

## Campagne Santé buccale 2010

## «Ah, c'est donc aussi simple de se débarrasser de la mauvaise haleine?»

**La mauvaise haleine est un thème tabou. Un quart de la population environ souffre occasionnellement de mauvaise haleine. Les patients comme les médecins-dentistes hésitent fréquemment à aborder le problème et à le traiter. De nombreux patients pensent que la mauvaise haleine est due à des problèmes gastriques. Le fait est que dans neuf cas sur dix, la cause de la mauvaise haleine se trouve dans la cavité buccale. Un traitement est possible avec des moyens simples. L'action 2010 de Santé buccale en Suisse vise à faire surmonter les inhibitions, et à aborder le thème de la «mauvaise haleine».**

Felix Adank, Service de presse et d'information de la SSO (photos: mäd)

### En parler

La mauvaise haleine – l'halitose en langage clinique – est présente avec la même fréquence dans presque tous les pays du monde selon des études épidémiologiques internationales. Les habitudes alimentaires individuelles n'entrent donc pas en ligne de compte pour expliquer l'halitose. Environ 25% des personnes souffrent de mauvaise haleine perceptible à certains moments de la journée; les personnes âgées plus que les personnes jeunes. Seul 6% environ des personnes affectées souffrent de mauvaise haleine chronique.

Tant les patients que leur entourage ont du mal à aborder le thème de l'halitose. C'est pourquoi les médecins, les médecins-dentistes ou les hygiénistes dentaires l'abordent d'eux-mêmes et proposent une aide compétente – conformément à la devise «Il faut parler de l'halitose, il existe une solution au problème!».

### La langue est souvent à l'origine du problème

Dans quelque 90% des cas, l'halitose provient de la langue. Des études ont montré que l'halitose était généralement causée par la dégradation de matériel organique (p. ex. restes alimentaires)



par des bactéries gram-négatives dans la cavité buccale. Il en résulte des composés sulfuriques volatils (VSC = *Volatile Sulphur Compounds*) à l'odeur désagréable. Ces composés sulfuriques volatils se forment lors de la dégradation bactérienne d'acides aminés sulfureux

(cystéine et méthionine) provenant de restes alimentaires, de cellules épithéliales mortes et de composants salivaires. La plupart des bactéries à l'origine de la mauvaise haleine se trouvent à la surface de la langue. Les bactéries colonisent particulièrement la langue lorsque le dépôt lingual n'a pas été éliminé depuis longtemps.

### Comment est diagnostiquée la mauvaise haleine?

L'équipe dentaire peut diagnostiquer la mauvaise haleine de deux manières différentes: organoleptique (odorat) ou instrumentale.

L'examen organoleptique est du ressort du médecin-dentiste ou de l'hygiéniste dentaire. L'haleine est vérifiée à différentes distances du patient. Le barème à distance égale est de 0 à 5 lors d'études cliniques. Au cabinet, il vaut mieux mesurer à distance variable (100 cm, 30 cm et 10 cm) entre le patient et le médecin-dentiste. La gravité de l'halitose est déterminée selon l'intensité de la perception olfactive à différentes distances.

L'intensité de la mauvaise haleine peut aussi être établie de façon instrumentale par mesure chromatographique à phase gazeuse ou moniteur d'hydrosulfide. On mesure alors les concentrations de composés sulfuriques volatils présents dans l'haleine des patients. Or, seuls les cabinets spécialisés disposent d'appareils de ce type, ainsi que les CHU de Bâle, Berne et Zurich, qui proposent des consultations sur l'halitose. Une telle offre existe toutefois aussi au Prophylaxe-Zentrum Zürich Nord.

### Le problème de la mauvaise haleine a une solution

Une mesure organoleptique positive doit être complétée par un diagnostic intraoral de la cavité buccale. La priorité doit être accordée aux régions colonisées de préférence par les dépôts bactériens, la langue spécialement. Il est par ailleurs recommandé de poser quelques questions au patient sur la mauvaise haleine dans le cadre de l'anamnèse, avant d'entamer le traitement. Les réponses doivent être prises en compte dans le diagnostic pour soupeser et mettre en œuvre les étapes du traitement. Par ailleurs, ces questions permettent d'aborder la question de la mauvaise haleine avec le patient.

Lorsque le patient connaît le diagnostic et le lien existant entre la mauvaise haleine et ses causes, d'autres mesures, en plus du brossage quotidien des dents, peuvent lui être recommandées pour combattre la mauvaise haleine, notamment:

- l'élimination mécanique des dépôts sur la langue

### Action Santé buccale en Suisse

L'action «Santé buccale en Suisse» s'entend comme campagne d'information et de prévention pour le grand public. Elle est menée de front par un collectif d'intérêt formé par la Société suisse d'odonto-stomatologie SSO, Swiss Dental Hygienists et le service de recherche elmex® (GABA International SA) ainsi que divers partenaires et sponsors. La campagne a lieu tous les deux ans dans toute la Suisse, dans trois langues nationales. Elle vise à promouvoir et à préserver la santé orale à tout âge et dans toutes les couches sociales de la population en Suisse. Les années 2004 et 2006 étaient principalement dédiées aux enfants et aux adolescents ainsi qu'à leurs parents. L'année 2008 s'adressait aux seniors (60 ans et plus). La campagne 2010 s'articule autour de l'halitose (mauvaise haleine) et s'adresse au grand public. Les actions principales seront menées du 6 au 17 septembre 2010.



- le nettoyage des interstices dentaires pour réduire l'«alimentation» des bactéries
- une solution buccodentaire combattant les bactéries à l'origine de la mauvaise haleine

#### Quels moyens d'information offre la campagne?

La campagne de Santé buccale en Suisse prévoit l'apposition d'affiches, la publication d'articles dans des revues spécialisées choisies, ainsi que l'exposition de brochures d'information dans les cabinets dentaires, chez les médecins de famille, les ORL, dans les pharmacies et les drogueries. La campagne dure du 6 au 17 septembre 2010. En plus des affiches, une brochure d'excellente qualité pour les spécialistes et un flyer pour le grand public étayent la campagne d'information. Celle-ci vise à informer tous les groupes concernés. Des présentoirs en carton d'information sont prévus pour les pharmacies et les drogueries. Des échantillons (solution buccodentaire et râpes

linguales) sont distribués pour renforcer l'effort de prévention. Ils sont disponibles avec le matériel informatif dans les cabinets dentaires, dans les cabinets médicaux ainsi que dans les pharmacies et les drogueries.

Le site de l'action ([www.bouchesaine.ch](http://www.bouchesaine.ch)) sera axé sur le nouveau thème et mis à jour. La plateforme internet propose aux personnes directement affectées et à leurs proches une possibilité de s'informer anonymement en toute simplicité sur le problème de la mauvaise haleine. Il est aussi prévu d'ouvrir un forum où un expert répondra aux questions sur l'halitose.

L'action Santé buccale en Suisse veut montrer au travers de sa campagne qu'un patient souffrant de mauvaise haleine trouvera de l'aide au cabinet dentaire en premier lieu. Les médecins-dentistes et l'équipe du cabinet sont invités à se préparer à recevoir des patients souffrant d'halitose – et en particulier à être prêts à communiquer de façon adéquate.

