

Hespérios - info n°6

Editorial

Au seuil de ce 3ème millénaire, je vous présente l'expression de mes vœux très sincères de paix, de bonheur et de santé.

Je souhaite à ceux qui ont engagé un combat, courage et réussite.

HESPERIOS est à vos côtés pour vous aider.

Nos adhérents sont en nombre croissant ce qui permet à HESPERIOS d'être plus fort et mieux écouté.

Vous pourrez lire dans ce 6ème numéro les articles de :

- Docteur Jean-Jacques GELBART-AMANTON, Service d'Implantologie du Docteur CLAIRET – PARIS.

- Monsieur Jacques CATZ, Président de la Fédération des Associations AVIAM de France,

- les vœux de Monsieur l'Abbé NAULIN, curé de MUSSIDAN,

Je vous souhaite une bonne lecture et vous remercie pour votre fidélité.

Richard de SWARTE

Un nouveau concept en Odontologie restauratrice :L' Implantologie Dentaire Dr J. J. GELBART-AMANTON - Service d'Implantologie Dr CLAIRET - PARIS

Qu'est-ce que l'implantologie dentaire ?

Il y a encore quelques dizaines d'années, l'homme supportait mal la déficience d'un organe.

Le corps médical restait passif faute de moyens face aux grands malades et aux grands blessés. Ils étaient irrémédiablement destinés à l'infirmité pour le reste de leur existence.

A travers l'histoire de la photographie, qui nous fait remonter le cours d'une époque relativement proche, il est facile de percevoir que le nombre de gens handicapés, en tout genre, s'est réduit progressivement. Ils étaient habituels chez nos aïeux, ils sont exceptionnels aujourd'hui. Cette même observation fait apparaître aussi un progrès considérable dans le confort et dans l'aspect des gens, constituant nos sociétés occidentales.

On peut aujourd'hui remplacer un organe déficient par transplantation ou substitution.

Les jambes de bois et les béquilles n'étaient pas rares autrefois autour de nous. Aujourd'hui, il est impossible de savoir si la personne qui marche à nos côtés n'est pas porteuse d'une prothèse de jambe, technologiquement suffisamment sophistiquée pour ne pas être décelable.

C'est dans cette ambiance et ce contexte que l'implantologie dentaire est apparue.

Les progrès médico-techniques et les besoins relationnels sont les deux vecteurs de cette discipline. L'absence de dents affecte l'individu, elle le vieillit et le handicape.

Notre société est de plus en plus exigeante sur la qualité et la discrétion de l'organe de substitution dentaire.

Des techniciens de génie ont pu pallier à cette demande pressante, par la réalisation de prothèses

qui sont de plus en plus parfaites.

Conventionnellement, ces prothèses sont maintenues par les dents encore en place, à l'aide de crochets ou de système d'ancrage plus ou moins complexes : ce sont des prothèses amovibles.

Elles peuvent aussi être fixées et sont alors maintenues par des coiffes sur les dents restantes, ce qui nécessite une mutilation partielle de ces dernières.

Ces systèmes ont fait leur preuve et conviennent encore à bon nombre d'édentés. Mais, dans notre société avide de confort et de perfection, on cherche toujours à faire mieux.

L'idéal est de pouvoir remplacer les dents manquantes par un système de substitution qui se fasse oublier du porteur lui-même et de son entourage. L'Implantologie dentaire propose de placer, dans l'os ou contre l'os " des Fausses Racines " sur lesquelles ensuite, seront fixées les dents nouvelles.

Ce n'est pas une mince affaire et on peut situer à environ un demi siècle l'apparition de cette discipline. Les premiers praticiens qui ont tenté l'aventure sont européens. Ce sont les pionniers qui ont défriché le terrain :

Manlio FORMIGINI, Gustave DAHL, Raphaël CHERCHEVE ont les premiers imaginé des systèmes introduits à l'intérieur des crêtes édentées résiduelles pour maintenir des reconstitutions prothétiques dentaires.

Leur courage fut immense, leur imagination prolifique, et leur détermination inébranlable.

Il fallut qu'elles le soient, pour faire face aux premiers écueils inévitables et aux comportements du milieu professionnel où l'esprit confraternel quelque peu conservateur ne dominait pas toujours.

