

## Vivre en bonne santé, à l'abri des alinéas

**La loi sur la prévention présentée par le Conseil fédéral ne fait qu'aggraver la centralisation. Nous n'avons pas besoin d'une nouvelle loi pour parvenir à plus d'efficacité et pour améliorer la coordination.**

Davide Scruzzi (photo: iStockphoto)

«Prévenir vaut mieux que guérir», c'est un principe sur lequel tout le monde est d'accord. Le projet de loi présenté mercredi par le Conseil fédéral «sur la prévention et la promotion de la santé» va rencontrer des vents contraires au Parlement, et c'est très bien ainsi. D'où vient donc cette résistance contre des efforts en vue de prévenir des maladies? La raison en est la tendance qu'a l'État de vouloir assister tout le monde, une tendance qui a fortement augmenté pendant l'exercice des fonctions de Directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) par Thomas Zeltner, maintenant à la retraite. L'OFSP fâche par ses propositions de restrictions apportées à la vente, non seulement ceux qui sont directement concernés financièrement comme c'est par exemple le cas de la branche des boissons alcooliques. Ces dernières années, ce sont aussi les associations faitières de l'économie et de larges couches de la population qui ont fait de la résistance. La proposition qui a fait l'objet de vigoureuses critiques, celle d'interdire la vente d'alcool le soir dans les magasins et «dans la rue», a certes été reformulée dans la version finale du programme de prévention de l'alcoolisme en une déclaration moins stricte en vue de la régulation du marché. Toutefois, dans les programmes nationaux de prévention en matière d'alcool, de tabac et d'alimentation, moult interventions sont encore mentionnées dans la confection et la vente de différents produits. Ce sont là des interventions qui touchent à la liberté du commerce et aux droits légitimes des personnes adultes d'acheter et de consommer les produits qu'elles considèrent comme leur convenant.

### La Confédération s'arroge un rôle dirigeant

Certes, ces stratégies n'ont pas force de loi. Cependant, elles déploient tous leurs effets de directives pour de futures interdictions et décisions au niveau de la Confédération, des cantons et des communes. La loi sur la prévention ne parle pas de mesures concrètes pour que l'État rende nos corps plus sains et plus performants. Mais la loi grave dans le marbre le rôle dirigeant de l'État lors de l'élaboration et de l'organisation des mesures de prévention, sans qu'aucun principe n'en limite l'étendue et sans aucune instructions contraignantes sur la collaboration qui a fait ses preuves dans d'autres domaines de la politique avec les secteurs concernés qui disposent de

connaissances adaptées et de leurs propres mesures déjà existantes (notamment dans le domaine de la protection de la jeunesse). La création d'un «Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé» est également prévue dans la nouvelle loi. Cet institut hébergerait différents domaines de l'OFSP et d'autres instances. Il aurait à gérer d'importants flux financiers, en provenance notamment des taxes perçues sur le tabac et d'un supplément aux primes des caisses maladie qui allaient précédemment à la Fondation Promotion Santé Suisse. La nouvelle loi ne causerait aucunes nouvelles dépenses pour la Confédération, nous dit-on. Plus que ces renchérissements, c'est bien la «loi naturelle» qui devrait nous protéger de l'inflation constante de l'appareil administratif de l'État. Nul doute qu'un nouvel institut ne manquerait pas de découvrir de nouveaux et coûteux domaines d'activité.

### Critique du centralisme

On peut tout à fait légitimement se demander si une nouvelle centralisation de la prévention pourrait porter des fruits sains. Une enquête sur les campagnes de prévention du sida a récemment procédé à la comparaison des stratégies coordonnées au plan national avec des actions des précédentes décennies et leur a reproché leur manque de proximité avec les personnes concernées. L'une des plus réussies des campagnes de prévention menées en Suisse ces dernières décennies n'a pas du tout été décidée

par la Berne fédérale: la réduction considérable de la prévalence de la carie est le résultat d'actions d'envergure lancées et optimisées depuis plus de cinquante ans par les médecins dentistes et mises en œuvre par les cantons et les communes en adéquation avec les conditions locales. C'est à juste titre que la Société suisse d'odontostomatologie s'est élevée au cours de la procédure de consultation contre la création prévue par la nouvelle loi d'un nouvel institut, et en faveur de la prise en compte des efforts de prévention menés par des institutions privées. Les soins que l'on prend de son corps ont leurs racines historiques dans l'estime de soi et la responsabilité propre de chaque citoyen. L'information peut ici jouer un rôle utile. Les interdictions et autres interventions sur le marché doivent par contre se concentrer sur les jeunes pour lesquels on ne saurait encore compter sur le sens propre de leurs responsabilités envers eux-mêmes. Le rêve des fonctionnaires de fabriquer des Suisses encore plus sains se heurte aux faits: un mode de vie malsain fait également partie de l'humain! Certes, la loi sur la prévention poursuit de louables objectifs, soit l'amélioration de la coordination entre la Confédération et les cantons (également en ce qui concerne les maladies dangereuses), une efficacité améliorée et de meilleures études d'impact. Mais pour tout cela, il suffit d'un OFSP qui agirait de manière convaincante. Notre nouveau ministre de la santé, Didier Burkhalter, et le directeur désigné de l'OFSP, Pascal Strupler qui va succéder à Thomas Zeltner, devront contribuer à améliorer l'acceptation vis-à-vis de la prévention. Le Parlement peut rejeter en toute confiance ce projet de loi sur la prévention.

*Avec l'aimable autorisation de l'auteur et de l'éditeur. L'article original est paru dans la NZZ du 1<sup>er</sup> octobre 2009.*



L'engagement de la SSO depuis des décennies en faveur de la prophylaxie de la carie atteste du fait que des institutions privées peuvent mener à bien et au succès des campagnes de prévention. C'est la raison pour laquelle la SSO rejette le projet de nouvelle loi sur la prévention.

Une banque de données commune à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), aux organisations professionnelles et aux autorités sanitaires cantonales.

## Le registre des professions médicales (registre)

Ces deux dernières années, l'OFSP a développé un registre en ligne, relatif au personnel médical universitaire. Le registre comptait au nombre des projets qu'exigeait la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd). Cette dernière ainsi que les ordonnances y afférentes réglementent la formation et la formation postgrade ainsi que l'exercice indépendant des professions dans les cinq domaines suivants: médecine humaine, médecine dentaire, médecine vétérinaire, pharmacie et chiropratique. L'ordonnance sur le registre est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2008.

Office fédéral de la santé publique OFSP (photo: iStockphoto)

### Objectif de cette nouvelle banque de données

Le législateur cite l'information et la protection des patients comme but premier du registre. La mobilité croissante du personnel médical et des dentistes à l'intérieur de la Suisse et au sein de l'espace européen notamment, place les autorités cantonales chargées de l'octroi des autorisations face à d'importants défis. Il s'agit de la première banque de données centrale et supracantonale qui contienne des informations détaillées concernant les qualifications professionnelles et

les autorisations cantonales d'exercer pour les professions mentionnées ci-dessus. Cette nouvelle banque de données en ligne propose aux autorités cantonales délivrant les autorisations des données personnelles standardisées ainsi que des données fiables concernant les diplômes et titres de formation postgrade. L'accès simple aux autorisations d'exercer la profession de tous les cantons ainsi qu'aux données personnelles particulièrement sensibles (p. ex., mesures disciplinaires) augmentent la transparence et la sécurité. Agissant comme plaque tournante, l'OFSP

recueille ces données et les met à la disposition des services cantonaux habilités, lorsque ceux-ci en font la demande. Cette mesure doit permettre de simplifier la procédure pour l'octroi des autorisations cantonales d'exercer.

### Travaux actuels

L'OFSP a réuni les données relatives au personnel médical provenant de sa propre banque de données, qui recense les personnes titulaires de diplômes fédéraux ou de diplômes étrangers reconnus, avec les données provenant de toutes les banques de données des organisations professionnelles et de santé suisse. Les autorités cantonales délivrant les autorisations disposent désormais d'une base de données aussi complète que possible. D'ici à fin 2009, l'OFSP, les organisations professionnelles et les autorités sanitaires cantonales examineront et compléteront les informations concernant les près de 60 000 membres du personnel médical. Ceci afin d'obtenir des données d'une qualité optimale. Conformément à l'ordonnance sur le registre, le public intéressé pourra, au 1<sup>er</sup> janvier 2010, accéder à la banque de données, via l'adresse Internet [www.medreg.admin.ch](http://www.medreg.admin.ch).

### Quelles données le registre contient-il?

Le registre contient les données personnelles ainsi que tous les diplômes et titres postgrades fédéraux ou étrangers reconnus (les quatre titres postgrades en médecine dentaire). Dès à présent, chaque praticien se voit attribuer, lorsqu'il reçoit son diplôme ou la reconnaissance pour celui-ci (membres UE/AELE), le numéro GLN (*Global Location Number*) grâce auquel il s'identifiera et qui l'accompagnera dans l'exercice de la profession. La Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) a également enregistré dans cette banque de données les diplômes postgrades de droit privé qu'elle délivre (au nombre de quatre à l'heure actuelle). Le registre ne contiendra pas d'informations concernant d'autres qualifications professionnelles, ou sur des domaines d'activité spécifiques. Les autorités cantonales délivrant les autorisations inscrivent les données concernant les autorisations de pratiquer. Au nombre de ces données, on compte les informations relatives à la gestion d'une pharmacie privée ainsi que les droits concernant l'utilisation de stupéfiants. De plus, l'OFSP et les autorités cantonales peuvent, en consultant le registre, savoir si une autorité cantonale délivrant des autorisations a pris des mesures disciplinaires (définitives) contre un praticien (p. ex. avertissement, retrait de durée limitée ou illimitée de l'autorisation d'exercer). Si l'OFSP dispose d'informations concernant des mesures disciplinaires prises envers des dentistes de l'UE qui ont demandé une re-



Tous les dentistes possédant une autorisation pour l'exercice indépendant de la profession doivent être inscrits dans le registre.

connaissance de leur diplôme en Suisse, il peut également intégrer ces données dans le registre. Seuls les retraits d'autorisation pour non-satisfaction des exigences ou les interdictions de pratiquer seront accessibles au public. Dans ce cas, l'information selon laquelle la personne concernée n'a pas d'autorisation est publiée. Les mesures mêmes ainsi que les motifs ne sont pas consignés dans le registre. Seuls l'OFSP et les autorités cantonales délivrant les autorisations y ont accès.

Une liste détaillée de toutes les données ainsi que des droits et des devoirs des partenaires impliqués se trouve dans l'ordonnance sur le registre [http://www.admin.ch/ch/f/rs/c811\\_117\\_3.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/c811_117_3.html).

### Nouvelle compétence pour l'attribution du numéro GLN

Dès à présent, tout dentiste se voit attribuer un GLN lorsqu'il reçoit son diplôme fédéral. L'attribution du GLN se fait également simultanément à la reconnaissance de diplômes provenant des Etats membres de l'UE/AELE ou à l'établissement d'une attestation d'équivalence pour les titulaires de diplômes de pays non-membres de l'UE (art. 36, al. 3, LPMéd). Le GLN figure désormais sur le diplôme et sur le titre postgrade; il est également publié dans le registre. La dénomination GLN est la nouvelle désignation pour l'EAN (*European Article Number*). Le GLN doit être mentionné dans toute communication et toute correspondance (papier à lettres, factures, page d'accueil). Il apparaît désormais au nombre des références sur le diplôme fédéral ou reconnu de chaque praticien.

#### Qu'est-ce que le GLN?

Le *Global Location Number* (GLN) est la nouvelle désignation de l'*European Article Number* (EAN). Il est attribué par l'OFSP à tout praticien lorsqu'il reçoit son diplôme ou la reconnaissance pour celui-ci et lui servira d'identifiant. Les EAN déjà attribués sont repris et restent valables.

Nous recommandons aux dentistes de l'UE/AELE qui ont besoin d'un GLN d'effectuer la procédure de reconnaissance, même si aucune raison légale ne les oblige à faire reconnaître leur diplôme (p. ex. dentistes assistants). Et ce pour la raison suivante: l'attribution d'un titre postgrade fédéral n'est possible que si le diplôme a été reconnu au préalable.

### Droits et devoirs de la SSO

La SSO – ou plus généralement les organisations professionnelles des cinq professions médicales universitaires – est tenue, conformément à la LPMéd, d'inscrire les titres postgrades fédéraux dans le registre. En revanche, l'inscription des

qualifications de droit privé (certificat de formation postgrade SSO) est facultative. Cette possibilité a été précisée dans l'ordonnance sur le registre à la demande des organisations professionnelles. L'OFSP est d'avis qu'une liste complète de toutes les qualifications sert non seulement à l'information du patient mais qu'elle est également dans l'intérêt du dentiste.

#### Quelles données ne sont pas publiques?

- Date de naissance
- Lieu d'origine
- N° AVS
- Données sensibles
- Charges et restrictions
- Adresse de messagerie

L'avantage du registre pour la SSO est que celle-ci peut intégrer à sa propre banque de données toutes les informations sur les nouveaux praticiens titulaires d'un diplôme fédéral ou étranger reconnu qu'elle aura trouvées dans le registre.

### Vos droits et devoirs en tant que dentiste

Conformément à la LPMéd et à l'ordonnance sur le registre, vous n'êtes pas tenu d'intégrer les données directement dans le registre. Ces données sont enregistrées par l'OFSP, la SSO et les autorités cantonales, conformément aux compétences prévues dans l'ordonnance sur le registre. En tant que dentiste et dans le cas où vous exercez une activité soumise à autorisation, vous êtes toutefois tenu de vous annoncer auprès des autorités cantonales délivrant les autorisations. Certaines autorités ont à ce propos demandé aux praticiens de leur canton de les aider dans la phase actuelle de correction et d'actualisation, car certaines données les concernant sont incomplètes ou plus d'actualité. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, vous pourrez annoncer directement dans le registre (adresse: voir ci-après) tout changement concernant votre activité professionnelle (p. ex. fermeture du cabinet, déménagement, interruption temporaire de l'activité, etc.). Les titres postgrades fédéraux et les certificats de formation postgrade SSO sont tenus à jour (en permanence) par le secrétariat de la SSO.