## Médecine dentaire: interaction entre le patient et le médecin dans un régime hors assurance obligatoire

**Le rapport économique direct entre le médecin-dentiste et son patient a un effet positif et responsabilisant. Ce modèle, promu par la Société suisse des médecins-dentistes (SSO), a fait ses preuves.**

D<sup>r</sup> Olivier Marmy, président de la Société vaudoise des médecins-dentistes – SVMd (photos: m2d)

Chaque habitant de notre pays consacre, en moyenne, environ CHF 35.– par mois à sa santé buccodentaire. Dans notre canton, ces frais représentent 13% des coûts ambulatoires<sup>1</sup> et en principe le patient les assume lui-même. En ef-

fet, seuls 10 à 15% des coûts échoient aux assurances sociales (LAMAL, LAA, AI, AM, prestations complémentaires<sup>2,3</sup>) et dans la majorité des cas, l'interaction entre le patient et le médecin s'inscrit dans un régime hors assurance obligatoire. Ce fait voulu par le législateur repose sur le «caractère évitable de la plupart des affections buccodentaires» (même si la réalité est plus complexe), et ne prévoit une prise en charge que des atteintes «graves et non évitables». Quant aux assurances complémentaires privées, elles ne

convainquent guère (hormis pour les enfants). L'effet extraordinairement responsabilisant d'une telle situation saute aux yeux: le patient est responsable de sa santé buccodentaire et a un intérêt concret à en prendre soin. D'autre part, il lui est aussi conféré un poids particulier dans son rapport au soignant, en l'occurrence le médecin-dentiste: il est véritablement co-décideur! Certes cette «prise de pouvoir» («empowerment») n'est plus l'apanage d'un «régime hors assurance», mais il faut relever que l'aspect apparemment trivial du rapport économique direct a marqué durablement et positivement cette relation thérapeutique.

Et pour le soignant, qu'implique donc cette interaction? D'une part une plus grande liberté dans la mesure où aucun tiers n'interfère, en particulier quant à l'indication et au choix des traitements, et d'autre part une responsabilité lourde. Celle de tenir compte de la situation économique du patient lors de l'établissement, avec lui, des plans de traitement et l'obligation déon-



D<sup>r</sup> Olivier Marmy

#### Et si la LAMal n'existait plus?

Cet article a paru dans un numéro spécial du *Courrier du Médecin vaudois* (CMV), organe de la Société vaudoise de médecine (SVM). Il est consacré au dossier de la révision de la LAMal, sous le titre «LAMal, innover au lieu de rénover». Et si la LAMal n'existait plus? s'interrogent les rédacteurs. Leur dossier est consacré à divers modèles existant dans le monde, avec des réflexions qui viennent à point nommé avant les initiatives populaires qui se profilent. Est notamment proposé, comme modèle alternatif, le compte épargne santé, à l'exemple de ce qui fonctionne à Singapour. Ce modèle laisse à chacun assumer les risques moins lourds, mais en assurant les plus graves. En outre il implique pour les médecins de renouer avec l'essence d'une pratique libérale, qui implique notamment la discussion des moyens thérapeutiques et des coûts.

A nous dentistes cette approche nous dit quelque chose, et il est remarquable que la rédaction du CMV ait jugé pertinent de donner la plume à un médecin-dentiste pour qu'il présente notre modèle.



Le patient est responsable de sa santé buccodentaire et a un intérêt concret à en prendre soin.

tologique de lui fournir les moyens (informations, prophylaxie au cabinet, etc.) de maintenir sa santé.

Implicitement un contrat se conclut: le patient est responsable de sa santé, son soignant est responsable de lui fournir les compétences de l'assumer.

Ce modèle a largement fait ses preuves. L'état de santé buccodentaire en Suisse est l'un des meilleurs du monde, et pour un coût raisonnable<sup>1</sup>). Une étude comparative a désigné les Suisses comme «champions du monde du brosseage des dents» (!), et cela ne doit rien au hasard. Bien entendu, ce cadre n'est pas applicable tel quel à la médecine humaine en général, notamment eu égard aux coûts potentiels par pathologie, même si les idées tendant à responsabiliser financièrement les patients émergent régulièrement. Cependant, on relèvera que même dans ce régime avec assurance les patients assument eux-mêmes beaucoup de frais, du fait des franchises et quote-parts, sans pour autant avoir voix au chapitre.

Notre expérience montre que l'interaction économique avec nos patients est contraignante et exigeante, mais qu'elle est responsabilisante pour les deux parties. Elle est constitutive du modèle médico-dentaire helvétique, efficient et éprouvé, fermement promu par la SSO. Afin de garantir à tous l'accès aux soins, ce modèle est augmenté de divers dispositifs solidaires et il engage la responsabilité sociale et éthique des médecins-dentistes SSO.

#### Sources

<sup>1</sup> Panorama du système de soins et état de santé des Vaudois. SCRIS. Mars 2010

<sup>2</sup> LAMal art. 31, OPAS 17-19 1.01.2003. P. Jaeger LAMal: les prestations médico-dentaires intéressent aussi les médecins. Rev. Méd. suisse romande, 118, 77-79, 1998

<sup>3</sup> www.sso.ch > assurances

<sup>4</sup> ZITZMAN N U et coll, Changes in Oral Health over a 10-yr period in Switzerland. Eur J Oral Sci 2008; 116, 52-59

#### Azione Salute orale 2010

## Ho l'alito cattivo? Allora dimmelo, per favore!

**L'alito cattivo è un argomento tabù. Circa un quarto della popolazione svizzera ne soffre occasionalmente. Anche se molti pazienti credono che l'alito cattivo sia dovuto a problemi di stomaco, in realtà, in nove casi su dieci la causa dell'alitosi va ricercata nel cavo orale. Per risolvere il problema basta poco, ma a molti pazienti e a parecchi dentisti risulta difficile parlarne. Per questo motivo, la campagna 2010 dell'Azione Salute orale in Svizzera ha deciso di concentrarsi sulla comunicazione. Per la precisione, la campagna vuole far sì che questo tema delicato non sia più un tabù e che si possa parlarne tranquillamente.**

Felix Adank, Servizio stampa e d'informazione SSO

#### Parlarne

Secondo gli studi epidemiologici condotti a livello internazionale, l'alito cattivo (detto «alitosi» in medicina) si riscontra con la stessa frequenza in quasi tutti i paesi del mondo. Di conseguenza, il problema non è causato dalle diverse abitudini alimentari dei popoli. Circa il 25% degli abitanti del pianeta soffrono, in determinati momenti della giornata, di questo problema socialmente sgradevole. Gli anziani ne sono più colpite rispetto ai più giovani. Tuttavia, solo il 6% delle persone soffre di alitosi cronica.

Affrontare l'argomento non è facile né per i pazienti né per le persone che vivono accanto a loro. Per questo motivo, i medici, i dentisti e le igieniste dentali dovrebbero prendere l'iniziativa e parlarne con i loro pazienti, offrendo loro un aiuto competente. L'importante è parlarne, perché si tratta di un problema risolvibile!

#### Il problema è per lo più sulla lingua

Nel 90% dei casi circa, la causa dell'alitosi va ricercata nel cavo orale, per lo più sulla lingua.