Leur expérience fut vite incomparable et représente une recherche appliquée qui a très vite permis la mise en évidence de principes fondamentaux qui sont toujours respectés de nos jours.

En plus d'un demi siècle, les choses ont radicalement changé et de nombreux praticiens exercent cette discipline avec autant de sûreté et de confort que celle dite conventionnelle.

Tous les laboratoires, en recherche fondamentale, contribuent à la mise au point de techniques de plus en plus fiables qui permettent de faire face à la plupart des édentations. Ainsi, l'Implantologie est la discipline qui consiste à réhabiliter les dents manquantes par insertion dans l'os qui constitue les arcades dentaires de "Fausses Racines", puis d'harmoniser les dents remplacées avec la fonction masticatrice dans son ensemble et l'équilibre buccal en général.

Qu'est-ce qu'un implant dentaire ?

L'implant dentaire est la "Fausse Racine" elle-même.

Il est constitué d'un ou plusieurs biomatériaux. Un biomatériau est une substance qui ne provoque pas de réaction pathologique dans l'ensemble des différents tissus humains avec lesquels il est en contact. Il doit aussi conserver ses qualités initiales, c'est à dire qu'il ne doit pas se dégrader dans le temps. Si malgré tout, il existe une infime dégradation sur un très long terme, celle-ci ne doit pas entraîner une perturbation physiologique ou biologique dans l'organisme.

Ces exigences réduisent considérablement le nombre des matériaux utilisables en Implantologie. Les recherches et les méthodes d'investigation sont de plus en plus performantes. C'est pourquoi certains matériaux considérés comme biomatériaux il y a quelques années ne font plus partie de la liste de ceux d'aujourd'hui.

La réalisation des implants dentaires est par conséquent difficile. On imagine facilement qu'ils doivent être très solides sous un volume pourtant très faible. Les pressions qu'il vont devoir subir sont de l'ordre de dix à trente kilogrammes par centimètre carré. Ils doivent être indéformables, mais avoir néanmoins la même souplesse que l'os dans lequel ils vont être insérés. Ils ne doivent pas se fatiguer sous l'effet des contraintes mécaniques de la mastication et finir par se fracturer. Ils ne doivent évidemment pas se transformer chimiquement au contact des tissus ou des différents éléments qui peuvent accidentellement se trouver en bouche. Ils ne doivent pas provoquer de courants électriques par leur association avec d'autres métaux, notamment ceux qui constituent les prothèses dentaires elles-mêmes. N'oublions pas que certains soins dentaires sont parfois réalisés avec des métaux comme l'Argent, le Mercure, l'Or ou d'autres encore. Lorsqu'ils sont immergés dans un liquide salé, tel que la salive, ces matériaux constituent entre eux une pile électrique parfaite.

Nous ne disposons ainsi que de fort peu de matériaux. En chef de file, nous devons citer le tita-

ne, à condition qu'il soit pur. En fait, le vrai biomatériau est plus précisément l'oxyde de titane. En effet, le titane a la faculté de s'autoprotéger avec une très fine couche d'oxyde de titane. Cette pellicule est étanche et isole parfaitement le métal sous-jacent, dans le cas où elle est détériorée par un moyen mécanique, elle se reforme immédiatement.

Selon nos connaissances actuelles, cet oxyde est très bien toléré par l'organisme humain et est considéré comme l'un des meilleurs biomatériaux dont nous disposons. Néanmoins le titane lui-même dispose des qualités mécaniques les meilleures pour égaler l'organe dentaire.

On réalise certains implants avec différentes céramiques merveilleusement bien tolérées par l'organisme, mais elles sont fragiles et cassantes. Elles sont utilisées avec précaution, dans les cas où les efforts encaissés n'outrepassent pas la limite de tolérance mécanique qui conduit à la fracture, malheureusement souvent inférieure aux forces masticatorices.

Nous utilisons aussi du métal gainé par des matériaux de recouvrement biologiquement bien tolérés. Mais notre prudence fait que nous n'osons pas recouvrir des métaux qui ne seraient pas des biomatériaux eux-mêmes, par crainte des dégradations mécaniques de leur protection

Il est par conséquent possible de fabriquer des "Fausses Racines" capables de fournir un travail comparable à celui rendu par les vraies racines dentaires.