#### Que dois-je faire si mon nom n'apparaît pas sur [www.medreg.admin.ch](http://www.medreg.admin.ch) au 1<sup>er</sup> janvier 2010?

Veuillez vous adresser par courriel à l'OFSP ([medreg@bag.admin.ch](mailto:medreg@bag.admin.ch)).

### Accès au registre

Dès à présent, vous pouvez demander un nom d'utilisateur muni d'un mot de passe à l'adresse <https://www.medreg.admin.ch/Anmelden.aspx>. Les données d'accès vous seront communiquées

durant le 1<sup>er</sup> trimestre 2010. Vous pourrez ainsi consulter l'ensemble des données vous concernant et demander, par voie électronique, une correction des données erronées ou lacunaires que vous aurez constatées. Votre requête de modification sera ensuite communiquée au service compétent. Après examen, la modification sera effectuée et tous les partenaires impliqués dans le projet (autorités cantonales délivrant les autorisations, OFSP, organisations professionnelles) en seront informés en même temps. En outre, cela permettra à la population d'avoir, p. ex., accès à la nouvelle adresse de votre cabinet. Vous avez également le droit de faire une demande auprès de l'OFSP pour consulter des données personnelles particulièrement sensibles vous concernant si tel est le cas.

### L'essentiel en bref

- Le registre est une banque de données qui sert en premier lieu à informer et à protéger les patients.
- La banque de données centralisée facilite la collaboration entre les différents partenaires et augmente notamment le degré de transparence entre les autorités cantonales.
- Tous les dentistes possédant une autorisation pour l'exercice indépendant de la profession doivent être inscrits dans le registre.

#### Dois-je effectivement contrôler moi-même mes données dans le registre?

L'OFSP, les cantons et la SSO ont contribué avec le plus grand soin à rassembler toutes les données à leur disposition. Nous vous prions toutefois de vérifier les données vous concernant et de nous signaler d'éventuelles erreurs. Merci.

- De par la LPMéd, les autorités cantonales compétentes sont tenues de communiquer tout changement concernant les autorisations: octroi, refus ou modification d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant, limitation ou mesure disciplinaire.
- En ce qui concerne les dentistes, le registre des professions médicales ne constitue en aucun cas une nouvelle banque de données de référence permettant d'effectuer le décompte des prestations selon l'assurance obligatoire des soins (AOS).
- Un médecin titulaire d'une autorisation adéquate peut exercer la profession ainsi que tous les droits et devoirs que cela implique, même s'il ne figure pas dans le registre ou que son inscription comporte des lacunes (seule l'autorisation cantonale d'exercer la profession est déterminante). Il est toutefois recommandé de demander immédiatement une rectification de la situation.

# Ecueils et stratégies de la communication en médecine dentaire

## Première partie: la peur et la douleur

**Les pires erreurs que l'on puisse commettre dans ses rapports avec des patients craintifs sont notamment: ne pas aborder la question de la peur, la considérer comme puérile ou l'écarter d'un signe de la main et décréter qu'il est normal d'avoir peur. Ainsi, plus besoin de se pencher sur ce problème en particulier. Certes, la peur peut se mesurer dans son étendue et dans son intensité à l'aide de différents questionnaires validés, mais cela ne la rationalisera pas. Pour la gérer dans des situations de traitement délicates, il faut recourir à un certain nombre d'outils.**

Delia Schreiber, lic. phil., texte et photos

C'est le politicien américain Dean Rusk qui nous le demande: «Quand vous croyez que vous êtes en pleine confusion, prenez courage: vous n'êtes qu'en contact avec la réalité!» Nous ajouterons: avec la réalité du patient. Pour y faire face dans des situations de traitement difficiles, il faut disposer d'un certain nombre d'outils de base. Par des entretiens avec des spécialistes expérimentés de l'art dentaire, des stratégies valables ont été tirées de la pratique et développées afin d'aider de manière aussi efficace que possible les patients craintifs, qui souffrent de douleurs chroniques, de dépressions et d'affections ou déficiences stomatologiques graves, à retrouver une nouvelle qualité de vie.

En médecine dentaire, l'approche de la crainte et de la douleur peut s'avérer difficile parce que, du point de vue du soignant dont la propre santé est stable, il s'agit toujours d'une composante irrationnelle. Certes, la peur peut se mesurer dans son étendue et dans son intensité à l'aide de différents questionnaires validés, mais cela ne la rationalisera pas. La douleur peut se mesurer à l'aide d'échelles et de notions diverses du soignant, mais sa cause demeure bien souvent incertaine. A l'opposé de la profondeur quantifiable d'une poche du parodontite, de l'étendue d'une cavité carieuse observée dans le miroir, il est tout aussi difficile pour le patient que pour le soignant de ce faire de la douleur une représentation partagée de sa réalité.

Norbert Enkling, D<sup>r</sup> méd. dent. (Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne) propose son analyse: «Nous autres médecins dentistes sommes heureux lorsqu'un patient difficile ne revient pas nous voir. Mais ce patient, il est tout simplement allé s'asseoir dans un autre fauteuil. La notion de «patient à problèmes» reflète à l'évidence une certaine part d'impuissance. Elle implique que nous avons des patients sur les-

quels notre concept de communication n'a pas eu de prise, alors qu'il fonctionne à merveille par ailleurs.»

Le médecin-dentiste à l'habitude de considérer l'être humain et sa cavité buccale d'un point de vue biomécanique, car c'est ainsi qu'il parvient de la manière la plus rapide et la plus efficace à la réussite du traitement. Le patient «difficile» n'apporte pas seulement au cabinet dentaire une symptomatique objective avec lui, mais aussi ses propres interprétations, besoins, craintes, modèles de maladie et attentes. Nombre de ces éléments peuvent paraître irréalistes au soignant. Le professeur Régina Mericske-Stern, D<sup>r</sup> méd. dent. (Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne) résume ainsi le défi posé en matière de communication: «Notre communication est bonne avec la majorité des patients. Elle ne fait naufrage qu'avec un petit nombre d'entre eux. Les patients et leurs besoins sont très différents les uns des autres. Dans notre métier, ces caractéristiques individuelles sont d'une part passionnantes, mais elles peuvent aussi, d'autre part, créer des difficultés.»

### Toutes les peurs ne sont pas pareilles ...

Comment faire face à la crainte éprouvée par un patient? Il importe que le soignant se fasse une image précise de sa peur et qu'il rende ses impressions objectives. Norbert Enkling donne la description suivante de la stratégie: «Il faut déterminer l'intensité de la peur et jusqu'à quel point le patient en souffre. Nous commençons notre examen par un questionnaire à l'intention du patient.» Cet outil est un instrument qui convient à tout cabinet dentaire. Selon les questions, on parvient ainsi à filtrer rapidement les patients qui ont des craintes, des phobies ou d'autres états particuliers. Aussi bien le médecin traitant que son équipe peuvent alors aborder

les besoins particuliers de ces patients, ce qui favorise l'établissement de rapports de confiance et permet d'éviter la survenance d'autres traumatismes. «Si le patient appose une croix dans la case correspondant à la peur face à un traitement de médecine dentaire, on a déjà un point de départ permettant d'entamer le dialogue.»

D'autres questionnaires spécifiques sur la peur permettent ensuite de la décrire avec plus de précision: «Nous voulons savoir a) qu'elle est son étendue et b) quel est son sujet. Suivent d'autres questions d'anamnèse:

Depuis quand cette crainte se manifeste-t-elle? A quoi ressemble l'anamnèse familiale?

Comme ces craintes se sont-elles manifestées au cours de ces dernières années? Ont-elles évolué?» nous explique encore Norbert Enkling.

L'objectif, c'est d'obtenir du patient le plus grand nombre possible d'informations. Pour mener à bien un tel entretien, le médecin-dentiste doit pratiquer une écoute attentive et poser des questions complémentaires. Cette attitude d'intérêt à elle seule conforte l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et son patient. Sans elle, aucun changement n'est possible, ne serait-ce que dans les domaines psychique et émotionnel.

### Admettre la souffrance

Les patients ressentent avec des antennes très sensibles comment le soignant mesure et évalue leur peur. Les pires erreurs que l'on puisse commettre dans ses rapports avec des patients craintifs sont: ne pas aborder la question de la peur, la considérer comme puérile ou l'écarter d'un signe de la main et décréter que la peur est quelque chose de normal sur laquelle il n'est pas nécessaire de s'appesantir. Norbert Enkling nous met en garde contre d'autres périls: «Ce groupe de patients présente souvent une dentition en triste état et se voit déjà confrontés à maints reproches, ce qui constitue un traumatisme supplémentaire. De notre côté, il importe que le patient soit délivré de son sentiment de honte, car il est une entrave à la confiance. Nous devons lui donner l'impression que nous croyons à quel point il souffre de sa peur.»

En psychologie, cette étape s'appelle la reconnaissance de la souffrance. Le soignant s'efforce de comprendre la souffrance du patient sous tous ses aspects et il la reconnaît explicitement en tant que souffrance réelle. Cette reconnaissance à elle seule peut avoir pour conséquence que le patient se détende vraiment: souvent les patients passent un temps considérable et consacrent une énergie colossale pour que leur entourage comprenne à quel point leur situation est pénible pour eux. Bien souvent, leur comportement irrationnel leur vaut de nombreuses

critiques, au mieux des conseils bien intentionnés. Le seul fait d'être assis en face de quelqu'un qui témoigne d'une compréhension sans conditions, qui reconforte et qui apporte un espoir en ayant appréhendé leur état de malade dans toutes ses dimensions permet de s'affranchir de cette misère.

### Afficher sa compétence

Le patient éprouve un nouveau soulagement lorsqu'il s'aperçoit que son interlocuteur connaît bien la nature de son problème, nous explique Norbert Enkling: «Nous faisons en sorte que le patient sache qu'il n'est pas le seul à présenter des symptômes semblables. Souvent en effet, il éprouve un sentiment de honte dans l'idée que sa souffrance représente quelque chose «d'anormal.» C'est pourquoi les membres de son équipe remettent aux patients une fiche d'information de deux pages qui explique, par exemple, que près de 10% des patients adultes vivent une crainte aiguë des soins de médecine dentaire. C'est ainsi que le patient découvre que sa souffrance, qu'il a peut-être cru unique pendant long-

temps, fait l'objet d'une approche effective et que, peut-être aussi, il se trouve en de bonnes mains. Il peut ainsi éprouver un nouveau soulagement: il lui semble désormais qu'il se trouve en un lieu où tout est mieux que ce qu'il a connu jusqu'alors ou que ce qu'il avait imaginé jusqu'à maintenant. Il sera ainsi de mieux en mieux disposé à s'allonger sur la fauteuil.

### Un langage qui ne connaît pas la peur

Les zones de notre cerveau qui correspondent à notre subconscient ne comprennent aucun déni. Quand un soignant bien intentionné croit calmer le jeu par un: «N'ayez pas peur! Ça ne fait pas mal!» le patient n'entend que les mots «peur» et «mal» même s'il s'en défend avec énergie au niveau de sa conscience. Les images revêtent une importance considérable dans les situations où les émotions entrent en jeu. Chacune de nos phrases communique au patient une image: c'est là un instrument que nous pouvons utiliser pour contribuer à le détendre plus profondément. Ce concept repose avant tout sur l'hypnothérapie. Le Professeur Christian

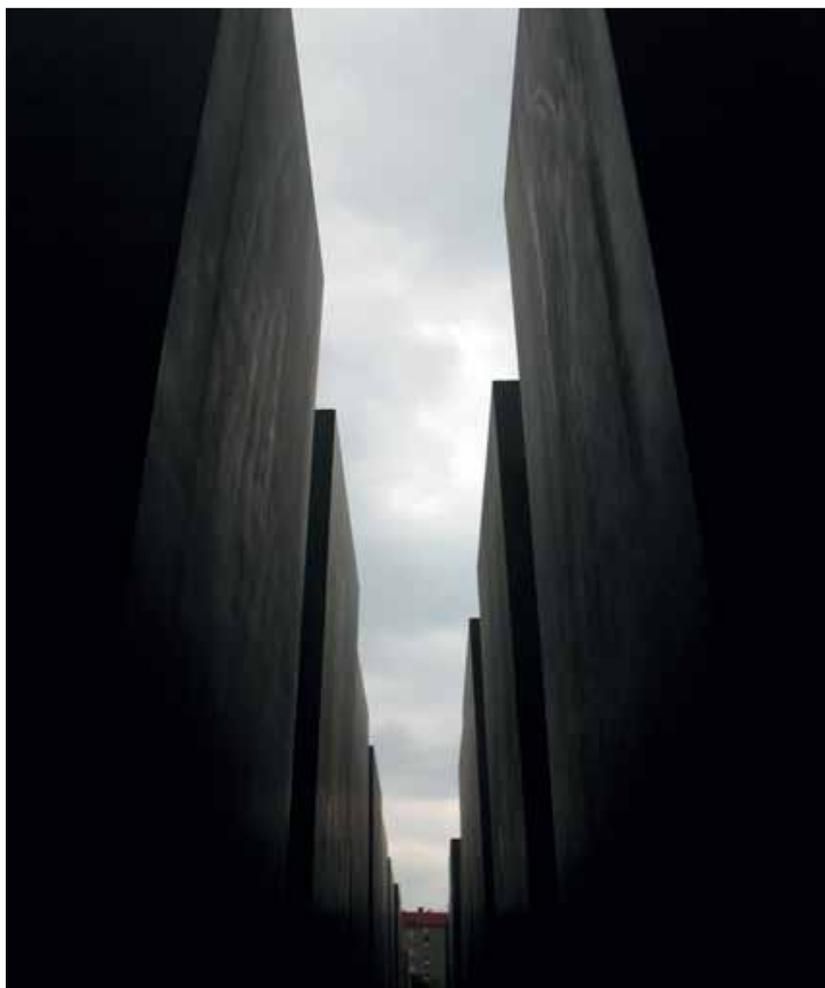
Besimo, D<sup>r</sup> méd. dent. (Cliniques universitaires de médecine dentaire de Bâle, Clinique Esculape de Brunnen), nous décrit son concept de communication avec les enfants: «Chez nous, il n'y a pas de piqûres, mais un élixir du sommeil qui va donner un oreiller à la dent (c'est bien ce dont il s'agit pour une anesthésie locale) pour qu'elle s'endorme... et pendant qu'elle s'endormira, nous pourrons la soigner. Elle se réveillera une fois de retour à la maison. On peut recourir à ces images avec les adultes aussi, sous une forme adaptée. Au lieu de dire avec une connotation négative: «Maintenant, je vais vous piquer», on dira par exemple: «Je vais maintenant procéder à l'anesthésie et tout va s'endormir. Pendant ce temps, vous pouvez vous imaginer dans un endroit qui vous plaît et où vous aimeriez bien vous trouver en ce moment!» Il ne faut pas dire: «Ça ne fait pas mal» car, en le disant, on éveille immédiatement l'idée que cela pourrait faire mal... De plus, il faut toujours dire la vérité, car si cela fait mal, alors on aura perdu la confiance du patient. Il est préférable de dire par exemple: «Maintenant, ça va peut-être être peu agréable pendant un moment. On se réserve ainsi la possibilité de susciter à tout moment des associations positives.»