Dagli studi effettuati risulta che nella maggioranza dei casi l'alito cattivo è causato dalla decomposizione di materiale organico (per esempio i resti di cibo) ad opera di batteri anaerobi gram-negativi attivi nel cavo orale. In tal modo si creano composti solfurei volatili (in inglese «Volatile Sulphur Compounds» o VSC), che emanano un cattivo odore. Questi composti sono il risultato della decomposizione batterica degli aminoacidi solforati (la cisteina e la metionina), che si trovano nei resti di cibo, nelle cellule epiteliali morte e nelle componenti della saliva. La maggior parte dei batteri che provocano l'alito cattivo si trova sulla superficie della lingua, dove si insediano soprattutto se la patina linguale non viene rimossa regolarmente.

### Come viene diagnosticata l'alitosi?

Il team attivo nello studio medico dentistico può diagnosticare l'alitosi in due modi: con un esame organolettico (cioè sensoriale, in questo caso ricorrendo all'olfatto, quindi annusando l'alito del paziente) o strumentale.

L'esame organolettico viene effettuato dal dentista o dall'igienista dentale, che verificano la presenza dell'alito cattivo ponendosi a diverse distanze dal paziente. Negli studi clinici, la misurazione alle distanze prefissate viene fatta su una scala da 0 a 5. Nello studio medico la misurazione va effettuata a diverse distanze (100, 30 e 10 cm) tra il paziente e il dentista. Il livello dell'alitosi viene stabilito in base al grado di percezione dell'odore alle varie distanze.

L'intensità dell'alitosi può però anche essere misurata con l'ausilio di strumenti. Gli apparecchi maggiormente utilizzati a tale scopo sono i gascromatografi o i cosiddetti «halimeter», dei monitor elettrochimici che permettono di misurare la concentrazione di composti solfurei volatili (VSC) nell'alito dei pazienti. Tuttavia, tali apparecchi sofisticati sono disponibili solo negli studi dentistici specializzati o nei Centri odontoiatrici delle Università di Basilea, Berna e Zurigo, che prevedono delle ore di consultazione specifiche per i pazienti che soffrono di alitosi. Un'offerta simile è pure disponibile nel Centro di profilassi di Zurigo nord.

### Un problema risolvibile

Se la misurazione organolettica ha dato risultati positivi, è opportuno procedere anche ad una diagnosi intraorale. In tal caso lo specialista si

concentrerà sui punti nei quali la placca batterica si deposita maggiormente, in particolare sulla lingua. Nell'ambito dell'anamnesi, è inoltre consigliabile porre al paziente domande relative all'alitosi prima di procedere al trattamento. Le risposte del paziente contribuiscono a formulare una diagnosi, così da poter valutare e intraprendere i passi terapeutici necessari. Inoltre, le domande permettono al medico di affrontare più facilmente l'argomento dell'alito cattivo con il paziente.

Se il paziente è a conoscenza della diagnosi e dei nessi esistenti tra l'alitosi e i suoi fattori scatenanti, oltre all'igiene orale quotidiana, si possono proporgli altre misure per eliminare l'alito cattivo, per esempio:

- pulire la lingua per rimuovere meccanicamente i depositi batterici,
- pulire gli spazi interdentali per ridurre le sostanze di cui si nutrono i batteri,
- ricorrere a risciacqui orali specifici per prevenire la formazione dei batteri maleodoranti.

### Le informazioni della campagna

La campagna dell'Azione Salute orale in Svizzera prevede l'affissione di cartelloni, la pubblicazione di articoli sui media specializzati e la consegna di prospetti informativi agli studi medico-dentistici, ai medici di famiglia e agli otorini, nonché alle farmacie e alle drogherie. L'Azione è prevista dal 6 al 17 settembre 2010.

Oltre ai cartelloni, due principali strumenti informativi della campagna sono il prospetto per il personale curante e il volantino per il vasto pubblico, il cui scopo è informare tutta la popolazione. Nelle farmacie e nelle drogherie sono inoltre previsti degli stand pubblicitari cartonati come supporto informativo. Per intensificare la prevenzione, negli studi medici e dentistici, nonché nelle farmacie e nelle drogherie, oltre al mate-



riale informativo, saranno messi a disposizione dei pazienti anche dei campioncini di prodotti (risciacqui orali e raschietti per la lingua).

Il sito web dell'Azione Salute orale ([www.boccasana.ch](http://www.boccasana.ch)) è stato aggiornato e comprende molte informazioni sul tema dell'alitosi. La piattaforma internet offre ai diretti interessati e a chi vive accanto a loro la possibilità di informarsi in maniera semplice e anonima. È inoltre previsto un forum moderato, dove un esperto risponderà alle domande del pubblico sul tema dell'alito cattivo. Con la sua campagna, l'Azione Salute orale in Svizzera vuole rendere attenta la popolazione sul fatto che chi soffre di alitosi trova innanzi tutto aiuto negli studi medico-dentistici. I dentisti e il team attivo nel loro studio, dal canto loro, vengono incitati a prepararsi in modo professionale a ricevere i pazienti che soffrono di alitosi, in particolare offrendo loro una comunicazione adeguata.

### L'Azione Salute orale in Svizzera

Lo scopo dell'Azione Salute orale in Svizzera è di lanciare campagne di informazione odontoiatrica tra la popolazione. L'Azione è promossa da una comunità d'interessi composta dalla Società svizzera di odontologia e stomatologia SSO, da Swiss Dental Hygienists e dalla Ricerca elmex® (GABA International SA), ed è sostenuta da diversi partner e sponsor. Le campagne vengono organizzate ogni due anni a livello svizzero in tre lingue nazionali. L'obiettivo della campagna è di promuovere e mantenere la salute orale in tutti i gruppi d'età e in tutte le cerchie sociali della popolazione svizzera. Nel 2004 e nel 2006 le campagne si sono concentrate soprattutto sui bambini, gli adolescenti e sui loro genitori, mentre nel 2008 sul gruppo target degli ultrasessantenni. Con il tema della campagna 2010 (l'alitosi) ci si rivolge per la prima volta ad un gruppo molto più vasto. La campagna è prevista dal 6 al 17 settembre 2010.

## Le calvaire du rendez-vous manqué

**La salle de traitement est prête: les instruments stériles sont judicieusement disposés, la serviette est à sa place et la solution de rinçage prête à l'emploi. Le médecin-dentiste et son assistante dentaire sont également prêts à intervenir, mais... le patient n'est pas là!**

Frauke Berres (photos: mäd)

On laisse patiemment passer le quart d'heure de politesse et... toujours pas de patient! L'assistante se saisit alors du téléphone: le patient s'est-il égaré? Peut-être a-t-il manqué son train, voire eu un accident? L'assistante est alors commutée sur un répondeur et une voix sympathique lui fait savoir que l'interlocuteur est absent. Le patient reste injoignable. Quel praticien n'a pas déjà vécu cette situation? La question décisive qui se pose alors est celle-ci: le praticien doit-il faire preuve de largesse et se réjouir de la pause involontaire?

### Le temps, c'est de l'argent!

D'un point de vue purement économique, chaque rendez-vous manqué génère une perte non négligeable. Dans les cas qui ressemblent à l'exemple imaginé ci-dessus, il est quasi impossible de faire venir un autre patient à aussi court terme. Les frais fixes ne peuvent plus être évités: les collaborateurs doivent être rémunérés, et une partie du matériel préparé à l'intention de l'absent ne peut être réutilisée ou doit être restérilisé. Pour la plupart, les patients n'ont même pas conscience de tous ces inconvénients. Les raisons d'un rendez-vous manqué peuvent être très diverses: elles vont de l'oubli pur et simple au décès en passant par des motifs aussi variés qu'une erreur de report dans l'agenda, l'imprévu vraiment imprévisible, la maladie, une panne de voiture, un vélo volé ou un avion manqué. Mais quelle que soit la raison, la question cruciale demeure: puis-

je refacturer à mon patient une partie des frais occasionnés par le rendez-vous manqué? En ai-je le droit? Comment le client va-t-il accueillir ma facture d'honoraires? Le client n'est-il pas toujours roi?