Pour rester très schématique, il existe des implants dit radiculaires qui se présentent comme leur nom l'indique avec un aspect proche d'une racine naturelle. Ils sont, par conséquent, approximativement cylindriques. Certains sont vissés dans l'os, d'autres sont glissés dans un espace préalablement réalisé par forage. Ils sont recouverts ou non d'une pellicule protectrice, soit pour augmenter la tolérance biologique, soit pour parfaire l'intimité de leur contact avec l'os.

Certains implants ont l'aspect d'une lame, pour mieux s'insérer dans les crêtes qui présentent elles-mêmes assez souvent cette forme. Ils sont en fait utilisés pour mieux résister aux efforts spécifiques de certains types d'arcade dentaire.

D'autres ont des formes tridimensionnelles, ils sont généralement utilisés lorsque les forces principales engendrées pendant la mastication, sont grossièrement verticales.

L'os alvéolaire a pour rôle le soutien des dents lorsqu'elles existent. Lorsqu'elles disparaissent, l'os qui a perdu sa fonction propre, se résorbe. A une édentation de longue date, correspondent des résorptions importantes. Il arrive aussi que la quantité d'os résiduel soit trop faible pour permettre l'insertion d'un implant endo-osseux. Dans ces cas de dégradation avancée, nous réalisons des empreintes osseuses extrêmement précises, qui permettent la confection, par un laboratoire spécialisé, de grilles métalliques qui vont épouser très fidèlement le contour des masses osseuses restantes. L'avantage

est de pouvoir choisir les points d'appui les plus appropriés pour soutenir efficacement les efforts masticateurs. Ces grilles sont des implants juxtaposés. Ils nécessitent une technique complexe, qui a considérablement progressé ces dernières années et nous donne aujourd'hui de très bons résultats. Ils nécessitent une équipe technico-chirurgicale très bien rodée et un concepteur très expérimenté.

On peut aussi, en absence de matière osseuse, reconstituer les crêtes résorbées à l'aide de greffons osseux, ou d'os de substitution. Les crêtes reconstituées pourront alors recevoir les implants standards. Les délais de recalcification varient d'un individu à l'autre mais sont toujours de l'ordre de plusieurs mois.

A ces diverses formes s'ajoute le fait que la mise en fonction des implants se fera dans un délai qui varie de quelques heures à plusieurs mois, après la pose, selon la qualité de l'os dans lequel les efforts de la mastication seront transférés.

Un spécialiste en Implantologie dentaire doit avoir à sa disposition toutes les techniques existantes actuellement. C'est seulement après une analyse très précise du cas clinique présenté que le choix de l'implant pourra être fait.

En conclusion, l'implant dentaire est l'organe de substitution qui cherche à rendre le même service qu'une racine dentaire. On peut ainsi parler de "Fausses Racines". Une édentation peut, par conséquent, être réhabilitée grâce à ces différents systèmes. Il existe plusieurs types d'implants et diverses techniques de mises en place.

Quel est l'intérêt des implants dentaires par rapport aux systèmes conventionnels ?

Avant l'existence de l'Implantologie dentaire, un édenté total n'avait pas d'autre solution que les prothèses amovibles, les grands édentés aussi, majoritairement. Les patients peu édentés mais ne disposant pas de dents naturelles suffisamment résistantes sur l'arcade étaient dirigés également vers ces systèmes considérés alors comme une étape, avant d'en venir à l'édentation complète à court ou moyen terme. C'était une façon de limiter les dégâts.

Ces prothèses amovibles occupent un volume plus important que les dents, parfois même beaucoup plus important. Elles donnent aux patients le sentiment d'un objet rapporté et mal intégré. Leur dépose, plusieurs fois par jour, nécessaire pour leur entretien, est un rappel permanent de leur infirmité. Même lorsque ces prothèses sont bien tolérées, il existe un effet synergique dans la psychologie de l'individu qui fait qu'une autre dégradation, capillaire par exemple, va devenir exagérément insupportable.