### Le sentiment reconfortant de maîtriser la situation

L'une des nombreuses peurs des patients craintifs est de perdre leur contrôle des événements. Le sentiment de maîtriser la situation, nous pouvons le leur donner en convenant de signes non verbaux pour la durée du traitement: «Il vous suffira de lever la main gauche, car je l'ai toujours dans mon champ de vision. Dès que vous la lèverez un petit peu, j'arrêterai tout, tout de suite.» Suivre ce conseil de Norbert Enkling, c'est restituer au patient le contrôle par lui-même de la situation, sous sa propre responsabilité. On peut aussi expliquer au patient que l'on peut, en médecine dentaire, s'arrêter à tout moment. Peut-être faudra-t-il alors répéter une étape du traitement, mais la vie ne sera jamais mise en danger.

Ce que l'on nomme le «bras magique» pour les enfants, ou le «bras de contrôle» pour les adultes est également un élément essentiel en hypnose afin de conforter le sentiment du patient qu'il reste maître de la situation. La crainte de devoir suspendre le traitement à tout moment et pendant toute sa durée, Christian Besimo l'assume: «Nous travaillons fréquemment avec le «bras magique» et l'expérience montre que le traitement n'est que rarement interrompu.»

Le bras magique nous permet d'impliquer le patient dans le traitement en lui donnant, au vrai sens du terme, une possibilité d'action. Un autre



La peur réduit l'angle de vision/Mémorial de l'Holocauste à Berlin (photo de Berthold Kamps/Pixelio).

moyen de l'impliquer dans le traitement, c'est de fixer un miroir au scialythyque. Le patient pourra le régler à sa guise et il aura le choix de suivre le déroulement du traitement, ou de ne rien voir de sa cavité buccale. Nombreux sont les patients qui se sentent apaisés lorsqu'ils ont ainsi l'impression d'être impliqués dans le traitement. Christian Besimo nous explique le processus interne pour le patient: «Il lui semble ainsi qu'il maîtrise entièrement la situation et qu'il peut laisser faire une fois que la confiance règne entre lui et le soignant. Pour certains, ils sont tellement calmés qu'au bout d'un moment ils ferment les yeux et entrent en transe après avoir longtemps fixé le miroir.»

Pour éviter la naissance même de la crainte du traitement, l'image du monde extérieur de Christian Besimo peut aider toute l'équipe du cabinet dentaire: «Les spécialistes dans le monde médical ne se rendent souvent pas compte que, lorsqu'il entre dans un cabinet dentaire ou dans une clinique, le patient met le pied dans un monde inconnu. C'est un monde qui lui est étranger, aux coutumes étranges elles aussi, tout comme la culture et un langage qu'il lui faut traduire dans le sien. Lorsque nous remarquons que quelque chose ne va pas, nous devrions toujours nous demander si nous nous sommes exprimés dans une langue que notre interlocuteur comprend.»

### Qu'est-ce que la douleur?

Lorsque survient une douleur aiguë, le médecin ou le médecin-dentiste pose toujours les questions classiques: «Où est-ce que ça fait mal? Quand est-ce que ça fait mal? A quel point cela fait-il mal?» Dominik Ettlin, D<sup>r</sup> méd. et méd. dent. (Centre de médecine dentaire, de chirurgie buccale et de stomatologie de l'Université de Zurich – ZZMK), insiste sur le fait que cela ne suffit pas dans le cas des douleurs chroniques: «Plus longtemps dure la douleur, moins importante est la douleur elle-même que les inconvénients qui en résultent.» L'écrivain suisse récemment disparu Hugo Lötscher se fait dans son dernier ouvrage l'avocat de la responsabilité personnelle: «Plus la douleur s'éloigne du corps, plus elle devient douleur de l'âme et douleur de l'esprit, plus apparaît une douleur à laquelle l'homme lui-même a contribué et dont il assume la responsabilité.» (Tiré de: *War meine Zeit meine Zeit*, Diogenes Verlag, Zurich 2009, p. 79)

Un changement de paradigme s'annonce sur la question des causes des douleurs chroniques. Si, en présence de douleurs chroniques, on ne trouve pas de cause somatique, le soignant inexpérimenté s'en trouve déstabilisé et potentiellement soumis à un néfaste besoin d'agir à tout prix, ainsi que le précise Dominik Ettlin. Pour

le patient, l'absence de diagnostic équivaut à une perte de maîtrise, car il ne sait pas ce qui ne va pas avec lui. Dominik Ettlin explique que la tentation est grande alors de classer le problème dans la rubrique des pathologies psychiques: «Ceci est contredit par les découvertes biologiques de la dernière décennie. Lorsque l'on traite une dent, on manipule souvent le nerf trijumeau qui l'innerve, ce qui peut entraîner des manifestations très diversifiées, comme par exemple des dysfonctionnements des nerfs. La douleur peut alors migrer de la dent vers la tête, jusqu'à l'épaule. Autrefois, on attribuait une douleur de cette nature à une cause psychique. On sait aujourd'hui qu'une douleur chronique peut naître sans cause somatique, en raison d'altérations neuronales.» Afin d'exposer ces processus complexes au patient de manière compréhensible, il les explique à partir des sensations ressenties lors d'une anesthésie locale: «Dès que l'effet de l'injection se manifeste, votre cerveau vous dit 'T'as une grosse lèvres! Mais si je vous passe un miroir, vous verrez que votre lèvre est tout à fait normale. Mais votre cerveau croit le contraire et il est absolument convaincu que votre lèvre est énorme.» C'est ainsi que de très petites altérations le long d'un nerf périphérique peuvent provoquer des interprétations erronées dans le système nerveux central que les autres ne peuvent plus s'expliquer. «Ce sont toutefois là des processus biologiques. Il n'y a aucune problématique psychologique», souligne Dominik Ettlin.

En général, nous ne sommes pas le premier recours pour les patients souffrant de douleurs chroniques. Ils ont souvent déjà passé par une tentative de thérapie qu'ils ont peut-être entreprise pleins d'espoir, mais qui les a ramenés à *status quo*. Souvent, des traitements invasifs ont été pratiqués: dents extraites, obturations radiculaires. Les aspects de communication évoqués pour les patients craintifs valent également pour les patients souffrant de douleurs chroniques. Norbert Enkling le résume comme suit: «Nous faisons tout d'abord entendre au patient que nous croyons qu'il éprouve des douleurs. Pendant l'entretien, il s'agit tout d'abord de reconstituer tout l'historique. Nous pouvons alors présenter les interactions entre les différentes thérapies essayées et expliquer ensuite pourquoi l'approche thérapeutique n'a pas réussi dans la durée. Nous parlons d'autres exemples de patients afin de lui montrer qu'il y a d'autres personnes dans la même situation et que l'on a l'expérience de cas de cette nature.» Ici aussi, les questionnaires pour le diagnostic différentiel ont leur place. Norbert Enkling recommande de ne pas seulement laisser les patients se raconter, mais de structurer l'entretien relativement tôt,

sans focaliser tout de suite la question sur la cavité buccale.

### Convaincre le patient de collaborer

Les patients qui souffrent de douleurs chroniques ont souvent vécu un parcours très pénible parsemé de nombreuses désillusions. Christian Besimo nous met en garde contre le risque qu'ils s'attendent à être libérés de leurs souffrances, ce qui demeure malheureusement un espoir irréaliste du point de vue du résultat du traitement. L'essentiel, c'est de convaincre le patient de collaborer. Sinon, toute thérapie durable risque de courir à l'échec. Les experts sont unanimes: «Tout patient qui se plaint de douleurs en a, même si nous ne trouvons rien au plan somatique.» On peut assumer tranquillement ne pas en trouver de cause. Il faut alors expliquer au patient les processus qui peuvent entrer en jeu. En règle générale, l'objectif du traitement des patients souffrant de douleurs chroniques, c'est de les réduire, pas de les éliminer complètement. Si ce fait est communiqué dès l'abord, on évitera de décevoir un patient dont les attentes sont excessives. L'observation de soi-même entre dans le cadre de la coopération. Plusieurs fois par jour, il faut essayer de déterminer ce qui se passe et dans quelle situation, d'un point de vue «technique» de la douleur. Le patient peut ainsi apprendre avec le temps à comprendre le cheminement de sa douleur propre. S'il collabore, il s'apercevra qu'il ne s'agit pas de processus somatiques au premier chef, mais qu'il est possible que d'autres facteurs sociaux ou psychiques puissent renforcer la douleur ou, au contraire, la diminuer.

De nombreux patients ont vécu l'expérience d'être délivrés de leur douleur. Dominik Ettlin nous explique que la douleur peut toutefois être très activement modélisée: «Je peux très facilement convaincre Thomas l'incrédule en recourant à la technique du «biofeedback». Des paramètres objectifs lui démontrent que des exercices de décontraction réduisent le tonus musculaire. Dès lors, les patients croient de nouveau qu'ils sont capables d'acquiescer un certain contrôle sur le cheminement de leur douleur: certes, la douleur est présente, mais elle n'a plus le pouvoir d'influencer tous les autres aspects de l'existence. La capacité d'avoir du plaisir ne doit pas se perdre.» C'est ainsi que l'on peut reconquérir une bonne part de qualité de vie.

### Tirer parti des ressources

Il faut, d'une part, que le patient apprenne en se fondant sur l'observation de lui-même quels sont les facteurs de stress qui renforcent sa douleur puis, d'autre part, qu'il tire parti de ses ressources propres pour leur faire contrepoids. On

recommande, dans la thérapie contre la douleur, de partir dès l'abord à la recherche de ces ressources chez le patient. Cela peut se faire dès l'anamnèse. On recherche les ressources dont le patient dispose pour l'appuyer, que ce soit dans le domaine privé, par ses relations, sur son lieu de travail, et quelles autres ressources concevables pourraient être mises à profit. Il importe aussi d'inciter le patient à approfondir ces recherches: quelles stratégies ont-elles porté leurs fruits à l'occasion de conflits et de problèmes antérieurs? Puis-je à nouveau tirer parti de ces ressources-là?

Les douleurs de longue durée peuvent mener à des états dépressifs et ainsi à se concentrer sur les aspects les plus négatifs. Résultat: découragement, moins d'efforts pour se relever et par voie de conséquence, accumulation d'échecs. Les ressources internes et externes sont susceptibles d'être bien vite oubliées. C'est pourquoi un objectif précoce et récurrent du traitement doit être le soutien apporté au patient dans ce domaine, afin de rompre cette spirale négative.

Dominik Ettlin recommande de se demander régulièrement à partir de quand la référence au psychologue deviendra nécessaire: «C'est un processus qui demande du temps, de la patience et, souvent également, des aptitudes particulières en matière de communication. Je dois découvrir à temps quand je dois référer le patient, lorsque tout simplement je ne les maîtrise plus suffisamment, ces aptitudes.»

#### Nécessité d'une approche interdisciplinaire

Il est souvent difficile de référer son patient à un psychothérapeute pour le soutenir. Norbert Enkling en esquisse les raisons: «Le problème, c'est que nous avons bel et bien à faire à des notions empreintes de négatif, telles que la psychothérapie et le suivi psychologique. Le patient va alors soupçonner: «Voilà qu'il me prend maintenant pour un cinglé!» ou bien: «Il veut se débarrasser de moi!» Lorsque'un patient est référé à un psychologue par son médecin-dentiste, il faut lui expliquer d'abord très soigneusement quels sont les objectifs d'un soutien psycholo-

gique. Il faut aussi que le soignant reste à sa disposition et qu'il garde la main pour que le patient ne se sente pas rejeté. Norbert Enkling souligne toute l'importance de propositions concrètes: «Il est important de suivre des chemins balisés. Nous ne pouvons pas envoyer plus loin le patient avec un «Vous devez maintenant aller voir un psychiatre ou un psychologue...» Nous devons proposer des adresses dont nous sommes nous-mêmes convaincus.» Norbert Enkling utilise le terme de mental coaching. L'expérience montre que ce terme entraîne moins de rejet que tout autre contenant la racine «psycho».