### Pour la SSO, l'affaire est claire

A ce sujet, la Société Suisse d'Odontostomatologie SSO précise sur son site web que *«le patient qui a manqué un rendez-vous sans en avertir le cabinet au moins 24 heures à l'avance est tenu d'indemniser le médecin-dentiste. En accord avec le Surveillant des prix, cette indemnisation a été fixée à 18 points.*

*Le médecin-dentiste peut exiger le paiement d'une telle indemnité uniquement s'il n'a pas pu mettre à profit le temps du rendez-vous manqué pour un autre patient (par exemple pour un traitement en urgence).»* (Source: [www.sso.ch](http://www.sso.ch)) > Pour les patients > Droit, tarif > Rendez-vous manqué). Il en va de même pour l'hygiène dentaire ou les conseils en prophylaxie; dans ce cas, le rendez-vous manqué peut être facturé à raison de respectivement 9 ou 6 points par quart d'heure.

### Exercice de corde raide pour les médecins-dentistes

Généralement, la facturation du rendez-vous manqué pèse sur les rapports qui relient le praticien et son patient. Les collaboratrices du médecin-dentiste doivent en outre savoir faire preuve

de beaucoup de doigté pour répondre aux questions des patients concernés. L'un des objectifs du propriétaire de cabinet chef d'entreprise doit être de satisfaire ses clients et de les fidéliser à long terme. Sur l'un des plateaux de la balance, il y a l'aspect économique: l'entrepreneur doit couvrir ses frais fixes et variables. Sur l'autre plateau trône le client roi: il faut aussi tenir compte de son point de vue. Imaginons un patient de longue date qui, pour une fois, a manqué un rendez-vous sans prévenir, mais qui au cours des années précédentes a permis de réaliser un chiffre d'affaires élevé: quelle sera sa réaction à la réception d'une facture pour ce rendez-vous manqué? La concurrence entre médecins-dentistes augmente et les patients se font courtiser. C'est exactement là que le conflit de conscience surgit. Si l'absent ou retardataire chronique ne pose généralement aucun problème de conscience, il n'en va pas de même pour le patient de longue date ou pour le nouveau patient. Pour le premier, on est généralement disposé à faire une exception. Quant au second, soit on lui facturera le rendez-vous manqué pour fixer les règles du jeu dès le départ, soit on ne le lui facturera pas, pour éviter de le heurter d'entrée. C'est sans doute pour s'éviter ces cas de conscience que de nombreux cabinets ont institué un système de rappel de rendez-vous automatique par SMS ou par courrier électronique.

### Les aspects juridiques

Comment les choses se présentent-elles du point de vue juridique? Quels sont les rapports contractuels qui lient le patient à son médecin-dentiste? Au point de vue légal, le patient et le praticien sont liés par un mandat au sens du code des obligations (CO). Autrement dit, contrairement au contrat d'entreprise par exemple, le praticien ne répond pas du succès de son travail, mais de sa bonne et fidèle exécution. La forme contrac-



Pour le médecin-dentiste, un rendez-vous manqué est sujet d'énervement qui occasionne des frais...



Juridiquement, le médecin-dentiste et son patient sont liés par un mandat au sens du code des obligations.



Peut-on facturer un rendez-vous manqué à un patient de longue date? Le médecin-dentiste est placé devant un conflit d'intérêts.



Pour éviter les litiges, rien de mieux que de convenir par écrit avec son patient les modalités régissant les soins.

tuelle du mandat est régie par les articles 394 et suivants du CO. Cela étant, la loi ne règle pas concrètement la question du rendez-vous manqué chez le médecin-dentiste. Le rendez-vous manqué peut être compris comme une révocation du mandat au sens de la loi. En vertu de l'art. 404, al. 1, CO, le mandat peut être révoqué en tout temps. Toutefois, l'art. 404, al. 2, CO dispose que la partie qui révoque le mandat en temps inopportun (c'est-à-dire sans raison valable, à un mauvais moment et qui occasionne un dommage à l'autre partie) doit indemniser l'autre du dommage qu'elle lui cause. Il est aussi possible de partir du principe que le patient qui oublie un rendez-vous n'avait pas l'intention de révoquer le mandat. Dans ce cas de figure, l'art. 402, al. 2, CO dispose que le patient (mandant) doit aussi indemniser le praticien (mandataire) et lui rembourser les avances et frais consentis en vue de l'exécution régulière du mandat (soins dentaires) lorsque le dommage (le manque à gagner et les frais) est intervenu sans la faute du praticien. Dans un cas comme dans l'autre, le patient est tenu d'indemniser le praticien. Mais attention, ce dernier a l'obligation de restreindre le dommage: il doit mettre à profit le temps dont il dispose du fait de l'absence du patient, par exemple en soignant un autre patient ou en liquidant d'autres tâches. C'est là que l'obligation d'apporter la preuve entre en jeu.

### Qui porte le fardeau de la preuve: le médecin-dentiste ou le patient?

Le Code civil suisse (CC) dispose que, en principe, chaque partie doit prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit (art. 8 CC). Par conséquent, il incombe au médecin-dentiste de justifier son manque à gagner et de prouver qu'il y a eu rendez-vous manqué. En raison de son obligation de restreindre le dommage autant que faire se peut, le médecin-dentiste doit également prouver qu'il ne lui a pas été possible

de soigner un autre patient ou d'effectuer d'autres travaux. C'est là que la complexité du rendez-vous manqué devient évidente, et il y a sans doute très peu de patients et de praticiens qui en sont conscients. L'un ou l'autre patient réagira en refusant de payer la facture. Que faire dans ce cas? Le médecin-dentiste a le choix: il peut la considérer comme créance irrécupérable et l'amortir ou il peut décider d'entamer la voie judiciaire. S'il choisit cette dernière solution, il devra prouver le rendez-vous manqué et justifier le fait qu'il n'est pas parvenu à mettre ce temps à profit d'une autre manière. Ainsi, si le traitement précédent n'était pas encore terminé au moment où le patient a manqué son rendez-vous et que ce dernier aurait de toute manière dû patienter une demi-heure en salle d'attente, le montant de l'indemnisation se réduit d'autant. Pour établir le manque à gagner intervenu, le praticien doit aussi indiquer quelles prestations il n'a pas pu fournir en raison de l'absence du patient et le nombre de points correspondant. Il peut aussi se fonder sur les valeurs empiriques de la SSO. Celles-ci n'ont certes pas valeur de directives, mais le juge peut s'en inspirer.