Certaines de ces prothèses sont munies d'un faux palais pour des raisons de maintien. Ceci a pour conséquence une altération du goût, doublée d'un éventuel problème de phonation, et une perte du sens du contact. Le toucher buccal permet de mieux percevoir la consistance des aliments et leur palpation renseigne sur leur forme. Ces éléments

font partie de la gustation et leur absence est un handicap qui replace la gastronomie dans les souvenirs lointains.

Ces prothèses peuvent aussi être mal supportées pour des raisons de douleurs permanentes ou occasionnelles. Elles sont parfois rétentives, elles ont de fâcheuses tendances à s'échapper. Leur liberté est insupportable. Elles gardent un côté anti-naturel, on n'a d'ailleurs jamais pu faire supporter un appareil amovible à un animal accidentellement édenté.

L'efficacité des prothèses amovibles dans l'acte masticateur est toujours plus ou moins perturbée. Le régime alimentaire s'en ressent, inévitablement. En France, c'est 50 % de la gastronomie qui se trouve de ce fait rejetée. Ce problème n'existe pas dans tous les pays, mais les Français doivent être traités avec des soins particuliers, en fonction de leur attachement pour leur petits plats préférés.

Face aux appareillages amovibles, les implants apportent deux types de service.

Celui qui est le plus souvent demandé, généralement par l'intermédiaire du praticien qui a tout essayé pour faire tenir la prothèse de son patient, est de créer un système implanté sur lequel la prothèse amovible existante, en question, va pouvoir venir se fixer par clipage. Ces systèmes peuvent être très discrets et assurer seulement le maintien efficace de l'ensemble. Il peut aussi être plus conséquent et supporter une part des forces masticatrices. Par là même, ils soulagent les tissus gingivaux et suppriment les douleurs ou les blessures.

Le deuxième type de service est d'ajouter sur les arcades dentaires les implants qui vont permettre la réalisation de prothèses fixes.

Avant l'existence de l'Implantologie dentaire, une édentation d'une ou de quelques dents pouvait être restaurée par l'adjonction d'une prothèse fixe. Cette technique reste une excellente solution encore aujourd'hui, lorsqu'elle est fonctionnellement et psychologiquement bien supportée.

La prothèse fixe permet des reconstitutions, à la fois esthétiques et confortables. Elle n'occasionne des douleurs que lorsque les dents naturelles utilisées s'affaiblissent ou s'infiltrant. Ces défauts sont rares et généralement parfaitement réversibles lorsqu'ils sont traités à temps. Ils restent néanmoins un signe de précarité à moyen ou long terme.

En fait, l'Implantologie dentaire est très étroitement liée à la discipline de la " Prothèse Fixée ". Les implants dentaires sont apparus précisément, pour permettre la réalisation des prothèses fixes dans les cas où seules les prothèses amovibles étaient envisageables.

Les implants dentaires permettent aussi d'économiser l'utilisation des dents naturelles pour maintenir les prothèses fixes.

Prenons l'exemple d'un patient qui présente l'absence d'une incisive centrale supérieure. En plein centre du sourire, ce manque est du plus mauvais effet.

Le remplacement de cette dent peut se faire

avec une prothèse amovible. Dans ce cas, une dent artificielle sera à la place de la dent manquante, elle sera assise sur une plaque résineuse ou métallique, parfois les deux à la fois. Cette plaque recouvre partiellement le palais et supporte des crochets ou des éléments d'ancrage sur les dents existantes. Cet appareil occupe un volume disproportionné par rapport à la dent manquante. Il a tous les défauts, déjà décrits, pour ce type de prothèse.

Le patient peut aussi avoir recours à une prothèse fixe. Classiquement, il convient alors de tailler les deux incisives proximales par rapport à la manquante. C'est une taille en forme de cône qui nécessite dans certains cas la dévitalisation de ces dents. Un ensemble de trois dents sera ainsi créé prothétiquement et restituera un aspect et une fonction quasi identique à ce qui existait avant la perte accidentelle. L'ensemble prothétique est scellé et se fait généralement oublier du patient et de son entourage.