Dominik Ettlin démontre les avantages que présente une équipe interdisciplinaire pour la thérapie contre la douleur: «Au sein d'une équipe interdisciplinaire, nous pouvons obtenir des succès spectaculaires. Mais il faut vraiment une équipe constituée. Le combattant solitaire sera souvent dépassé, car il ne manquera pas de se trouver également confronté à des aspects émotionnels qui ne sont pas à la source de la douleur, mais qui exercent une influence sur elle. Notre équipe compte un psychiatre et des femmes psychologues. Lorsque l'une de ces personnes peut être sur place lors d'un entretien, le patient accepte beaucoup plus volontiers d'aborder également les aspects psychologiques. Si elle explique au patient que toute atteinte corporelle a des répercussions au plan spirituel, alors la plupart des gens comprennent qu'il y a aussi des interactions à ce niveau et qu'il vaut la peine bien sûr de s'adresser au physique, mais sans négliger l'autre plan.»

#### La confiance par l'empathie

Dans des entretiens avec des experts, on remarque la fréquence de la survenance du mot «confiance». Ils sont unanimes: la confiance, c'est l'alpha et l'oméga du traitement des patients qui posent au médecin-dentiste des défis tout particuliers. Un élément constitutif essentiel de la confiance du patient, c'est l'attitude du médecin-dentiste vis-à-vis de sa souffrance. Le pas le plus important est franchi lorsque le patient remarque que sa douleur ne lui est pas indifférente. Le mot magique ici, c'est l'empathie.

Dominik Ettlin recommande aussi un autre outil essentiel dans la communication: le mutisme. «Attendez, écoutez! Certes, nous nous considérons comme un interlocuteur important; mais l'essentiel, c'est quand même et toujours le patient. L'écoute crée des liens. Le silence approfondit ce lien. Je pense que c'est une forme de l'expression du respect. Quant à savoir quand on se tait, et combien de temps on va se taire, il n'y a pas de règle absolue. La réponse, c'est l'expérience et le vécu qui la donnent.»



Les douleurs chroniques amènent une focalisation sur le négatif (photo de Maren Beler/Pixelio).

## Assurer la sécurité des produits thérapeutiques

**La Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques, LPT) est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002. C'est elle qui régit l'application des produits thérapeutiques et la mise en pratique de règles d'hygiène dans les cabinets des médecins et des médecins-dentistes. Swissmedic, sur mandat de la Confédération, est chargé de surveiller le respect des dispositions légales. Le Professeur Hermann Berthold, D<sup>r</sup> méd., D<sup>r</sup> méd. dent., délégué de la SSO auprès de l'Institut suisse des produits thérapeutiques Swissmedic, nous informe des résultats actuels obtenus par Swissmedic.**

Hermann Berthold, Senior Consultant en chirurgie orale et maxillo-faciale (photos: iStockphoto)

### Swissmedic tire un bilan positif

Dans son rapport d'activité 2008 qui vient d'être publié (2), l'Institut Swissmedic communique qu'il est parvenu à développer ses relations avec les autorités partenaires à l'étranger, relations qui contribuent très notablement «à garantir et à améliorer la sécurité des produits» et «à diminuer les risques pour la santé publique». L'Institut suisse des produits thérapeutiques donne l'assurance que seul des médicaments de haut niveau qualitatif, sûrs et efficaces sont commercialisés en Suisse. En outre, Swissmedic fait savoir qu'il est parvenu à «préserver le niveau actuel des exigences posées en matière de contrôle des produits thérapeutiques en Suisse».

Par ailleurs, les activités «dans le cadre du projet d'implémentation d'un système de gestion de la qualité (QMS) à l'échelle de l'institut» sont parvenues à leur terme. Les principales conditions sont donc réunies qui «permettront à Swissmedic d'exécuter sa mission avec davantage d'efficacité tout en conservant le même degré élevé de qualité».

L'Institut a également collaboré «à la deuxième révision partielle de la loi sur les produits thérapeutiques» qui a été entreprise depuis le début 2008. Le point central de cette révision est «le rapprochement avec le droit européen au sens d'une harmonisation».

### Nouvelle augmentation des annonces d'effets indésirables des produits thérapeutiques

La section «Vigilance» enregistre les risques liés aux médicaments qui sont rapportés dans les annonces provenant de Suisse et qui concernent des médicaments à usage humain (pharmacovigilance), des produits sanguins labiles (hémovigilance) et des médicaments à usage vétérinaire (pharmacovigilance pour les médicaments vétérinaires). Les annonces spontanées sur des effets

indésirables interviennent en règle générale par l'intermédiaire des centres régionaux de pharmacovigilance en Suisse (voir l'annexe RMSO 5/2009) ainsi que par celui des entreprises du secteur pharmaceutique. Ces annonces permettent à Swissmedic de saisir les risques présentés par les produits thérapeutiques et d'initier des mesures ciblées. Au cours de ces dernières années, il a fallu limiter l'application d'une série de médicaments, ou exiger des fabricants de nouveaux avertissements dans l'information destinée aux patients jointe aux produits thérapeutiques. Voici qui souligne une fois encore toute l'importance du respect de l'obligation d'annonce en présence d'effets indésirables.

Dans un récent communiqué de presse (1) sur la fréquence des effets indésirables (EI) des mé-



Swissmedic contribue à réduire les risques pour la santé qui sont liés aux médicaments, grâce à une coopération améliorée avec les autorités étrangères partenaires.

dicaments en 2008, Swissmedic signale à nouveau une augmentation du nombre des annonces. La tendance des exercices précédents ne fait ainsi que se confirmer.

Le nombre d'annonces d'effets indésirables présumés de médicaments a augmenté de 15% pour s'établir à 4833. En 2008 les annonces d'EI transmises par les centres régionaux de pharmacovigilance ont augmenté de 22% par rapport à l'année précédente. De leur côté, les annonces des entreprises pharmaceutiques ont augmenté de 10%.

On constate pour la première fois en 2008 que les patients ont fait «largement usage» de leur droit de signalement énoncé dans la loi sur les produits thérapeutiques. Une organisation de patients sur des EI psychiatriques présumés après traitement contre l'acné par des préparations à base d'isotrétinoïne administrées par voie orale. Swissmedic a alors émis des recommandations actualisées sur l'utilisation correcte de ces préparations en collaboration avec la Société suisse de dermatologie et de vénéréologie (SSDV).

A ma demande, Swissmedic m'a informé qu'en 2008, les effets indésirables de médicaments annoncés (en se fondant sur une classification anatomo-thérapeutique) concernaient le plus fréquemment les groupes thérapeutiques de produits thérapeutiques suivants (7):

- Médicaments destinés au traitement des affections du système nerveux central (anesthésiques, neuroleptiques, antidépresseurs, antipsychotiques, hypnotiques, sédatifs, etc.)
- Moyens antinéoplastiques et immuno-modulateurs
- Antiphlogistiques, antirhumatiques, etc.
- Anti-infectieux, y compris les vaccins
- Moyens antithrombotiques

### Sous-déclaration (underreporting)

Toutes ces données ne concernent que les EI signalés, et non les EI qui sont effectivement survenus! «En Suisse également, il existe un important «underreporting». Les données internationales tendent à prouver que seulement 10 à 20% des effets indésirables sont effectivement annoncés.» (7)

L'Institut Swissmedic ne peut fournir aucune indication différenciée sur les EI annoncés par les médecins-dentistes, car les rapports de signalements transmis par les centres de vigilance sont anonymisés, aussi bien pour ce qui est de l'annonceur que du patient. Il en résulte que le centre de vigilance de l'Université de Berne n'a enregistré aucune annonce en provenance du corps des médecins-dentistes en 2008 (communication personnelle).

Il convient ici de mentionner une fois encore que, depuis l'entrée en vigueur de la loi sur les produits thérapeutiques au début 2002, les personnes dont le métier est la remise ou l'application commerciale de médicaments ont l'obligation de signaler à Swissmedic les incidents ou effets indésirables inconnus qu'elles observent.

### Forte augmentation des importations illégales

Dans le passé, Swissmedic a souvent rappelé les risques liés à l'achat de médicaments sur internet, car les produits importés par ce canal sont susceptibles de mettre la santé en danger (3, 4). De plus, une limite est imposée par la loi aux personnes privées lors de l'acquisition de médicaments en provenance de l'étranger: il est interdit de se procurer plus d'un mois de consommation pour ses besoins personnels.

Cependant, pendant le premier semestre 2009, le nombre des saisies d'importations illégales de médicaments a augmenté de 92% par rapport au premier semestre 2008 (6). La moitié des envois saisis provenaient d'Asie. C'est l'Inde qui a connu l'augmentation la plus spectaculaire. Pourcentage des envois saisis en fonction de leur région de provenance:

- Asie (Inde 36%, Chine, Thaïlande 14%) 50%
- Europe de l'Ouest (notamment Allemagne, Grande-Bretagne, Grèce, Portugal, Espagne) 25%
- Europe de l'Est (Slovaquie, Kosovo, Bulgarie) 10%

Produits les plus fréquemment saisis:

- Produits favorisant l'érection 24%
- Agents psycho-pharmaceutiques 3%
- Produits pour la perte de poids 14%
- Préparations pour la musculation 12%
- Produits hormonaux de renforcement des défenses 3%
- Agents de croissance capillaire soumis à ordonnance 8%
- Antidouleurs 4%

Sont expressément signalés les risques liés à l'acquisition de produits amaigrissants, car c'est dans ce secteur que l'on constate une augmentation particulièrement marquée.

La plupart des «produits minceur» contiennent des agents actifs soumis à ordonnance tels que le rimonabant, la sibutramine et l'orlistat. La prise de produits thérapeutiques contenant ces agents actifs ne doit cependant intervenir que sous «suivi médical». Il faut également tenir compte de nombreuses contre-indications et mesures de précaution, spécialement lors de la prise de sibutramine, dont le non-respect peut entraîner «des risques graves pour la santé».

Dans le cas d'autres médicaments de marque tels que Reductil, Xenical, Acompli, il peut s'agir

de «contrefaçons» et même de certaines imitations, pour la plupart fabriquées en Inde, dont «l'agent actif est souvent incertain...».

C'est pourquoi Swissmedic lance à nouveau un pressant avertissement contre tout achat de médicaments via internet.

### Swissmedic lutte contre la criminalité dans le domaine des produits thérapeutiques – commerce accru de contrefaçons de médicaments

Comme déjà indiqué, Swissmedic considère que sa mission principale est d'assurer la sécurité des produits thérapeutiques ainsi que la protection des patientes et des patients. Son unité «Contrôle des médicaments illégaux» rassemble les annonces des privés, pharmaciens et médecins, ainsi que celles des entreprises pharmaceutiques, concernant les produits thérapeutiques non autorisés. Swissmedic assure la surveillance du marché dans une optique orientée risques et en réseau avec les autorités cantonales et internationales. Swissmedic informe dans ce contexte sur une coopération internationale renforcée avec différentes instances de l'UE, du Conseil de l'Europe et aussi avec d'autres pays.

La collaboration avec les instances internationales a permis un échange d'information harmonieux en collaboration avec les autorités étrangères. Ceci est important non seulement du point de vue des contrefaçons de médicaments, mais sert également la «lutte contre la criminalité dans le domaine des médicaments» (5).

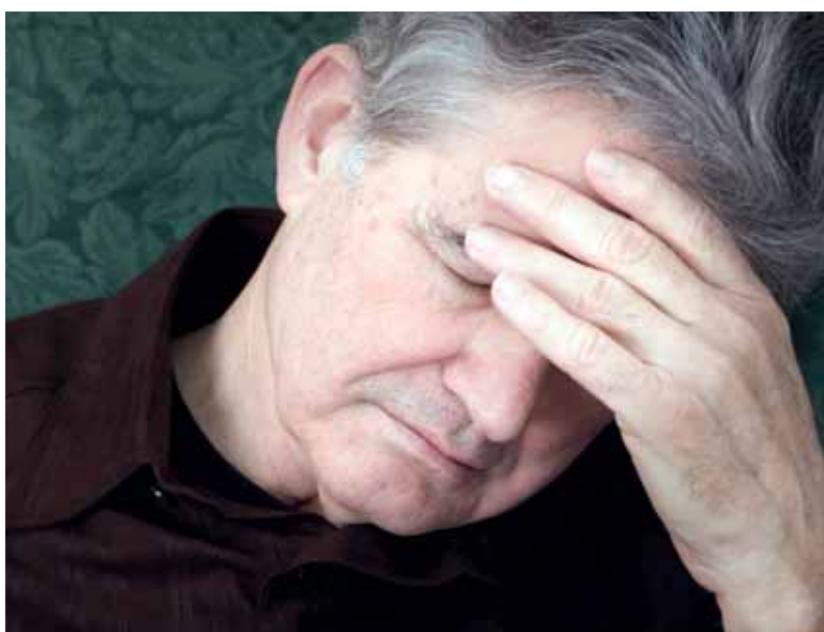
En 2008, Swissmedic a enregistré 294 annonces concernant le commerce illégal de produits

thérapeutiques. Dans un quart des cas (72 signalements), il s'agissait de distribution illégale (5). Ce sont des entreprises ou des privés qui vendent des médicaments à des tiers qui, à leur tour, les remettent à des patients. Dans 55 de ces cas (sur 72 annonces), des mesures adaptées ont pu être prises. Ainsi des entreprises se sont vu retirer la distribution, les marchandises ont, dans un cas, été retirées du commerce de gros et leur destruction a été ordonnée. Dans plusieurs cas, des procédures pénales ont été engagées contre les responsables.

Les activités de Swissmedic ont également bénéficié de la poursuite de l'efficace collaboration avec les autorités étrangères dans la lutte contre la criminalité internationale dans le domaine des médicaments. C'est ainsi que les autorités de contrôle des pays d'origine européens ont été à plusieurs reprises averties par l'Institut d'un commerce de contrefaçons ou de produits thérapeutiques non autorisés. En réciprocité, Swissmedic a reçu 12 communications de l'étranger à l'origine de mesures prises par l'institut dans quatre cas de distribution illégale (5).

### Bibliographie

1. Nouvelle hausse du nombre d'annonces d'incidents indésirables en relation avec des produits thérapeutiques  
Journal Swissmedic 5/2009
2. Rapport d'activité de Swissmedic 2008 – La sécurité des produits thérapeutiques reste au cœur des préoccupations  
Journal Swissmedic 6/2009



Pharmacovigilance: c'est en 2008 que les patients ont pour la première fois fait «notablement» usage de leur droit de signaler des effets indésirables, droit ancré dans la loi.