### Conclusion

Le patient qui manque un rendez-vous est en principe tenu d'indemniser son médecin-dentiste. Ce dernier est en contrepartie tenu de limi-

ter le dommage dans la mesure du possible et de prouver qu'il n'a pas pu mettre son temps à profit d'une autre manière. Une situation qui semble a priori toute simple se mue en cas juridiquement complexe. Comme dans bien des situations propres à notre profession, le médecin-dentiste est appelé à faire preuve de doigté. C'est lui qui décide de la suite à donner aux rendez-vous manqués. Pour s'éviter des discussions pénibles avec certains patients ou de devoir recourir au tribunal, le praticien ferait bien de faire figurer la clause susmentionnée de la SSO sur un contrat de soins écrit (par exemple sur la feuille d'anamnèse) et signé par le patient. En cas de problème, ce document renforcera la position du médecin-dentiste qui, en cas de litige, dépendra moins de l'interprétation de la loi par le juge. Cette façon de faire a en outre l'avantage d'avertir le patient et, le cas échéant, de l'inciter à s'y prendre assez tôt pour annuler un rendez-vous.

### Remerciements

Je remercie M<sup>e</sup> Gabriel Nigon, avocat et partenaire de l'étude Nigon, Kull, Burkart et partenaires à Bâle, d'avoir bien voulu répondre à mes questions de nature juridique. M<sup>e</sup> Nigon est aussi président de la Commission d'expertise médico-dentaire de la Société des médecins-dentistes bâlois.

### Le rendez-vous manqué: position 4013 du tarif dentaire

Récemment, plusieurs journaux et revues se sont, dans leurs rubriques de conseils aux patients, interrogés sur le bien-fondé de la facturation du rendez-vous manqué chez le médecin-dentiste ou l'hygiéniste dentaire.

A cet égard, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que lors de l'introduction du tarif dentaire, le préposé fédéral à la surveillance des prix de l'époque et futur conseiller fédéral Joseph Deiss avait clairement approuvé le principe de la facturation du rendez-vous manqué. La SSO et M. Prix s'étaient à l'époque entendus sur un montant correspondant à 18 points par quart d'heure pour le médecin-dentiste. Il va de soi que la facturation du rendez-vous manqué doit être appréciée au cas par cas.

Source: SSO internum n° 4/2010

## Objections contre le «Managed Care»

**Pendant la session d'été, le Conseil national a accepté l'encouragement des modèles de Managed Care, la gestion intégrée des soins. Les réseaux de soins intégrés sont censés améliorer la qualité des soins prodigués aux patients tout en réduisant les coûts. La résistance s'organise déjà: les organisations de médecins soulèvent des objections contre la coresponsabilité financière. La population aussi manifeste son scepticisme vis-à-vis des réseaux intégrés de soins.**

Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SSO (photos: mäd)

C'est lors de la session d'été que le Conseil national a adopté la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Ce faisant, il a approuvé les modèles de gestion intégrée des soins. A l'avenir, le Conseil national veut que tous les assureurs proposent au moins un réseau intégré de soins. Dans ces réseaux, les fournisseurs de prestations coordonnent les soins médicaux: ils pilotent le traitement du patient pendant toutes ses étapes et s'engagent à assurer sa qualité tout en assumant leur coresponsabilité budgétaire. Les assureurs auront trois ans après l'entrée en vigueur de cette proposition pour introduire ces modèles de soins spéciaux. Si le Conseil fédéral constate que l'objectif ne sera pas atteint, il devra proposer des mesures au Parlement. De plus, le Conseil national a décidé que les caisses-maladie pourront imposer une durée minimum de

contrat de trois ans pour les modèles de gestion intégrée des soins (la sortie anticipée restant possible moyennant le paiement d'une pénalité). Il en ira de même lorsque les conditions d'assurance auront fortement changé, ou si les primes ont augmenté dans une plus grande mesure que dans le reste du canton. Pour inciter les assurés à adopter ces modèles, leur franchise sera à l'avenir de 10% du coût des soins, alors qu'elle sera relevée à 20% pour les autres assurés. Le Conseil fédéral fixera le montant de la franchise ainsi que la somme maximum annuelle à payer à ce titre.

### Pas de sélection des risques

La gestion intégrée des soins est un pas dans la bonne direction pour l'Association des médecins FMH: les médecins exerçant dans le cadre des réseaux intégrés participent directement à toutes

les décisions. Ils gèrent les soins des patients sur toutes les étapes de leur déroulement et assument la responsabilité de toutes les mesures pertinentes au plan médical, opportunes et économiques, conformément aux prescriptions légales. Cependant, les organisations médicales émettent des réserves pour ce qui est de la coresponsabilité budgétaire. Pour la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM), il faut largement exclure toute sélection des risques: les réseaux intégrés de soins sont en effet mis sous pression s'ils comptent un nombre supérieur à la moyenne de patients particulièrement coûteux. Ils se verraient ainsi contraints de refuser les patients chroniques ou polymorbides, ou bien de rationner les soins médicaux. Ecoutons à ce sujet Peter Wiedersheim, D<sup>r</sup> méd., président de la Société des médecins du canton de Saint-Gall: «Le fait est que les économies effectivement réalisées dans les différents modèles de soins intégrés ne sont pas très grandes. Dans le cadre actuel, c'est la sélection des risques qui permet une plus grande réduction des coûts que la gestion intégrée des soins.»

### Tenir compte des maladies chroniques

C'est évident pour la CCM: les modèles intégrés de soins ne peuvent fonctionner que s'il y a une compensation fondée sur un indice portant sur la morbidité. Il tiendrait compte de la gravité des maladies et servirait de base pour la compensation financière entre les différents réseaux et les autres modèles. Pour Urs Stoffel, D<sup>r</sup> méd. et co-



Pendant la session d'été, le Conseil national a adopté l'introduction des modèles de gestion intégrée des soins.

président de la CCM, trois éléments sont déterminants: «En premier lieu, le besoin de certains médicaments ou substances actives. Ensuite, la répartition des diagnostics dans des groupes de patients à risque élevé, moyen et faible. Enfin, la saisie de tests médicaux.» Il y a déjà de nombreuses propositions. Toutefois, les acteurs de la politique de la santé ont de la peine à prendre des décisions et sont des adeptes patentés de la procrastination: le Parlement a décidé, en 2007 déjà, d'affiner la compensation des risques à partir de 2012 afin d'accroître le volume des transferts et pour que la concurrence entre les caisses-maladie se fasse moins par la sélection des risques. Le Conseil national a désormais réalisé ce dernier point, tout au moins. Il a adopté par

121 voix contre 52 un affinement de la compensation des risques entre les caisses-maladie. En plus des critères de l'âge et du sexe et du séjour de plus de trois jours en hôpital ou en home, on tiendra également compte à l'avenir du dossier médical des assurés de l'année précédente.

#### Réactions ambivalentes

Pas de majorité pour les modèles de soins intégrés, telle est la conclusion à laquelle aboutit le «Moniteur de la santé 2010», enquête représentative actuelle menée par l'Institut de recherches gfs.berne. Les solutions discutées jusqu'à présent ne convainquent qu'une minorité, bien que les modèles de gestion intégrée des soins soient, depuis fort longtemps, un thème central du dé-

bat autour de la politique de la santé. Il n'y a que 10% des électeurs à indiquer s'être assurés dans le cadre d'un modèle de soins intégrés. 18% pourraient envisager d'adhérer à une assurance de ce type. Ce sont en premier lieu des hommes jeunes et en bonne santé qui s'intéressent à un modèle de gestion intégrée des soins. Les femmes et les hommes plus âgés émettent par contre des réserves. Du côté des représentants des caisses-maladie, les résultats de cette étude sont fortement critiqués et nombre d'insuffisances sont relevées. Quoi qu'il en soit, les partisans des modèles de Managed Care auront beaucoup de travail de conviction à accomplir des prochains mois, aussi bien auprès des électeurs que du corps médical...