Ceci est parfait lorsque les dents naturelles restantes sont de bonne qualité et que le travail supplémentaire qu'elles vont devoir effectuer ne risque pas de les fragiliser et de réduire leur durée de vie sur l'arcade. Celles-ci peuvent parfois être dans un état précaire, ou présenter une mobilité, qui n'est pas inquiétante pour elles-mêmes, mais qui proscrit leur utilisation pour un travail accru. Il faut alors envisager d'utiliser non pas deux piliers naturels mais trois ou même davantage pour obtenir le résultat convenable souhaité. On perçoit alors le déséquilibre qu'il y a entre le travail entrepris et la cause initiale.

Le sourire initial laissait peut-être entrevoir des espaces inter-dentaires qui personnalisait le sourire sans être disgracieux. La réalisation d'un bloc de trois dents risque de le modifier assez dysharmonieusement et ne pas satisfaire le patient.

Dans un tel cas, un implant peut être inséré à

l'emplacement même de la dent manquante.

Une prothèse constituée d'une seule dent occupant le même volume et ayant l'aspect de celle accidentellement disparue, pourra être fixée sur cet implant après quelques mois de cicatrisation.

La reconstitution finale sera attrayante, et fonctionnelle, elle préservera les dents collatérales et sauvegardera les espaces inter-dentaires éventuels. Nous ne sortons pas de la prothèse fixée, mais l'implant apporte un " plus " évident.

Dans un tel cas, l'implantation n'est pas forcément la meilleure solution, elle a aussi ses faiblesses et la crête résiduelle peut très bien être incapable de la supporter.

Pour les édentations supérieures à une dent, l'implant limitera systématiquement le nombre des piliers naturels utilisés. Les édentations importantes quant à elles, nécessitent l'utilisation de tous les piliers naturels existants, lesquels seraient insuffisants pour soutenir efficacement une prothèse fixée, sans l'adjonction de plusieurs implants.

On perçoit qu'il n'y a pas antagonisme entre prothèse fixée et Implantologie dentaire. Les deux disciplines restent intimement liées. L'une n'est pas au service de l'autre, elles sont simplement complémentaires.

En conclusion, l'Implantologie dentaire peut fournir une meilleure tenue des appareils amovibles. Elle peut aussi permettre la suppression de l'appareil amovible et ouvrir la porte à la réalisation d'une prothèse fixée. Elle apporte un sensible renforcement et une meilleure fiabilité des prothèses fixes classiques.

*Docteur Jean-Jacques GELBART-AMANTON
(Service d'Implantologie Dr CLAIRET – PARIS)*

2000 : Une année décisive pour les victimes d'accidents médicaux ? Jacques CATZ, président de la Fédération des Associations AVIAM de France.

Depuis plus de trente ans, le problème de société que constitue la réparation des dommages consécutifs aux accidents médicaux est soulevé devant l'opinion publique de notre pays par des personnalités appartenant aux milieux juridiques, médicaux ou politiques ainsi que par les associations de défense des victimes de ces accidents. Il a été fréquemment repris par les différents médias. De nombreux projets de réformes ont été présentés par des parlementaires ou des organismes divers et trois d'entre eux émanent de notre Fédération. A ce jour, aucun de ces projets n'a fait l'objet d'un débat susceptible d'aboutir au vote d'un texte de loi.

Depuis plus de trente ans, les victimes des accidents médicaux attendent que nos gouvernants se penchent sérieusement sur leur sort. Seront-elles une fois de plus déçues alors qu'un sérieux espoir est né avec la mise en chantier du projet de loi de modernisation du système de santé ?

L'année 2000 constituera-t-elle un tournant décisif pour la mise en œuvre de la solution tant attendue ? Le proche avenir nous éclairera à cet

égard mais, dès à présent, il convient de faire le point sur le contenu des projets gouvernementaux qui se rapportent à ce sujet particulier et pour autant qu'ils aient été portés à notre connaissance.

Ce projet de loi, en cours d'élaboration, d'une grande ampleur et qui traite de nombreux sujets touchant aux problèmes de santé comporte trois titres principaux dont les deux premiers nous ont été, à ce jour, communiqués. Dans le premier titre figurent notamment les dispositions relatives à l'accès du malade à son dossier médical et qui font l'objet des articles I.B.6 et I.B.7 du projet. Ce problème a été, dans le passé, à la source de vives controverses car cet accès est souvent la première étape à accomplir par la personne qui s'estime victime d'un accident médical. Aussi, l'attitude défensive du corps médical a été trop souvent la cause des difficultés rencontrées par les malades dans leur démarche à la recherche de la vérité. C'est la raison pour laquelle la demande d'un accès direct du patient à son dossier, sans obligation de passer par l'intermédiaire

d'un médecin, a-t-elle été au premier rang des vœux exprimés lors des Etats Généraux de la Santé. Et le Premier Ministre, en clôturant cette immense consultation, a promis qu'une réforme interviendrait dans ce domaine.

