'ausilio di una teleradiografia. Certamente una buona osservazione clinica del viso può fornire informazioni sulle relazioni nei tre piani sagittale, trasversale e verticale ma solo entro certi limiti. È pure vero che uno stato radiografico può sostituire una panoramica ma ciò è meno confortevole e, soprattutto nei bambini, dipende dal loro grado di collaborazione. Per la sorveglianza dello sviluppo nella dentizione da latte, finché non si osserva un'irregolarità nello sviluppo, non è necessaria una teleradiografia. Essa diventa comunque indispensabile prima della cura di casi di classe II e III di Angle.

... e le tecniche volumetriche

La prima parte della seconda sessione del pomeriggio è stata dedicata alla tomografia volumetrica digitalizzata, in particolare alla CBCT (cone beam computed tomography). Edgar Hirsch ha presentato le indicazioni della tecnica, supplemento alle immagini convenzionali quando strutture importanti non sono adeguatamente

visibili. Egli ha inoltre riferito su limiti e rischi: il limite principale è la presenza di artefatti attorno a strutture molto dense. Ciò impedisce, in particolare, la diagnosi dell'osseointegrazione di impianti.

Alcuni trucchi per limitare gli artefatti sono stati presentati da Dorothea Berndt: modificare la posizione ed eventualmente ridurre il cilindro di inquadratura, modificare i parametri di esposizione.

Alcuni aspetti diagnostici particolari

Andreas Filippi ha fatto un interessante rassegna delle rizolisi e della loro diagnosi radiologica. «healing related resorption»:

- in questo caso i tessuti desmodontali riescono a rivestire nuovamente una lacuna di rizolisi;
- la rizolisi con proliferazione di tessuto cicatriziale;
- la rizolisi dovuta a infezione, da parte di batteri provenienti da una polpa gangrenosa, eventualmente anche attraverso i tubuli dentinali;
- la rizolisi cervicale invasiva, che presenta lacune irregolari di lisi dentinale che prendono origine nella zona del solco gengivale e risparmiano tipicamente i tessuti peripolari;
- la rizolisi interna, con la tipica apparenza rotondeggiante in connessione con i tessuti polpari.

Roland Lauber ha riferito che la CBCT può fornire una massa di informazioni supplementari che le tecniche tradizionali non forniscono. L'indicazione per la CBCT in caso di dubbi sulla diagnosi di lesioni periapicali è tuttavia data solo se le informazioni supplementari potrebbero fornire informazioni tali da modificare significativamente l'approccio chirurgico.

Sulla diagnosi delle lesioni cistiche ha riferito Michael Bornstein, ricordando che sulla radiografia un'osteolisi è sempre un'osteolisi, la diagnosi la può fornire solo l'istopatologia. Per lo screening e la rappresentazione completa della lesioni la tecnica di riferimento è la panoramica. I dettagli si possono definire con altre proiezioni o, se del caso, con tecniche tridimensionali. In

casi speciali, dove è necessaria una rappresentazione dei tessuti molli, può essere indicata una MRI.

Secondo Thomas Lambrecht la tomografia volumetrica digitalizzata è diventata indispensabile per pianificare interventi chirurgici nei seni mascellari.

Pawel Pazera ha riconosciuto che la tomografia volumetrica digitalizzata permette di ricostruire al computer una teleradiografia ma la dose di radiazioni è molto più alta. Essa quindi non è indicata a questo scopo a meno che già non la si debba eseguire per altre ragioni; in questo caso si può fare a meno della teleradiografia e ricostruirla a partire dalla CBCT.

Per la pianificazione in implantologia la panoramica, ha ricordato Jean-Pierre Bernard, fornisce il massimo di informazioni con la minor dose possibile. La pianificazione per tomografia computerizzata si impone solo in casi speciali particolarmente complessi. Anche i sistemi di pianificazione digitalizzata hanno i loro limiti, ha sottolineato Claude Crottaz, e si rischia di cadere in trappola, confondendo la realtà virtuale su cui si basa la confezione delle guide chirurgiche con la realtà che si incontrerà in vivo. Ogni sistema conosce imprecisioni nell'acquisizione delle immagini, artefatti dovuti a metalli (come perni canalari, otturazioni o corone), imprecisioni nella produzione delle guide, difficoltà di posizionamento, ecc. In certi casi le deviazioni possono arrivare a 1,5 mm.