Les fournisseurs de prestations coordonnent les soins médicaux: ils pilotent le traitement du patient pendant toutes ses étapes et s'engagent à assurer sa qualité tout en assumant leur coresponsabilité budgétaire.

La sociologue Dr Marianne Rychner dit:

#### «Managed Care» – La solution est-elle le problème?

Entièrement à part du débat politique et des détails, la notion de «Managed Care», la gestion intégrée des soins, n'est pas appropriée. Cependant, elle exerce une influence sur son efficacité de manière très problématique. Cet anglicisme est irritant: il implique en effet qu'un médecin devrait travailler comme un gestionnaire, comme un manager. La traduction aussi est agaçante: «gestion intégrée», cela implique des soins plus ou moins orientés, pilotés, contrôlés. Si on lui ajoute encore la mission de «responsabilité budgétaire», alors on en arrive à l'opposé même d'une relation patient/médecin reposant sur la confiance: des patientes et des patients rendus passifs consomment des prestations médicales tout en étant empêchés de le faire en excès. Les médecins de leur côté sont contrôlables par le biais d'incitations financières. Tout ce que ceci implique de subordination ne saurait être favorable à la relation entre le médecin et le patient. On anticipe une prophétie qui se réaliserait elle-même: des patients qui préféreront maximiser leur consommation plutôt que de guérir d'un côté et, de l'autre, des médecins qui tenteront de s'enrichir sur le dos de leurs patients. Depuis toujours, les médecins doivent adapter des exigences spécifiques à chaque cas à des limitations économiques et temporelles. Mais on doit désormais se demander si, à l'avenir, il sera encore possible de préserver cette relation de confiance, autrefois si évidente.

Le Dr Marianne Rychner est sociologue et partenaire du Büro für Sozioanalyse (Bureau d'analyse sociale – [www.sozioanalyse.ch](http://www.sozioanalyse.ch)). Elle prodigue ses conseils notamment à des organisations du domaine de la santé. Sa thèse «Limites de la logique du marché. Une main invisible au cabinet médical» a été publiée en 2006 par VS Verlag für Sozialwissenschaften (titre allemand: Grenzen der Marktlogik. Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis).

Exposé présenté lors de la conférence des présidents à Wilen.





## Les cabinets dentaires: des aimants pour patients ...

«La plupart des médecins-dentistes sont d'excellents spécialistes de la médecine dentaire, mais des vendeurs de qualité moyenne, peu sensibles aux exigences du marketing», nous explique Ueli Breitschmid, président de l'Association patronale suisse de la branche dentaire (ASD) et directeur de Swiss Dental Events (SDE). Notre rédactrice s'est entretenue avec ce négociant ambitieux aux nombreux succès.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

**RMSO: «Vous pouvez faire état de la réussite de Dental 2010. Que pensez-vous, à l'occasion de cette manifestation, d'une stratégie de marketing qui serait à l'avenir commune à la RMSO et à Dental?»**

Ueli Breitschmid: «Je suis toujours en faveur des collaborations qui permettent de tirer parti des synergies. Le succès d'une exposition dépend de nombreux facteurs. L'un d'entre eux, c'est une publicité constante pour la manifestation, bien avant qu'elle ne se déroule. Cette publicité se fait tout d'abord en Suisse, mais aussi à l'étranger dans le but d'attirer des exposants.»

«Je ne saurais évaluer les avantages qui découleraient de la présence de la RMSO en tant que nouveau partenaire du côté des médias. Nul doute que la mobilisation des visiteurs en serait confortée. Une éventuelle stratégie commune devrait être élaborée avec la SSO. En effet, par son congrès, cette organisation professionnelle touche la plupart des médecins-dentistes de notre pays.»

**«Les fabricants, le commerce de détail et les agents sont rassemblés au sein de l'ASD. En quoi un agent se distingue-t-il d'un négociant de la branche dentaire?»**

«Normalement, les agents vendent leurs spécialités exclusivement par le canal du commerce spécialisé, rarement directement. Les négociants de la branche dentaire vendent directement aux médecins-dentistes, aux laboratoires dentaires et aux hygiénistes dentaires.»

**«Qui est-ce qui donne le ton sur le marché dentaire? Le médecin-dentiste ou la branche dentaire?»**

«Il n'est pas possible de donner une réponse définitive et unique à cette question. C'est le client qui décide où et quoi il veut acheter. Quant au négociant, c'est lui qui définit l'offre. On ne saurait séparer l'un de l'autre. C'est une relation de dépendance réciproque: on se connaît, on se comporte en partenaires et l'on décide en fin de compte dans l'intérêt bien compris d'une co-

opération durable. Grâce à l'internet, le médecin-dentiste dispose aujourd'hui de plus nombreuses possibilités de comparer les prix. C'est la raison pour laquelle le conseil prend de plus en plus d'importance, alors qu'il n'est pas reflété par le prix.»

**«Qu'entendez-vous par «networking»? Comment cela fonctionne-t-il dans le cadre de l'ASD?»**

«Je pense que vous faites allusion au networking à l'occasion de Dental 2010 à Bâle. Dans notre petit monde de la branche dentaire, les relations personnelles, les recommandations et les conseils personnels jouent un rôle considérable. Lors de Dental 2010, 50% des médecins-dentistes et des techniciens dentaires, 100% des décideurs du négoce et de l'industrie étaient présents simultanément en un même lieu. C'était donc le cadre idéal pour faire de nouvelles connaissances, pour mettre à jour des relations commerciales et pour leur donner de nouvelles bases. En effet, il n'y a pas d'autre manifestation qui permettent à tant de médecins-dentistes, techniciens dentaires, assistantes dentaires et hygiénistes dentaires de se rencontrer et de faire connaissance dans une ambiance aussi décontractée.»

**Nombreuses possibilités d'épanouissement**

**«Le marché dentaire est votre univers depuis l'enfance. Qu'est-ce qui vous a inspiré dans l'entreprise familiale, et quelle a été votre formation?»**

«Mon père était technicien dentaire. En 1954, il s'est mis à son compte avec un petit assortiment de spécialités pour laboratoires dentaires. Notre



Lors de Dental 2010, 50% des médecins-dentistes et des techniciens dentaires, 100% des décideurs du négoce et de l'industrie étaient présents simultanément en un même lieu.

domicile a été à la fois maison, bureau et magasin pendant les trois premières années. Les activités de mon père ne m'ont pas du tout fasciné: je voulais devenir chimiste! Après avoir obtenu mon diplôme de l'école de commerce, les enseignants ne voulaient plus de moi, et j'ai donc du prendre ma future carrière en mes propres mains. Après un séjour en Suisse romande pendant l'Expo 64 à Lausanne, puis un autre séjour en Angleterre, j'ai fait mes premières armes en tant que volontaire au dépôt dentaire Klein à Bonn. Comme j'étais curieux et entreprenant, j'ai pu m'y familiariser avec toutes les activités dans ce secteur. Mais j'ai tout de même été content de rentrer en Suisse après une année à Bonn.»

«Tout à mon honneur, je dois mentionner ici que, quatre ans plus tard, la famille de Peter Klein nous a envoyé son fils pour se former chez nous, en Suisse. Il nous a beaucoup apporté.»