Il en est résulté que ce problème a fait l'objet d'une large concertation au cours d'une séance de travail qui s'est tenue le 5 mai 2000 sous la présidence de Dominique GILLOT, Secrétaire d'Etat à la Santé. Assistaient à cette réunion, une quarantaine de représentants d'Associations, Syndicats et Organisations diverses concernées par le problème et le texte retenu a tenu compte de certaines propositions faites par les participants. Rappelons l'essentiel de l'article I.B.6. qui prévoit que "Toute personne a le droit de prendre connaissance de l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, formalisées et ayant contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement". Le deuxième alinéa de cet article reconnaît expressément à la personne concernée le droit "d'accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un praticien qu'elle désigne et d'en obtenir communication dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat". Cet article prévoit dans son troisième alinéa que "La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut-être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs déontologiques tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement pourrait faire courir à la personne concernée". Et, dans les cas d'une gravité particulière, cette présence peut même être rendue obligatoire. Enfin, le quatrième alinéa dispose que : "Le droit à l'accès aux informations médicales s'exerce dans un délai de 8 jours à compter du dépôt de la demande, après expiration d'un délai de réflexion de 48 heures".

S'il est voté par le Parlement dans sa forme présente, ce texte devrait donc apporter une incontestable amélioration à la situation actuelle mais ses modalités d'applications, qui seront définies par décret en Conseil d'Etat, pouvant présenter une certaine importance, il convient d'attendre les textes qui seront promulgués avant de porter un jugement définitif sur la solution retenue.

Le troisième titre du projet de loi, qui nous intéresse tout spécialement et qui concerne la réparation des accidents médicaux, ne nous a pas encore été communiqué car il fait l'objet d'arbitrages interministériels. Ces arbitrages sont en cours et il est hautement souhaitable que le départ de Martine AUBRY ne vienne pas retarder le processus législatif en cours alors que notre actuel Gouvernement a montré jusqu'à présent son intention de mener ce projet à son terme. Selon les indications officieuses que nous avons pu recueillir, le dispositif de réparation des risques sanitaires devrait s'inspirer assez largement des conclusions proposées dans le rapport rédigé par un groupe de travail composé de représentants de l'Inspection Générale des Services Judiciaires et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S.).

Rappelons brièvement les grandes orientations de ce rapport qui devraient être conservées dans le projet de loi :

- Création de commissions régionales d'indemnisation ayant compétence pour connaître des litiges entre victimes et professionnels de santé et de déterminer, après expertise médicale, la réalité de l'accident médical, ses causes, son degré de gravité, la nature et l'étendue des dommages subis par la victime.

- Etablissement d'une liste nationale d'experts en accidents médicaux susceptibles d'être désignés par la commission régionale pour procéder aux expertises nécessaires à l'instruction de chaque dossier afin que la commission puisse émettre un avis.

- Prise en charge des conséquences des accidents reconnus fautifs par les assureurs en responsabilité civile des professionnels de santé, cette assurance devenant obligatoire.

- Création d'un fonds national d'indemnisation chargé d'indemniser les victimes d'accidents non fautifs graves, les indemnités versées par ce fond ne pouvant faire l'objet d'actions récursoires.

- Responsabilité des professionnels de santé limitée aux conséquences des accidents reconnus fautifs.