Selon le Professeur Berthold, on constate un «under-reporting» très notable en Suisse: en comparaison avec les données internationales, ce ne sont que dix à vingt pour-cent des effets indésirables qui sont signalés.

3. Swissmedic met en garde contre les risques liés à l'achat de médicaments sur internet  
Journal Swissmedic 4/2008
4. Plus de sécurité pour les patients grâce à la lutte contre le commerce illégal et les contrefaçons de médicaments – Renforcement des contrôles par Swissmedic et en douane ainsi qu'intensification des conseils et de l'information dans les pharmacies  
Journal Swissmedic 10/2008
5. Swissmedic lutte contre la criminalité dans le domaine des médicaments  
Journal Swissmedic 2/2009
6. Nouvelle hausse massive des importations illégales  
Journal Swissmedic 7/2009
7. Caduff-Janosa, Pia, Swissmedic – Institut suisse des produits thérapeutiques, cheffe de la section Vigilance, division de la sécurité des produits thérapeutiques

lité ne doivent pas poursuivre uniquement des objectifs à court terme. Il faut continuer à promouvoir les innovations. La FMH tient à aménager, en collaboration avec le législateur et ses partenaires tarifaires, les conditions qui rendront possible une concurrence loyale fondée sur la qualité des prestations médicales.

### Transparence de la qualité pour les patients

La publication de données qualitatives ne doit pas avoir pour but de satisfaire aux exigences des médias. Il s'agit bien plus de tenir compte des besoins des patientes et des patients. La FMH encourage une transparence adaptée au groupe-cible: toutes les données qualitatives ne revêtent pas la même utilité et ne sont pas sujettes à la même interprétation pour différents interlocuteurs. Dès lors, toutes les données concernant la qualité ne se prêtent pas à une publication large. Des études de la FMH permettent de mieux connaître les besoins d'information des patients quant à la qualité des traitements médicaux.

### L'opinion de la FMH

## Transparence de la qualité pour les médecins et les patients

**Le contexte: de nombreuses activités en matière de qualité sont menées à bien dans les hôpitaux, les cabinets médicaux et les réseaux de médecins. Elles sont souvent trop peu visibles pour les patients et le public intéressé.**

Bulletin des médecins suisses, 2009; 90: 37

La FMH voit donc là une nécessité d'agir et se mobilise en faveur d'une plus grande transparence de la qualité des prestations médicales. Les médecins accomplissent une part importante du travail relatif à la qualité médicale. C'est pourquoi ils ont leur mot à dire lorsqu'il s'agit de déterminer quelles données doivent être collectées, évaluées et publiées. La FMH occupe une fonction coordinatrice au sein du corps médical. A ce titre, elle entretient des échanges avec les sociétés de discipline médicale qui définissent les activités relatives à la qualité dans leurs domaines spécifiques et les indicateurs destinés à la mesurer. La FMH représente le corps médical et élabore, en collaboration avec ses partenaires tarifaires, les fondements d'une transparence de la qualité bien comprise.

### La position de la FMH

La transparence de la qualité est utile à la gestion interne de la qualité. La transparence de la qualité est le fondement de la gestion interne de la qualité. Un travail systématique et continu sur la qualité aide celle ou celui qui le pratique à déceler ses forces et ses faiblesses. Des prestations médicales efficaces, adéquates et écono-

miques impliquent une évaluation bien pensée de la qualité, qui permette de se prononcer sur la qualité des traitements. L'objectif prioritaire doit être l'amélioration des résultats et non la diminution des coûts. L'un des bénéfices importants du travail qualitatif est la sécurité des patients. Des processus visant à limiter les erreurs préservent les patients de dommages et contribuent simultanément au caractère économique des prestations. Une culture transparente de la qualité profite à tous: patients, fournisseurs de prestations et assureurs.

### Concurrence fondée sur la qualité et pas uniquement sur les prix

L'évaluation et la publication d'indicateurs de qualité permettent de comparer les fournisseurs de prestations. Cela devrait permettre au patient de choisir plus facilement le médecin ou l'institution qui lui convient. La FMH s'engage en faveur d'une concurrence non biaisée: les données relatives à la qualité doivent être collectées et évaluées de manière correcte. Il convient de ne pas négliger les aspects du traitement médical qui ne figurent pas au centre de l'évaluation qualitative, et les activités dans le domaine de la qua-

### La qualité est aussi importante lors de la collecte, de l'évaluation et de la publication des données

Des données sur la qualité inexactes ou mal analysées empêchent le corps médical de démontrer la bonne qualité de ses prestations. Elles n'aboutissent pas à l'amélioration souhaitée et rendent impossible une saine concurrence entre fournisseurs de prestations. Enfin, les patients sont induits en erreur et leur confiance dans le système de santé s'en trouve amoindrie. Seule la publication de données de qualité exactes et intelligibles pour leurs destinataires déploie des effets positifs. Les chiffres n'ont de force probante que s'ils sont accompagnés des outils d'interprétation adéquats. C'est pourquoi la publication de données sur la qualité doit être régie par les critères élaborés à cette fin par un groupe de travail, placé sous l'égide de l'Académie suisse des sciences médicales. La publication de telles données n'a de sens que si elles représentent réellement la qualité des traitements. Pour que les indicateurs puissent délivrer des indications sur la qualité de l'activité médicale, ils doivent donc impérativement être définis en collaboration avec le corps médical.



## Un nouveau plan de formation pour les assistantes dentaires

### Des matières sensibles plus fortement pondérées

**Le nouveau plan de formation pour les assistantes dentaires avec CFC entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Ce sont maintenant des réunions d'information qui auront lieu à l'intention des titulaires de cabinets dentaires, des écoles professionnelles et des responsables des cours interentreprises, dans le but de préparer les enseignants et les maîtres d'apprentissage à l'introduction de cette formation revue et corrigée.**

Marcel Cuendet, président de la Commission des réformes AD (photo: iStockphoto)

La réforme de la formation des assistantes dentaires (AD) a demandé un travail considérable. Elle vient de parvenir à son terme couronné de succès avec la signature du nouveau plan de formation par le président de la SSO et par la directrice de l'OFFT le 20 août 2009. Le nouveau plan de formation AD entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010, en même temps que son ordonnance sur la formation.

Le groupe de travail «Mise en œuvre» va maintenant mettre sur pied des réunions d'information à l'intention des titulaires de cabinets dentaires, des écoles professionnelles, des responsables des cours interentreprises et des organes chargés des procédures de qualification, dans le but de préparer les enseignants et les maîtres d'apprentissage à l'introduction de cette formation revue et corrigée. Les premières personnes en formation commenceront sous ce nouveau régime en août 2010 et les premières procédures de qualification interviendront en 2013.

La nouvelle ordonnance sur la formation (titre officiel: «Ordonnance sur la formation professionnelle initiale d'assistante dentaire/assistant dentaire avec certificat fédéral de capacité (CFC)» définit les éléments voulus par le législateur, le plan de formation ainsi que le concept pédagogique professionnel. Le nouveau plan de formation AD concrétise ainsi l'ordonnance sur la formation professionnelle de base.

#### Niveaux C et leçons d'approfondissement

Le plan de formation AD réformé est devenu plus clair: pour chaque lieu de formation (école professionnelle, entreprise de formation, cours interentreprises), il y a maintenant une définition claire des matières enseignées. Chaque objectif de prestations se voit attribuer un niveau de difficulté déterminé, le niveau C (niveau de compétences).

Le tableau des leçons est plus ouvert: le nombre de leçons est désormais fixé pour chaque année

d'enseignement et non plus pour chaque semestre. Du temps est réservé pendant le dernier semestre qui pourra aussi être consacré à des leçons d'approfondissement. Les matières professionnelles ont été augmentées de 40 leçons et passent à 140 au total. Par ailleurs, le nombre de leçons portant sur l'administration est réduit de 180 à 140. Le nombre total de leçons reste fixé à 1080 sur l'ensemble des trois années d'apprentissage. Le nombre de jours d'école ne change donc pas.

Les cours interentreprises (CI) ont une durée de sept jours de huit heures chacun. Il y aura trois cours de huit heures pendant la première année d'apprentissage (cours I), également trois cours de huit heures pendant la deuxième année (cours II) et une journée de huit heures au cinquième semestre (cours III). Le nombre de CI est contraignant et ces cours sont subventionnés dans le même cadre qu'auparavant. Lorsqu'une organisation de CI désire proposer plusieurs jours, ce sera alors à elle qu'il incombera de les financer. Le contenu des CI est également fixé dans l'ordonnance sur la formation.

#### L'hygiène et la radiologie sont plus fortement pondérées

A la demande des représentants de la SSO, les matières «Hygiène» et «Radiologie» se voient attribuer une pondération renforcée. Certes, on n'a pu construire des matières en tant que telles, mais la pondération doublée de ces domaines particulièrement sensibles dans le contexte du cabinet dentaire met tout spécialement l'accent sur l'importance qu'ils revêtent. Il y a un domaine de qualification «travail pratique» d'une durée de deux heures dans lequel l'hygiène et la radiologie ont une pondération doublée. Dans le domaine de qualification qui fait l'objet d'épreuves écrites sur les «connaissances professionnelles», ces matières sont également affectées d'une pondération accrue. Le domaine de qualification «culture générale» et la note d'expérience font toujours partie de l'examen final. L'ordonnance sur la formation devrait maintenant avoir une durée de vie d'une quinzaine

#### Meilleure perméabilité dans la formation professionnelle

La nouvelle loi sur la formation professionnelle du 13 décembre 2002 fait obligation aux organisations professionnelles de réformer les anciennes filières de formation. Cette loi propose de nouvelles voies de formation professionnelle, encourage le décloisonnement dans la formation professionnelle et définit les exigences posées à la formation professionnelle supérieure en dehors des hautes écoles.



A la demande des représentants de la SSO, les matières «Hygiène» et «Radiologie» se voient attribuer une pondération renforcée.

d'années. Le plan de formation sera périodiquement adapté à l'évolution des circonstances (tous les cinq ans environ). Cette mission est confiée à la «Commission suisse pour le développement professionnel et la qualité de la formation». Sa composition est paritaire. Elle réunira huit à douze

représentantes et représentants de la SSO, deux à quatre de l'Association suisse des assistantes dentaires (Schweizerischer Verband der Dentalassistent-Innen – SVDA), ainsi que des représentants de la Confédération, des cantons et du corps enseignant. Le nouveau plan de formation

peut être téléchargé sur le site internet de la SSO: [www.sso.ch](http://www.sso.ch) (> La SSO > Professions du cabinet > Assistante dentaire). La nouvelle ordonnance ce trouvera bientôt, nous l'espérons, sur la page d'accueil du site de l'OFFT ([www.bbt.admin.ch](http://www.bbt.admin.ch) > Formation professionnelle initiale).

## Congrès / Journées scientifiques

Compte rendu du 39<sup>e</sup> Congrès annuel de la Société Suisse de Parodontologie (SSP), du 3 au 5 septembre 2009 à Zurich

### Aspects interdisciplinaires de la parodontologie

«Malgré un nombre croissant de liens avérés ou du moins supposés entre la parodontologie et d'autres affections, la complexité va s'accroissant, et il faut avouer que nous continuons à «nager» dans nombre de situations...», exprimait l'une des spécialistes à la fin de son exposé. Force est de constater qu'à l'instar des autres disciplines de la médecine dentaire, la parodontologie ne saurait évoluer dans une tour d'ivoire. Le mot d'ordre actuel s'appelle interdisciplinarité.

Thomas Vauthier, Möhlin (texte et photos)

Organisé par le Professeur Thomas Attin et le D<sup>r</sup> Patrick R. Schmidlin, PD, Clinique de médecine dentaire préventive, de parodontologie et de carologie, Centre de médecine dentaire, de chirurgie buccale et de stomatologie (ZZMK) de l'Université de Zurich, présidents du congrès, ainsi que par le D<sup>r</sup> Dominik Hofer, Langnau, président de la Société Suisse de Parodontologie (SSP), le 39<sup>e</sup> Congrès annuel de la Société Suisse de Parodontologie (SSP) était donc consacré aux «Aspects interdisciplinaires de la parodontologie». Les quelque 515 participants, médecins-

dentistes et hygiénistes dentaires, avaient une excellente occasion de suivre les présentations de conférenciers renommés provenant de la Suisse et de l'étranger, qui se sont exprimés sur une multitude d'aspects et de disciplines ayant des liens directs ou indirects avec la parodontologie.

#### Parodontite et état de santé général

Professeur Christof Dörfer, Clinique de médecine dentaire restauratrice et de parodontologie, Université de Kiel, Allemagne

Depuis environ quinze ans, la littérature décrit des associations entre parodontites et maladies cardio- et cérébrovasculaires, grossesses à complications, risque de naissance prématurée, pneumopathies récidivantes, gastrites, ostéoporose, arthrite rhumatoïde et diabète insulino-dépendant. Cependant, le rôle causal de la parodontite dans la survenue de ces maladies est encore loin d'être éclairci. Il existe certes un nombre toujours croissant d'indices d'une causalité, mais les effets ne sont pas tels que l'on puisse établir sans aucun doute que le traitement de la parodontite modifie les statistiques de morbidité ou de mortalité. L'un des problèmes principaux est l'impossibilité, pour des raisons éthiques, de réaliser des études interventionnelles.