«Disons-le tout net: je suis allé travailler chez mon père parce que, sans formation universitaire, il m'aurait été très difficile de trouver un emploi qui m'aurait procuré autant de possibilités d'épanouissement personnel. Je me suis souvent senti incompris, ce qui a été très difficile, car j'étais un jeune homme fort ambitieux. Mais ce fut peut-être aussi la clé de ma réussite: mon désir de bien faire et ma fierté en ont été stimulés! Aujourd'hui encore, je veux toujours montrer ce dont je suis capable...»

### Le positionnement: un facteur clé

**«Le portrait de Curaden le dit bien: «L'hygiène buccale relève de notre principale compétence.» En tant que propriétaire d'une entreprise, que signifie pour vous l'hygiène en général et l'hygiène buccale en particulier?»**

«Avec CURAPROX et CURASEPT, nous offrons deux lignes de produits qui permettent à des milliers de médecins-dentistes de proposer des



«Je me suis souvent senti incompris, ce qui n'a pas manqué de chatouiller ma fierté et mon désir de bien faire», dit Ueli Breitschmid.

soins buccaux personnalisés à leurs patients. Ces produits répondent à la principale exigence de la prophylaxie dentaire: des dents et des gencives saines tout au long de la vie.»

«Nous sommes la première entreprise au monde à proposer non seulement des produits, mais aussi les concepts pour instruire à leur emploi avec touch2teach et iTOP. Nous avons un modèle d'entreprise global qui positionne l'hygiène buccale non seulement au niveau prophylactique, mais aussi au plan d'un style de vie pour tous ceux qui sont sensibles aux notions de bien-être corporel et de beauté. Dans ce contexte, la phrase «L'hygiène buccale relève de notre principale compétence» ne couvre pas notre modèle d'entreprise dans sa totalité. Notre approche du «patient» doit être novatrice: le médecin-dentiste doit le considérer de préférence comme un «client». De là viendront des approches toutes nouvelles, et donc un nouveau modèle d'affaires. Réparer, c'est une chose. Mais la prophylaxie et son positionnement en sont une autre. Il vaudrait mieux les mettre en relation l'une avec l'autre.»

«Au fil des ans, j'ai compris que la carie et les affections du parodonte peuvent être évitées dans

99% des cas par une hygiène buccale correcte. Cette découverte n'était pas difficile à faire. Mais le chemin a été long pour développer des produits et des soins qui prennent en charge à la fois la dentition et les gencives. L'essentiel ici, c'est de collaborer avec les professionnels de la branche dentaire et avec la recherche, l'enseignement et la pratique. Ce n'est qu'ainsi que l'on parvient à développer de bons produits.»

«Pour moi, l'hygiène buccale est tout simplement la clé de la santé. C'est aujourd'hui prouvé: une bouche saine et fraîche est indispensable à la bonne santé du corps tout entier. Il y a danger pour la santé lorsque les bactéries de la plaque dentaire parviennent dans le flux sanguin et forment des biofilms dans les vaisseaux, tout comme sur les dents.»

**«Quand avez-vous découvert que les soins des espaces interdentaires jouaient un rôle essentiel?»**

«30% de la surface des dents se trouvent dans les espaces interdentaires. Il est évident que la brosse à dents ne peut pas les atteindre. C'est d'une simplicité absolue, mais il faut se le mettre



C'est le client qui prend la décision d'achat. Le négociant définit l'offre. De gauche à droite Peter Wiehl, Ueli Breitschmid, François Keller



Le succès d'une exposition dépend de nombreux facteurs. L'un d'entre eux, c'est une publicité constante pour la manifestation, bien avant qu'elle ne se déroule.

en tête une bonne fois! J'ai un esprit très critique et je remets toujours tout en question. C'est comme cela que je trouve la bonne voie. Grâce à mes relations amicales avec Jiri Sedelmayer, maître assistant à l'Université de Hambourg, j'ai vraiment compris les interrelations et entrevu de possibles solutions.»

### Des changements d'appareils de plus en plus fréquents

**«Vous avez 40 000 pièces de rechange en stock. Comment Healthco-Breitschmid gère-t-il ce stock?»**

«Là, vous appuyez précisément où ça fait mal. Non pas pour ce qui est de la gestion de cet énorme stock de pièces de rechange, mais parce que vous me rappelez la quantité de ces pièces que nous devons mettre chaque année au rebut, parce que les appareils auxquels elles sont destinées n'existent plus. Nous exerçons un contrôle absolu sur nos stocks de pièces de rechanges et jusqu'au stock dans les véhicules de nos vingt-quatre techniciens de service. Une informatique optimale nous permet d'éviter de nouveaux achats de pièces qui ne sont plus dans le stock central, mais qui se trouvent dans les stocks itinérants du technicien X ou Y. Aucun fabricant ne reprend des pièces. Ce qui est acheté le reste, définitivement!»

### Le potentiel du marché est loin d'être épuisé

**«Il est possible de calculer avec précision le potentiel commercial et de patientèle**

**pour tout emplacement d'un cabinet dentaire, existant ou à venir. C'est du moins ce que vous promettez aux médecins-dentistes. Pouvez-vous nous expliquer comment vous vous y prenez exactement?»**

«Les médecins dentistes ne «creusent» pas assez leur potentiel! C'est du moins ce qu'atteste une vaste étude représentative de la population effectuée à fin 2009 sur mandat de Healthco-Breitschmid. La plupart des médecins-dentistes sont d'excellents spécialistes de la médecine dentaire. Mais ce sont des vendeurs très moyens, peu sensibles aux aspects de marketing. Avec cette solide enquête sur la population et avec de nouveaux outils et données géographiques, la branche dentaire possède de nouveaux moyens d'optimisation de son positionnement et de marketing. On peut faire des cabinets dentaires de véritables «aimants à patients!»»

**«CURADEN AG travaille aujourd'hui dans le monde entier. Quels avantages le marché suisse en retire-t-il?»**

«CURADEN AG s'occupe de prophylaxie et travaille effectivement dans le monde entier. C'est en Allemagne, en Italie et en Suisse que nous faisons la plus grande part de notre chiffre d'affaires, ainsi qu'en Tchéquie, en Slovaquie et en Slovaquie. Dans ces deux derniers pays, notre marque et aussi connue qu'Elmex dans notre pays. Notre activité en Suisse voit son horizon s'élargir grâce au succès de nos activités à l'étranger. Nous savons mieux et nous comprenons plus rapidement ce que nos clients attendent

vraiment de nous et ce dont ils ont effectivement besoin: de conseils et d'un accompagnement, du cabinet dentaire jusqu'aux entreprises de services où le patient devient client, où le patient devient hôte. Mais pour cela, il faut changer notre manière de penser. Ça en vaut la peine!»

**«Vous allez fêter votre soixante-cinquième anniversaire cette année et vous pratiquez des hobbies qui vous prennent beaucoup de temps. Comment prévoyez-vous d'organiser ces prochaines années?»**

«Vous me parlez de mes activités viticoles à Meggen et en Sicile. Ces petits vignobles sont en quelque sorte des «sous-produits» de mon amour des beaux objets immobiliers. Comme pour la branche dentaire, je suis fier de poser de nouveaux jalons avec ces produits. Il y a bien des difficultés avec le vin bio de Meggen, mais nous sommes sur la bonne voie. En Italie méridionale aussi, nos objectifs sont très ambitieux: nous voulons nous situer parmi les trois meilleurs avec notre vin. Je suis toujours à la recherche de nouveaux défis. J'en ai besoin! Quelque chose qui serait à la portée de tout un chacun, ça ne m'intéresse pas. Mais mon activité principale est et reste la branche dentaire. Ici aussi, nous voulons être les meilleurs et c'est le but de tous nos efforts. En fin de compte, c'est le client qui décide! Je me considère comme un sparring partner ou comme un coach qui poserait des questions désagréables: pourquoi? Pourquoi pas? Comment y parviendrions-nous malgré tout?»