Des éléments importants du dispositif à mettre en œuvre ne semblent pas encore arrêtés et notamment la définition de l'accident non fautif grave susceptible d'être indemnisé par le fonds et les modalités de financement de celui-ci, ces deux facteurs étant liés. Or, il s'agit bien ici du cœur de cette réforme. Lors du colloque tenu à l'Assemblée Nationale le 16 novembre 1999 sur ce sujet, nous avons exprimé la position de l'AVIAM en refusant la solution proposée dans le rapport I.G.A.S., consistant à n'indemniser par le fonds que les accidents non fautifs entraînant une incapacité permanente partielle au moins égale à 50 %. Celle-ci laisserait, en effet, plus de 80 % des victimes d'accidents non fautifs sans indemnisation. Les associations de défense des victimes doivent donc unir leurs efforts pour que le seuil d'indemnisation soit ramené à un niveau raisonnable et afin que tous les accidents ayant entraîné des conséquences importantes sur la vie personnelle, familiale ou professionnelle de la victime soient pris en charge, le financement de cette indemnisation devant être recherché de la manière la plus large auprès de toutes les parties intéressées par ce douloureux problème.

Souhaitons en terminant que le récent remaniement ministériel qui vient d'intervenir n'entraîne pas un retard considérable dans la mise au point du projet de loi afin que celui-ci puisse être approuvé par le Parlement au cours de l'an prochain. En effet, les victimes d'accidents médicaux ont trop attendu pour supporter encore longtemps les graves inconvénients de la situation actuelle malgré l'incontestable amélioration de la jurisprudence de nos tribunaux. Et, si leur attente devait, une fois encore, être déçue, elles devraient puissamment manifester leur légitime impatience, par tous les moyens à leur disposition.

*Jacques CATZ
Président de la Fédération des
Associations AVIAM de France*

 **Vœux de L'Abbé Gabriel NAULIN**
Curé de Mussidan

Le siècle de la fée électricité s'est achevé.
Finies, les brèves de comptoir ! Adieu les "petites phrases".

Démolies les barricades. Abattu le vilain grand mur.

Le XXIème siècle commence par "The race", prononcez Ze raysse, comme à la télé.

Bientôt, on dira "ze rayssisme".

Le 10 janvier commencent les grandes soldes d'hiver : les rossignols sont de retour.

Les coups médiatiques remplacent les coups fourrés.

Le bon vieux "pont aux ânes" est remplacé par des "mises en examens".

Après les Trafic-Renault, les trafics d'influences en tous genres.

M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir et s'en émerveillait.

Aujourd'hui, cela fait branché de pratiquer l'aphérèse et l'apocope : on enlève le début ou la fin d'un mot.

Otez l'auto, il reste le bus. Otez la vision, il reste la télé.

Les marseillais se saluent en disant "Vé" pour Ave ?

Un athlète parle de ses "perfs" ; l'opéré parle-t-il des ses "perfs" ?

Ne pas confondre perf-ormance et perf-usion. Quoique !

Une (bonne) perfusion peut améliorer la per-

formance.

Une "perquiz" semblerait moins prendre de temps qu'une perquisition.

Un milliard et quatre cents millions de billets de banque circulent ou dorment dans des bas de laine (ou de soie). Où dormiront nos Euros ?

Il y a ceux qui "rebondissent" dans les "faux débats",

Ceux qui parlent de la "nuit des temps". Ajoutons "modernes" pour qualifier toutes les discussions qui, curieusement, ne peuvent se tenir en plein jour.

Il y a ceux qui ne disent plus aveugle mais "non-voyant". Je les comprends bien moi qui suis un "oui-voyant".

On n'appelle pas quelqu'un qui téléphone dans la rue un "Piéton du Téléphone".

C'était réservé aux porteurs de télégrammes (celui de Beauronne, en 1917, demandait à la Mairie une augmentation de 50 à 60 fr par an). Mais on peut l'appeler : "portablier". Ce qui donne par aphérèse (voir plus haut) "tablier" et par apocope : port, (ne pas oublier de prononcer le t).

On quitte le bon vieux vélo pour une moderne patinette.

Les rollers remplacent les patins à roulettes. Les jeunes ont bien de la chance.

Longue vie aux us et coutumes :

 **Le saviez-vous ?**

En moyenne, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie verse en matière de cotisations sociales à l'URSSAF :

- pour un médecin généraliste conventionné : 58 000 Frs,

- pour un médecin spécialiste conventionné : 70 000 Frs.

Hespérios

ASSOCIATION LOI DE 1901.

17 rue Maurice Ravel

24100 BERGERAC

Tél : 05.53.63.50.50

Tél : 05.53.23.42.00

Fax 05.53.24.38.73