Sur le plan pratique, la question de la prévention de l'endocardite est au premier plan. En l'état actuel des connaissances, dans 15,1% seulement des cas de cette affection redoutable et redoutée, des maladies buccales ou leur traitement sont incriminés, contre 14,5% pour des interventions médicales. Dans 52,5% des cas d'endocardite, la pathogenèse demeure non élucidée. Il y a un nombre croissant de preuves (évidences) indiquant que ce sont plutôt des bactériémies «spontanées» que des interventions médico-dentaires qui sont susceptibles de déclencher une endocardite. Par ailleurs, le risque de bactériémie diminue sensiblement après les traitements parodontaux, respectivement sous une prévention intensive. Pour ces raisons, selon les recommandations les plus récentes, la couverture par des antibiotiques durant les traitements dentaires doit rester réservée aux patients avec un risque très élevé d'endocardite, comme les porteurs de valvules artificielles ou de vices valvulaires accompagnés de cyanose, ou encore lors d'antécédents d'endocardite. De fait, l'efficacité protectrice des antibiotiques ne dépasse pas 49%!

#### Impossibilité de mener des études interventionnelles

Cet exposé a également passé en revue les liens ou associations supposés entre la parodontite et d'autres affections médicales, notamment le diabète, les complications durant la grossesse ou les naissances prématurées, et les maladies vasculaires. Là encore, il y a un nombre élevé d'indices indirects parfois contradictoires, sans que



Le Professeur Thomas Attin avait le plaisir d'ouvrir le congrès et de souhaiter la bienvenue aux congressistes.



Professeur Christof Dörfer: seulement 15,1% des endocardites bactériennes sont imputables à des maladies ou traitements buccodentaires!

l'on puisse étayer les hypothèses par des études interventionnelles. Qui plus est, les données récentes en matière de microbiologie et d'immunologie buccale sont déconcertantes. Dans des conditions physiologiques, la cavité buccale est colonisée par environ 19 000 espèces de germes, parmi lesquelles certains virus et archéobactéries vivant en association avec des bactéries parodontopathogènes sans que l'on connaisse leur influence sur l'étiopathogénèse des maladies parodontales.

Cette présentation passionnante s'est terminée par quelques réflexions sur la «complexité croissante» dans le domaine de la parodontologie. En effet, il a été démontré que certains facteurs de risque n'influencent pas seulement la maladie elle-même, mais également d'autres facteurs de risque. Les liens de causalité deviennent de plus en plus flous, l'ancien concept de linéarité disparaît. Le fait d'influencer un facteur a des répercussions sur tout le système.

### Approches pharmacologiques du traitement

Professeur Denis F. Kinane, Université de Louisville, USA

Il apparaît de plus en plus clairement que le traitement strictement mécanique et non chirurgical des parodontites bénéficie sensiblement d'un traitement antimicrobien adjuvant. De fait, les antibiotiques sont largement utilisés en parodontologie pour compléter le traitement conventionnel, souvent sans que le praticien qui les prescrit ait des connaissances suffisantes sur la pharmacologie et les avantages et inconvénients des différents antibiotiques, voire sur les éléments de preuve concernant leur efficacité comparative et donc le bien-fondé de leur emploi.

L'intervenant s'est penché sur les antibiotiques à administration systémique ou locale. A ce propos, le biofilm sous-gingival représente le principal défi, puisqu'il forme une barrière peu ou pas pénétrable par les médicaments. Il est donc impératif de déloger ou de «casser» le biofilm par un débridement mécanique et un surfaçage radiculaire (SRP = *Scaling and Root Planing*) avant toute administration d'antibiotiques. Dans le traitement parodontal conventionnel, l'application locale s'est avérée supérieure à la voie systémique qui est grevée de l'inconvénient d'une concentration trop faible dans le sillon gingival, respectivement dans les poches parodontales. En raison de la concentration élevée et de la substantivité importante obtenue par l'administration locale, le traitement adjuvant par des agents antimicrobiens permet d'améliorer nettement les résultats, notamment la réduction de la profondeur des poches, par rapport au traitement purement mécanique.

### L'association FMT + antibiotiques est prometteuse en termes de résultats durables

En revanche, dans le traitement global de la cavité buccale ou désinfection de la bouche entière (FMT = *Full Mouth Therapy*), seule l'administration systémique permet d'atteindre toutes



Les Professeurs Denis F. Kinane et Christof Dörfer: conseils utiles de deux éminents spécialistes en microbiologie et de l'utilisation judicieuse des antibiotiques.

les niches colonisées par des germes pathogènes, et par conséquent de réduire le risque de réinfection. Dans une étude récente, les patients traités par FMT + antibiotiques (amoxicilline ou métronidazole) avaient un nombre significativement plus faible de poches supérieures à 4 mm. Après six mois, seulement 0,4% présentaient des poches persistantes, contre 3% chez les patients qui n'avaient pas bénéficié d'une antibiothérapie. Le spécialiste américain (avec des racines écossaises) a en outre passé en revue les développements à venir qui pourraient trouver leur place dans la pratique en parodontologie, comme les résolvines, de nouveaux dérivés des acides gras polyinsaturés (oméga 3) au potentiel thérapeutique dans les maladies inflammatoires, ou les «biologicals», notamment les facteurs de croissance comme le BMP-2 (*Bone Morphogenic Protein*) ou le rhPDGF (*recombinant human Platelet Derived Growth Factor*), qui favorisent la régénération parodontale.

### Atteintes des muqueuses buccales

D<sup>r</sup> Michael Bornstein, Université de Berne

De nombreuses affections systémiques peuvent se manifester au niveau des muqueuses buccales. La gencive est le lieu de modifications de toutes sortes: lésions irritatives inoffensives telles que l'hyperkératose occasionnée par la friction, processus tumoraux bénins comme le granulome périphérique à cellules géantes, lésions précurseurs du cancer telles que la leucoplasie buccale et notamment la leucoplasie verruqueuse proliférative, mais aussi processus malins comme le carcinome épidermoïde de la cavité buccale ou même des métastases à distance. Cependant, les modifications de la muqueuse buccale pré-

sentent souvent un aspect clinique indifférencié qui complique le diagnostic différentiel. Cela est particulièrement vrai pour la muqueuse gingivale, quand il s'agit par exemple de distinguer entre une maladie auto-immune telle que le pemphigus ou le pemphigöide et une gingivite. Dans bien des cas, l'examen clinique seul – qui devrait impérativement comprendre un examen stomatologique sous forme de «dépistage opportuniste» – ne permet pas de poser de diagnostic présumé ou diagnostic de suspicion, qui représente une hypothèse de travail. Il faut alors des examens complémentaires. Or, la mission du médecin-dentiste se limite au dépistage des modifications des muqueuses, voire au triage grossier selon les différents groupes: lésions bénignes vs malignes, réactives vs néoplasiques, etc., avant d'adresser le patient à un spécialiste.

### Le fluide buccal dans le diagnostic parodontal

D<sup>r</sup> Christoph Ramseier, Université de Berne

La parodontite chronique est la forme la plus répandue de parodontopathie destructrice. Près d'un adulte sur deux souffre d'inflammation chronique de la gencive sous une forme ou une autre. Or les méthodes actuelles de diagnostic de la parodontite, telles que l'évaluation du niveau d'attache à la sonde ou les radiographies, ne font que révéler une atteinte survenue dans le passé. De plus, la fiabilité et la précision des méthodes diagnostiques conventionnelles sont très limitées. Elles sont notamment incapables de fournir des renseignements sur l'activité de la maladie à un moment donné, de reconnaître les patients à susceptibilité élevée ou encore la réponse au traitement.

### On n'a pas encore trouvé de «super marqueur»

Le dépistage précoce des patients à risque pour les phases actives de la parodontite est un défi important pour la pratique clinique au quotidien. Comme il est facile de prélever des échantillons de fluide buccal et que celui-ci contient des marqueurs locaux et systémiques dérivés de la parodontite, ces fluides peuvent être une bonne base pour un diagnostic parodontal spécifique pour chaque patient. Dans le fluide gingival prélevé dans le sillon, il est possible d'identifier des biomarqueurs relatifs à l'inflammation (prostaglandine E<sub>2</sub>), à la destruction des fibres (collagénase 2, métalloprotéases matricielles ou MMP-8, élastase) et de la résorption osseuse (phosphatase alcaline, crosslinks de la pyridoline ou ICTP). Dans une étude de Miller et coll. (2006), portant sur 28 patients présentant une parodontite modérée à sévère et 29 patients sans atteinte parodontale, les auteurs ont trouvé des corrélations



D<sup>r</sup> Christoph Ramseier: des pistes prometteuses dans le fluide buccal.

étroites entre la concentration – dans le fluide buccal – de trois marqueurs, à savoir interleukine-1 $\beta$ , MPM-8 et ostéoprogérine (sécrétée par les ostéoblastes), et la parodontite active. Du fait que, pour l'instant, on n'a pas trouvé un «super marqueur», la recherche se concentre sur l'identification des associations optimales entre certains marqueurs et différents tableaux cliniques, l'activité présumée, respectivement la progression de la parodontopathie, ou encore la réponse à différents traitements, voire le pronostic. Affaire à suivre, donc...

### Prévention et traitement du risque accru de carie radiculaire après traitement parodontal

Professeur Michael J. Noack, Cliniques universitaires de Cologne

Il a été démontré que le risque de carie radiculaire augmente de 10 à 20% après un traitement parodontal. Cela n'est pas seulement vrai pour les dents à furcations, mais également pour toutes les surfaces radiculaires à portée du biofilm. En fait, plus on est proche du rebord gingival, plus le risque est élevé. La cause en est la modification de l'environnement local, et par conséquent une colonisation accrue par des stratégies du pH tels que le *Streptococcus mutans* et les lactobacilles. En effet, les germes cariogènes «l'emportent» sur les germes parodontopathogènes lorsque ceux-ci ont été réduits ou éliminés par le traitement parodontal. Les fumeurs sont plus souvent atteints que les non-fumeurs. Un contrôle amélioré du biofilm par la chlorhexidine ainsi que l'apport de fluor (concentration optimale: 5000 ppm) permettent de stabiliser avec succès des caries actives. Pour prévenir la formation de lésions carieuses sur les surfaces radiculaires, il faut tenter d'influer favorablement les conditions de l'environnement local. Les stratégies disponibles à cet effet vont des programmes de prévention de la carie avant et surtout après le traitement parodontal (5000 ppm de F<sup>-</sup> pendant 4 à 6 mois) jusqu'à l'abstinence



Professeur Michael J. Noack: pour les caries radiculaires aussi, prévenir vaut mieux que guérir!

temporaire de la consommation de sucre et l'introduction de probiotiques dans la cavité buccale, en passant par le traitement antibactérien de toutes les niches écologiques.

La technique des adhésifs permet de sceller des caries initiales de façon minimalement invasive. Seules des pertes de substance plus importantes appellent une restauration classique, pour laquelle on dispose de ciments au verre ionomère, de compomères ou de matériaux composites.

### Le traitement prothétique des patients souffrant d'une maladie parodontale

Professeur Christoph H.F. Hammerle, Université de Zurich

Avec les progrès de l'implantologie orale, le médecin-dentiste dispose désormais de nouvelles possibilités de traitement, qui vont de pair avec des exigences accrues dans le domaine de la planification préthérapeutique. Cela est particulièrement vrai pour les reconstructions prothétiques chez des patients au parodonte sain, mais avec une perte de tissu de soutien, lorsque des dents ou des implants devront servir de points d'ancrage à une future prothèse dentaire.

La parodontite et la péri-implantite sont des maladies multifactorielles qui comprennent également des facteurs systémiques qu'il convient de maîtriser, voire d'éliminer, au même titre que

les pathologies locales. La littérature nous apprend que les parodontopathies chroniques peuvent être traitées avec succès, et qu'une prise en charge adéquate permet de conserver les dents à long terme. De même, de nombreuses études ont démontré que même des dents avec un parodonte (très) réduit sont parfaitement capables de supporter les forces physiologiques. Un parodonte réduit ne doit jamais être considéré à lui seul comme une indication à l'extraction. Les taux de succès de reconstructions d'une part sur les molaires après amputation radiculaire et sur des implants sont à peu près identiques (96,8% vs 97,0% respectivement).

### «Keep longer teeth or keep teeth no longer...»

Des difficultés persistent dans le traitement de parodontopathies agressives et dans des situations complexes telles que les défauts infra-osseux ou les dents à furcations. Il est alors souvent nécessaire de remplacer les dents compromises. On s'aperçoit de plus en plus qu'outre la situation locale dans la cavité buccale, des facteurs liés à l'environnement et des prédispositions génétiques peuvent également être responsables de l'apparition et du développement d'une parodontite. Malheureusement, l'état de nos connaissances concernant le résultat à long terme de la mise en place d'implants chez des patients prédisposés aux parodontopathies est encore insuffisant. Certaines études font état d'une tendance accrue à la perte d'implants dans ce groupe de patients. Dans une situation de ce type, la conservation des dents est donc de la plus haute importance.

La perte des tissus de soutien de la dent compromet souvent l'aspect esthétique. Or, le choix est simple: «keep longer teeth or keep teeth no longer». Dans cette situation, les reconstructions fixes ne permettent souvent pas de satisfaire les aspirations esthétiques des patients. Il peut alors être indiqué, par souci esthétique, de remplacer des dents et des tissus durs et mous perdus par des prothèses amovibles.



Le comité d'organisation était tout sourire: (de g. à d.) P<sup>r</sup> Thomas Attin, D<sup>r</sup> Patrick R. Schmidlin, PD, et D<sup>r</sup> Dominik Hofer, président de la SSP.

### La connexion Paro-Endo ou Endo-Paro

*D' Mattias Zehnder, PD, Université de Zurich*

Les maladies inflammatoires du parodonte marginal et de la pulpe sont dues toutes deux à des infections mixtes anaérobies opportunistes. Dans la littérature, les avis restent divergents quant aux voies de communication de l'endodonte au parodonte et vice-versa, qui permettent à l'infection de se propager. La différence fondamentale réside dans le fait que contrairement à l'infection parodontale, il est possible de désinfecter, puis d'obturer de façon hermétique l'endodonte infecté, le scellant ainsi en regard de la cavité buccale.

L'intervenant a passé en revue les étiologies, le diagnostic et le traitement de lésions inflammatoires intéressant tant l'endodonte que le parodonte marginal, en mettant l'accent sur les voies de communication anatomiques et non physiologiques permettant à l'infection de se propager entre les deux milieux tissulaires. Les voies de pénétration peuvent être soit anatomiques (le plus souvent la présence de canaux accessoires, à noter qu'environ 10% des molaires possèdent un canal ouvert vers la furcation) ou d'origine traumatique (perforation ou fracture radiculaire). La fracture radiculaire verticale est la cause la plus fréquente d'échecs de traitement nécessitant l'extraction!

**Lésions paro → endo: échec quasiment programmé**

Le transfert microbien varie selon l'origine de l'infection et l'état initial des tissus intéressés.

Dès lors, la classification distingue les lésions d'origine essentiellement endodontique ou parodontale et les lésions combinées. Le pronostic des lésions paro-endo est particulièrement mauvais, car lorsqu'elles aboutissent à l'infection des canaux radiculaires (dévitalisation rétrograde, souvent les dents restent vivantes jusqu'à ce que le paquet vasculo-nerveux soit touché!), la lésion parodontale a souvent progressé au-delà des possibilités de traitement. En présence d'une lésion combinée d'origine non spécifique, le spécialiste préconise de réaliser d'abord un traitement endodontique, puis d'attendre trois mois avant d'effectuer un traitement parodontal par nettoyage et surfaçage radiculaire (scaling and root planing).

### La parodontologie chez l'enfant

*Professeur Anton Sculean, Université de Berne*

Le traitement parodontal des enfants représente un défi particulier pour le thérapeute. Actuellement, les études cliniques contrôlées sur les approches thérapeutiques destinées aux enfants sont peu nombreuses. Pour cette raison, la majeure partie de ces approches s'appuient sur des données issues d'études de cas.

Le problème parodontal le plus fréquent chez l'enfant est la gingivite liée à la plaque dentaire; les cas de parodontite chronique ou agressive sont rares. D'autres problèmes peuvent être occasionnés par des traumatismes mécaniques, une insertion haute du frein labial, des hyperplasies gingivales ou des récessions résultant d'un traitement orthodontique.

### Syndromes rares ou rarissimes

Des formes sévères de parodontite surviennent aussi en présence de syndromes tels que celui de Papillon-Lefèvre, la trisomie 21, le syndrome de Chediak-Higashi ou celui de Kostmann, et peuvent présenter une concentration familiale. Ces syndromes sont si rares que même ce spécialiste chevronné ne les a jamais rencontrés dans ses activités cliniques! Or ces formes de parodontite sont difficiles à traiter et les patients nécessitent un diagnostic précis, un contrôle rigoureux de la plaque, un traitement parodontal ainsi qu'un traitement d'entretien serré.

En principe, les protocoles thérapeutiques chez les enfants ou adolescents sont identiques à ceux mis en pratique chez les adultes: diagnostic fondé sur l'examen parodontal de base (Lang et coll.), éventuellement radiologique et/ou microbiologique, phase d'hygiène, enseignement de méthodes permettant de maîtriser la plaque et phase de maintien par un suivi à intervalles réguliers. La chirurgie n'est que rarement indiquée, mais utile pour des excisions de freins ou d'hyperplasies importantes. Un traitement adjuvant par des antibiotiques doit rester réservé aux parodontites particulièrement agressives.

### L'orthodontie en présence d'atteintes parodontales

*Professeur Peter Diedrich, Université d'Aix-la-Chapelle*

Le déplacement orthodontique des dents dans la denture adulte a pour but de corriger des malpositions et d'améliorer le pronostic de dents avec des lésions parodontales. Lors du déplacement de dents à attache réduite, la situation de départ sur le plan biologique et biomécanique est capitale: contrôle de l'inflammation pré- et périorthodontique, biomécanique adaptée au diagnostic et renforcement de l'ancrage sont les facteurs clés pour un traitement orthodontique. La gamme des traitements orthodontiques de patients au parodonte compromis s'est beaucoup diversifiée avec l'apparition de nouvelles méthodes de chirurgie parodontale régénératrice (technique des membranes, application de protéines de la matrice amélaire). Alors qu'autrefois, les dents présentant des lésions intra-osseuses étaient traitées par un mouvement orthodontique d'extrusion de la racine et de la base osseuse restante en vue d'éliminer les défauts osseux, on fait intervenir aujourd'hui une régénération tissulaire guidée avant le traitement orthodontique. Ensuite, les dents peuvent être déplacées par translation dans les anciens défauts intra-osseux, voire même dans des régions de résorption de la crête alvéolaire! Appliquées de manière optimale, les mesures orthodon-



Comme de coutume, les pauses offraient un peu de répit dans le programme chargé et étaient des occasions bienvenues de rencontres conviviales.



Professeur Jan L. Wennström: la susceptibilité individuelle aux infections survit aux dents et les extractions ne favorisent pas la préservation de l'os alvéolaire!

tiques permettent également d'obtenir un gain d'attache.

### Approche(s) en implantologie orale en présence d'atteintes parodontales

Professeur Jan L. Wennström, Université de Göteborg

Bien que le traitement en implantologie orale soit considéré comme une option thérapeutique prévisible, le patient souffrant de parodontite présente des troubles qui peuvent compromettre le pronostic du traitement. C'est pourquoi la décision de savoir s'il convient de remplacer des dents au parodonte compromis par une reconstruction implantoportée doit être soigneusement pesée. Pour un bon pronostic, la lutte contre l'infection est tout aussi importante au niveau péri-implantaire qu'autour de dents naturelles, parce que la susceptibilité individuelle aux infections survit aux dents. Les patients avec des antécédents de parodontite présentent un risque accru de péri-implantite.

Une conférence de consensus de 2008 a retenu que le taux de survie des dents naturelles chez les patients au bénéfice d'un maintien à intervalles rapprochés après un traitement parodontal complet est en général supérieur à celui des implants. De plus, il n'y a aucune évidence que les extractions favorisent la préservation de l'os alvéolaire.

L'avènement de surfaces implantaires rugueuses semble favoriser la progression spontanée de la péri-implantite, raison pour laquelle il est impératif d'instaurer un traitement de maintien (*Supportive Periodontal Treatment, SPT*) à intervalles réguliers. Le choix des composants implantaires et la conception de la suprastructure sont d'autres facteurs à prendre en considération afin que le patient puisse recouvrer une fonction masticatoire satisfaisante et une denture esthétiquement acceptable.

### L'occlusion et la fonction en présence d'atteintes parodontales

Professeur Sandro Palla, Université de Zurich

Concernant le rapport entre l'occlusion et la parodontite, deux faits sont avérés: premièrement, des forces occlusales excessives peuvent occasionner une mobilité dentaire accrue, qu'il y ait parodontite concomitante ou non; deuxièmement, ces forces ne peuvent pas déclencher à elles seules une parodontite. D'un autre côté, on ne sait toujours pas si des forces occlusales excessives peuvent accélérer la progression d'une parodontite. En effet, le traitement de la parodontite peut se faire sans thérapie occlusale et assurer la conservation d'un parodonte sain, même en présence de forces occlusales traumatisantes. Cependant, diverses études montrent que le gain d'attache est statistiquement plus important lorsque le traitement parodontal était associé à un ajustement occlusal. Malgré tout, la décision d'associer le traitement parodontal à un traitement occlusal doit être prise en tenant compte de divers paramètres, dont les plus importants ne relèvent pas de la parodontologie, à savoir si et dans quelle mesure le trouble de l'occlusion compromet la fonction masticatrice et le confort du patient. A ce propos, plusieurs études ont démontré que l'option d'arcades dentaires raccourcies (*Shortened Dental Arch, SDA*) représente une option thérapeutique valable, tant en termes de facilité de maintien que de confort masticatoire chez les patients atteints de parodontite.

### Bioteeth, une solution pour le remplacement de dents manquantes?

Professeur Paul Sharpe, Dental Institute, Kings College London

Les dents sont des organes facilement accessibles et non indispensables à la vie. Aussi la possibilité de remplacer des dents manquantes ou endommagées grâce au génie tissulaire sur la base de cellules souches ne présente pas seulement un intérêt clinique et commercial, mais peut être



Professeur Paul Sharpe: il n'est pas facile de créer des dents dans une éprouvette...



une pierre de touche quant à l'utilisation de cellules souches dans le remplacement d'organes non vitaux. En s'appuyant sur les connaissances actuelles en matière d'embryogenèse, le groupe de recherche de ce spécialiste londonien développe des méthodes pour l'obtention de *primordia* de dents humaines qui pourront être transplantés dans le maxillaire adulte pour remplacer des dents manquantes. Le processus comporte la reproduction, à partir d'une culture de cellules souches, de l'épithélium et des cellules mésenchymateuses qui constituent le primordium d'une dent embryonnaire.

Il a été démontré dans des études sur l'animal qu'il est possible d'identifier des populations de cellules embryonnaires et adultes qui peuvent constituer des primordia de dents capables de se développer en des dents complètes, une fois transplantées dans un maxillaire adulte. Les cellules souches dentaires, notamment celles dérivées des dents de lait perdues naturellement par les enfants, et pour lesquels il existe d'ores et déjà des banques commerciales, sont une source particulièrement attrayante de cellules mésenchymateuses. Cependant on connaît encore très mal ces cellules, c'est pourquoi Paul Sharpe et ses collaborateurs utilisent un modèle génétique murin pour explorer les origines, les emplacements et les fonctions de ces cellules après un traumatisme dentaire.

### Conclusion

Le programme du 39<sup>e</sup> Congrès annuel de la Société Suisse de Parodontologie (SSP) était un excellent mix entre des exposés plutôt théoriques et des concepts utiles pour la pratique. Les praticiens auront sans doute apprécié les présentations comprenant des précisions concernant notamment la question de la prophylaxie de l'endocardite ou les traitements antibiotiques adjuvants. Ce congrès mettait en évidence la nécessité de la collaboration interdisciplinaire entre la parodontologie et la médecine (dentaire) en général. Aux organisateurs de nous concocter un programme truffé de nouveautés et de surprises pour le 40<sup>e</sup> Congrès annuel de la SSP, qui aura lieu du 23 au 25 septembre 2010 à Bâle.

## Congrès mondial de la FDI (Singapour)

**Le congrès mondial de la FDI s'est déroulé du 2 au 5 septembre 2009 à Singapour. Cette importante manifestation du monde de la médecine dentaire a connu un succès mitigé. Crise économique planétaire, menace de la grippe H1N1 ont certainement influé sur le nombre modeste des participants. La cité de Singapour demeure une capitale attractive, propre et sûre dont le dynamisme économique reste impressionnant.**

D<sup>r</sup> Philippe Rusca (photos: mād et iStockphoto)

Les assemblées statutaires de la FDI ont débuté le 31 août par l'assemblée générale A. Le quorum a très largement été atteint bien que de nombreux délégués, en particulier en provenance d'Afrique et d'Amérique latine, n'ont pas participé à ces réunions. Le président Burton a ouvert la séance en présentant son rapport d'activité et une rétrospective sur ses activités à la tête de la FDI. Son bilan est tout à fait honorable d'autant plus si l'on tient compte des situations particulières auxquelles il a dû faire face: son entrée en fonction a coïncidé avec le licenciement du directeur exécutif de la FDI, la situation économique mondiale – et de ce fait les rentrées de la FDI – s'est peu à peu détériorée et finalement la crise du monde bancaire a mené à des pertes substantielles pour la trésorerie de la FDI.

Quelques points forts de ces réunions:

- Le D<sup>r</sup> Robert B. Vianna est devenu le nouveau président de la FDI. Ce confrère brésilien est le premier président de la FDI issu du conti-

nent latino-américain. Depuis de nombreuses années, il a fait partie de diverses organisations de santé en Amérique du Sud ainsi que de l'OMS. On peut rappeler ici que l'Association Dentaire Brésilienne (ABO) compte pas moins de 210 000 membres et organisera en 2010 le congrès mondial de la FDI à Salvador de Bahia.

Le poste de président-élu de la FDI est revenu au Portugais Orlando Monteiro da Silva qui est actuellement le président du «Conseil des Dentistes Européens». Il a été brillamment élu au premier tour de scrutin après une campagne électorale passionnée qui l'a opposé à la trésorière T. C. Wong de Hong-Kong.

- La Barbade, le Burundi et Guam ont été admis comme nouveaux membres.
- Au niveau de la situation financière, le creux de la vague semble passé. Les mesures d'économie et certaines modifications dans les placements ont atténué les pertes et un optimisme prudent est de mise pour le futur.

- La délocalisation du siège central de la FDI de Ferney-Voltaire (F) à Genève a été menée à bien et, dès le 15 septembre 2009, le quartier général de la FDI a élu domicile à:  
Tour de Cointrin  
Avenue Louis Casai 84/CP 3  
1216 Cointrin-Genève
- Les différentes résolutions et décisions prises au cours de ces assemblées peuvent être consultées sur le site de la FDI [www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org).

L'ORE (L'Organisation Régionale Européenne de la FDI) a tenu, entre les réunions A et B, son



Crise économique planétaire, menace de la grippe H1N1 ont certainement influé sur le nombre modeste des participants



D<sup>r</sup> Philippe Rusca, D<sup>r</sup> Alexander Weber, Monika Lang, D<sup>r</sup> Max Flury



La cité de Singapour demeure une capitale attractive, propre et sûre dont le dynamisme économique reste impressionnant.

assemblée plénière. Le quorum a été atteint sans difficultés bien que là aussi quelques pays membres se soient excusés. Après les affaires statutaires courantes, les groupes de travail ont informé la plénière de l'avancement des dossiers:

- Dans le domaine de la prévention le «oral cancer day» qui s'est tenu le 12 juin 2009 à Paris a connu un franc succès.
- Le groupe «éducation» poursuit ses efforts de formation dans les pays de l'Est.
- Le groupe de travail, sous la direction d'Anna Lella (PL), a débuté ses recherches sur un thème porteur: La relation entre les universités et les jeunes praticiens.
- Le «liberal dental practice in Europe» quant à lui étudie actuellement les contrats qui lient les compagnies d'assurance privées à des groupes de médecins-dentistes.
- Le «Dental Team» a présenté un document qui a suscité un vif débat. La délégation de certaines compétences à des collaboratrices au sein du cabinet dentaire n'est pas admis dans de nombreux pays membres de l'ORE. Après de longues discussions un compromis a pu être trouvé. Seuls les pays où une base

légal est déjà existante, peuvent déléguer des tâches à des auxiliaires.

Le congrès 2009 de la FDI a connu un succès que l'on peut qualifier de moyen. 6755 participants (toutes catégories confondues) dont 37 Suisses ont fait le déplacement de cette année au «International Convention & Exhibition Center» de Singapour.

Tableau de participation des dernières années

Singapour	2009	6 755
Stockholm	2008	15 254
Dubaï	2007	14 293
Shenzhen	2006	10 700
Montreal	2005	14 368
Sydney	2003	11 904

Le prochain congrès de la FDI aura lieu du 2 au 5 septembre 2010 à Salvador de Bahia au Brésil. Il est permis d'espérer que la participation sera sensiblement plus grande. Premièrement les derniers congrès organisés en Amérique du Sud remontent à 1987 pour Buenos Aires et 1982 pour Rio de Janeiro, deuxièmement le continent latino-américain est en plein développement et risque d'attirer beau nombre de curieux.

Dental



## + SFI-Bar® – le système de barre ingénieux, sans tensions sur implants.

- + Assise excellente, stable et sans tension.
- + Applications en chairside et labside.
- + Baisse significative du temps de traitement.
- + Simplement ingénieux, grâce à la connexion de type télescopique et au raccourcissement individuel.
- + Sécurité pour les patients grâce à « l'effet de cliquetage ».

Plus d'informations :

[www.sfi-bar.com](http://www.sfi-bar.com)

Pescara, 2 e 3 ottobre

## Dental Abruzzo 2009, Congresso regionale ANDI

**Dental Abruzzo è stato quest'anno, come si può ben immaginare, un evento molto speciale. Organizzarlo è stato una grande prova di umanità, la dimostrazione della forza di rialzarsi e di ricominciare malgrado le difficoltà.**

Giovanni Ruggia

Il congresso si è svolto a Pescara, lontano dall'epicentro del terremoto, ma L'Aquila non è lontana e a Pescara risiedono ancora circa la metà dei 60 000 sfollati che vi avevano trovato rifugio all'indomani del terremoto dell'aprile 2009. L'Aquila è stata colpita molto duramente dalla tragedia come abbiamo avuto modo di renderci

conto seguendo i telegiornali e leggendo la stampa, ma ascoltare dalle parole della presidente ANDI Regione Abruzzo, Dott.ssa Anna Rita Aquilio, che all'Aquila più di 100 studi dentistici sono andati distrutti e sono ancora inagibili ci colpisce in modo particolare. Sono un centinaio di colleghi che hanno perso la casa, l'ambulatorio e il lavoro. Il



Sono un centinaio di colleghi che hanno perso la casa, l'ambulatorio e il lavoro.

congresso assume allora una valenza molto speciale, segnala «l'importanza di non arrendersi davanti alle avversità, ma di affrontarle con rinnovata competenza e professionalità».

Il congresso è stato preceduto da una giornata pregressuale con due temi distinti in sessioni parallele, una delle quali svolta da un relatore svizzero, il Dott. Fidel Ruggia, del Dipartimento di Protesi Dentale e Disfunzioni dell'Apparato stomatognatico dell'Istituto di Medicina Dentaria dell'Università di Zurigo, invitato dal segretario culturale ANDI di Teramo, Dott. Alessandro De Dominicis, suo compagno di studi a Ginevra. In un accesso di nepotismo riferirò solo di questa.

### La protesi mobile: un oggetto da museo?

Proviamo a rivoltare la domanda, ci propone immediatamente il relatore.

Perché una ricostruzione fissa? Ma è evidente, è più confortevole per il paziente! Ne siamo proprio sicuri?

La letteratura scientifica ci offre un quadro più complesso e interessante. La perfezione tecnica di un manufatto protesico non sta in correlazione con il successo terapeutico misurato in termini di soddisfazione del paziente. I pazienti giudicano la qualità di una protesi dentale con criteri molto differenti da quelli dei dentisti. Il successo è determinato da molti fattori non necessariamente in relazione con la tecnica odontoiatrica.

I pazienti possono scegliere una protesi mobile per diverse ragioni come la facilità di pulizia e manutenzione o per una migliore fonetica o perfino per l'estetica.

Come detto i fattori tecnici hanno importanza minore: il rilievo oclusale dei denti e la qualità generale della protesi non hanno influenza sull'efficacia masticatoria mentre un'occlusione bilanciata può portare un leggero beneficio nella protesi amovibile. Tutto ciò naturalmente non significa che possiamo fare qualsiasi cosa senza



Perché una ricostruzione fissa? Ma è evidente, è più confortevole per il paziente! Ne siamo proprio sicuri?

preoccuparci della qualità del nostro lavoro. La qualità dell'indicazione, degli interventi clinici, dell'esecuzione tecnica e dell'assistenza post-inserzione aumentano significativamente le probabilità di una buona prognosi a lunga scadenza.

### Le aspettative cambiano con l'età

La chiave del successo sta comunque nel cercare di avvicinarsi il più possibile alle aspettative del paziente, non è detto che tutti desiderino ad ogni costo una soluzione fissa. Ma, attenzione, chi chiede in partenza una soluzione fissa con impianti ha già aspettative più elevate. È interessante notare che le aspettative cambiano con l'età, a 50 anni si accetta meno facilmente una protesi mobile che a 70. Chi già da anni porta una protesi totale ha aspettative minori. È importante coinvolgere il paziente nella decisione: il paziente stesso, le sue convinzioni, rafforzano l'effetto placebo che ogni manipolazione medica possiede.

Le informazioni necessarie a questo scopo si raccolgono durante la fase di pretrattamento, i cui obiettivi saranno quindi di risanare le patologie, ristabilire la fisiologia, valutare la prognosi

dei denti pilastro e definire le aspettative del paziente. La fase di pretrattamento non deve per forza essere breve, può durare anche molto a lungo con situazioni palliative e provvisorie, limitandosi a tenere sotto controllo le potenziali patologie e complicanze.

Un cambiamento di paradigma si è verificato anche nei principi che reggono il design degli scheletrati. Si è abbandonata una concezione

puramente meccanica per ricercare un miglior equilibrio con la biologia. La protesi amovibile è, ed è destinata a rimanere, uno dei cardini della pratica odontoiatrica quotidiana. Concetti innovativi e basati sull'evidenza scientifica stanno trasformando questo presunto oggetto da museo in un insostituibile strumento per la riabilitazione della funzione masticatoria, della fonazione e dell'estetica.

## Revue

### Mountain bike

**Müller K E et al.:**  
**Dental injuries in mountain biking – a survey in Switzerland, Austria, Germany and Italy**

*Dent Traumatology 24: 522–527, 2008*

Le vélo tout-terrain (VTT) est un sport extrême qui peut causer des blessures spectaculaires sur divers parties du corps. La tête et le cou sont

fréquemment touchés, mais il n'existe pas de confirmation spécifique quant aux lésions dentaires qui peuvent survenir chez les sportifs pratiquant le VTT. On pense que les lésions seraient moins nombreuses si le cycliste portait une gouttière. Ce sport étant pratiqué en dehors des agglomérations, donc loin d'un service médico-dentaire, une réimplantation à la suite d'une avulsion risque d'être significativement retardée. En effet, un milieu particulier est recommandé pour maintenir la viabilité d'une dent avulsée.

## Les dix ans du calendrier d'histologie

A. C. Zysset (rédactrice)

Le calendrier de la Clinique médecine dentaire préventive et de pédodontie des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne paraît cette année pour la dixième fois. Il se compose de douze différentes coupes histologiques. Les méthodes de coloration et les techniques de prise de vues du Dr Hermann Stich permettent de reconnaître le substrat, la dent, guère plus. Ces images naissent dans le contexte de projets de recherche de la clinique et sont impressionnantes par la richesse du rendu des couleurs.

A l'origine, ce calendrier avait été conçu pour donner à réfléchir à nos collègues qui collectionnaient des dents pour la recherche. Entre-temps, la Clinique de médecine dentaire préventive s'est constitué une clientèle fidèle qui se procure le calendrier année après année. Les éventuels bénéfices reviennent à la recherche.

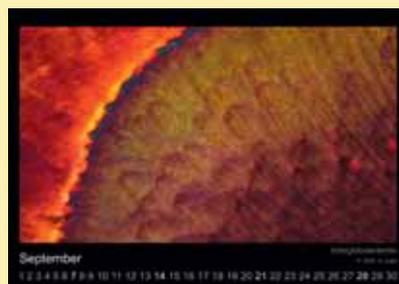
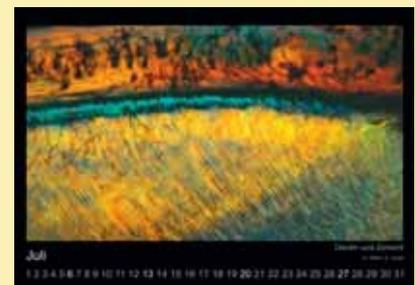
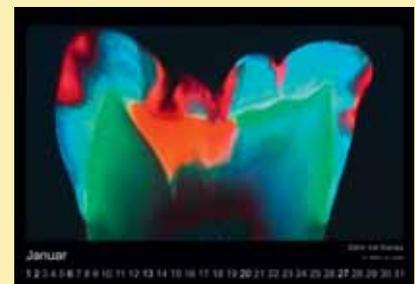
*Pour se procurer le calendrier:*

[liliane.weber@zmk.unibe.ch](mailto:liliane.weber@zmk.unibe.ch)

Formule de commande: page d'accueil des ZMK Berne

<http://www.dentcms.unibe.ch>

Prix: CHF 45.–



Cette étude explore, dans plusieurs pays européens, la fréquence d'un traumatisme dentaire dans le sport VTT, la prévalence du port d'une gouttière et la connaissance par les intéressés d'un kit de sauvetage en cas d'avulsion.

Les 473 cyclistes VTT examinés provenaient d'Allemagne, d'Italie, d'Autriche et de Suisse; ils étaient âgés de 9 à 66 ans. Chacun dut remplir un questionnaire sur les accidents dentaires dont il avait été victime, le port d'une gouttière et le savoir-faire en cas d'avulsion accidentelle.

Dans le cadre du sport pratiqué, plus de 53% des cyclistes VTT avaient déjà subi un traumatisme autre qu'une lésion dentaire. Les professionnels étaient plus touchés que les juniors ou les amateurs (respectivement 68,1%, 50,0%, 39,4%). Le nombre le plus élevé d'accidents se

situait en Autriche (66,4%), le moins élevé en Suisse (44,3%). Un quart des athlètes avaient été témoins d'un traumatisme dentaire et 27 avaient subi un traumatisme dentaire. Les juniors étaient les plus touchés, la lésion la plus fréquente étant une fracture coronaire (4,2% des lésions). 52% des individus déclaraient savoir qu'une dent avulsée pouvait être sauvée, mais seuls 30% disaient connaître l'existence d'un kit de sauvetage. Les mieux informés étaient les Allemands (10,6%), suivis des Autrichiens (8,4%), des Suisses (4,4%) et des Italiens (2,9%). En situation d'accident, deux professionnels, quatre amateurs et deux juniors avaient déjà consulté un médecin-dentiste immédiatement après l'événement. Tous les autres participants avaient vu un médecin-dentiste dans la journée. Trois des quatre cy-

clistes ayant subi une avulsion avaient été vus par un spécialiste immédiatement après l'événement.

La majorité des cyclistes VTT (86,5%) portaient un casque sans protection mandibulaire. Même si 71,9% connaissaient l'existence de gouttières de protection, seuls 4,4% en portaient. La plupart estimaient cette mesure inutile (46,2%) pour les cyclistes VTT et 38,3% trouvaient qu'une gouttière entravait la respiration. La raison évoquée la plus fréquente pour ne pas en porter était le fait de ne pas en avoir. Bien que beaucoup de cyclistes VTT aient subi un accident dentaire, la plupart choisissent de ne pas porter de gouttière. Ce sport a besoin d'informations préventives, parce qu'il est particulièrement exposé à des traumatismes oro-faciaux.

Michel Perrier, Lausanne

## Impressum

### Titel / Titre de la publication

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

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

### Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

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

### Editorial office "Research · Science" / Redaktion «Forschung · Wissenschaft»

#### Rédaction «Recherche · Science»

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:

Prof. Dr. Adrian Lussi, Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin,  
Freiburgstr. 7, 3010 Bern

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genève; Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel; Prof. Dr. Rudolf Gmür, Zürich

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genève; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Neuchâtel

### Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

#### Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

Anna-Christina Zysset, Bern

Deutschsprachige Redaktoren:

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

Responsables du groupe rédactionnel romand:

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

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

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

### Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

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

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

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

### Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Präsident / Président: Dr. med. dent. François Keller, Delémont

Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 7

Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

### Inseratenverwaltung

#### Service de la publicité et des annonces

Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin

Förlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich

Telefon 043 444 51 07, Telefax 043 444 51 01

Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Inserationsstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

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

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

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.

L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

### Gesamtherstellung / Production

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

### Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli Publikationen AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 62 55

### Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)

Fr. 284.80\*

Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants

Fr. 65.40\*

Einzelnummer / Numéro isolé

Fr. 35.85\*

\* inkl. 2,4% MWSt / inclu TVA 2,4%

Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)

Fr. 298.–

Einzelnummer / Numéro isolé

Fr. 35.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)

Fr. 319.–

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.

Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.

2009 – 119. Jahrgang / 119<sup>e</sup> année; Auflage / Tirage: 5700 Ex.;  
WEMF/SW-Beglaubigung 2009 – Total verkaufte Auflage: 4773 Ex.  
ISSN 0256-2855