## La pilule a 50 ans!

**Voici cinquante ans qu'elle est arrivée, la pilule. C'est en effet en 1960 que le premier contraceptif oral est arrivé sur le marché américain: l'Enovid. Elle compte aujourd'hui parmi les plus importants moyens de contraception. Elle est tout particulièrement appréciée en Europe. Par contre, elle peine à s'imposer en Chine, le pays le plus peuplé de la planète. En Afrique aussi, les gens préfèrent d'autres moyens de contraception.**

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mād)

Ce fut une révolution pour les femmes. Par contre, les moralistes de tout poil, dans l'église catholique avant tout, se sont insurgés contre la pilule. Elle a fait son apparition sur le marché des Etats-Unis il y a cinquante ans. Elle est arrivée en Allemagne un an plus tard, sous le nom d'Anovlar, marquant ainsi le début d'une révolution sexuelle. C'est aujourd'hui l'un des moyens contraceptifs les plus utilisés. Rien qu'en Allemagne, plus de six millions de femmes se protègent d'une grossesse non désirée grâce à la pilule. Avec elle et pour la première fois, les femmes pouvaient décider elles-mêmes quand et combien d'enfants elles voudraient avoir.

Désormais, les couples ne devaient plus craindre des grossesses non désirées: la pilule était le symbole de la libération sexuelle. Elle était tellement révolutionnaire qu'au début, en 1961, elle n'a été prescrite que pour traiter les troubles de la menstruation, et seulement aux femmes mariées! Les moralistes conservateurs des milieux religieux et politiques ont fait des pieds et des mains. Ils craignaient la fin des bonnes mœurs et de la bienséance. C'est pourquoi, au début, la pilule a suscité bien des réserves.

Le Vatican a lancé en 1968 l'encyclique «Humanae Vitae» dite «Encyclique de la pilule», proscrivant ce nouveau moyen de prévention de la grossesse. Plus nombreuses ont alors été les femmes catholiques à quitter l'église plutôt que de renoncer à la pilule: «Bien faire et laisser dire...», ou bien «Nous, nous ne parlons pas de la pilule. Nous la prenons!». Voilà ce que l'on pouvait lire sur des affiches placardées alors. La révolution en marche ne pourrait plus être stoppée.

Nombre de communautés religieuses, en particulier l'église catholique romaine, rejettent le recours aux contraceptifs oraux (ainsi d'ailleurs qu'aux autres moyens de contraception) pour des motifs relevant de la morale, même si cette position n'est pas partagée par l'ensemble de leurs adeptes. Le pape Paul VI est l'auteur d'une encyclique publiée le 25 juillet 1968 à l'intention des catholiques. Il y soutenait que «tout acte matrimonial (*quilibet matrimonii usus*) doit rester ouvert à la transmission de la vie».

Mais la pilule arrivait à point nommé pour la jeune génération en révolte. De plus en plus nombreuses ont été les femmes à la prendre. Il en est résulté au début des années 1970 en Europe occidentale ce que l'on a nommé le «tournant de la pilule»: le nombre des naissances a notablement baissé et il reste jusqu'à ce jour à ce niveau. L'avancée victorieuse de la pilule ne pourra plus être endiguée. Des enquêtes ont montré que plus de la moitié des femmes entre vingt et quarante-quatre ans prennent aujourd'hui une préparation d'hormones.



Pilule de l'enfant désiré: il ne s'agit pas d'éviter une grossesse, mais d'avoir un enfant au bon moment!

### La «pilule» a 50 ans: bref historique

Le premier contraceptif oral, l'Enovid, a été autorisé aux Etats-Unis le 18 août 1960. Cette innovation a été si lourde de conséquences pour l'évolution de la société qu'il semble que 2010 va devenir l'année du «Jubilé de la pilule»!

Les recherches sur l'hormone sexuelle ont débuté entre les deux guerres mondiales déjà. Adolf Butenandt a révélé l'estrone en 1929, suivi peu de temps après par les œstrogènes œstriol et œstradiol ainsi que par les androgènes androstérone et testostérone. Les premiers concepts ont été développés en même temps, visant à exercer une influence sur le cycle menstruel de la femme par le biais des hormones sexuelles ou de leurs dérivés pour empêcher la conception, et donc la grossesse. Les circonstances ont alors interdit leur réalisation, jusqu'à ce que trois hommes se chargent de cette mission: le chimiste Carl Djerassi, le physiologiste Gregory Pincus et le gynécologue John Rock. Djerassi est né à Vienne avant d'émigrer aux Etats-Unis. Dans son autobiographie, il se qualifie de «Mère de la pilule». Il a synthétisé en 1951 les dérivés de la testostérone noréthystérone et noréthynodrel. Ceux-ci ont ensuite fait l'objet d'essais cliniques sur des animaux. L'Enovid, une combinaison de noréthynodrel et de l'œstrogène mestranol, a été autorisé aux Etats-Unis en 1957 avec l'indication «régulation du cycle menstruel».

Il a fallu attendre encore trois ans pour qu'il soit autorisé avec l'indication «contraception hormonale». En Allemagne, le noréthynodrel n'a jamais joué de rôle en tant que médicament. La préparation Anovlar, autorisée en République fédérale en 1961, était une combinaison encore habituelle aujourd'hui de noréthystérone et d'éthynylestradiol. L'Ovosiston mis sur le marché en RDA en 1965 était une combinaison d'acétate de chlormadinone et de mestranol.

Les médecins ont longtemps recommandé le préservatif comme étant la meilleure protection contre la grossesse. Au début, il était fabriqué en tissu, puis en boyaux d'animaux, enfin en caoutchouc depuis 1839. Le but poursuivi par tous les moyens de contraception conventionnels était en fin de compte d'empêcher à la semence de féconder l'ovule.

La pilule franchit une étape de plus. Elle intervient sur l'équilibre hormonal de la femme et empêche la maturation de l'ovule. Une étude du magazine *Geo* indique que ce sont aujourd'hui entre 80 et 120 millions de femmes qui prennent régulièrement la petite et si efficace pilule. La plupart de ses utilisatrices habitent en Europe et aux Etats-Unis.



C'est pour se libérer des contraintes de la nature que l'homme paie le prix très élevé de sa responsabilité propre.

#### Distribution et consommation des préparations usuelles en 2009

Canaux: pharmacies, cabinets médicaux, drogueries, hôpitaux  
 Segment: (définitions: état à fin 2009) listes A/B/C/D de Swissmedic et IMS Z (vaccins et tests diagnostiques)

Désignation	Quantités: en milliers d'emballages
G03A1 PREP MONOPHAS < 50 MCG OEST	1 944 860
G03A2 PREP MONOPHAS < 50 MCG OEST	5 519
G03A3 PREP BIPHASIQUES	9 653
G03A4 PREP TRIPHASIQUES	39 104
G03A5 PROGESTATIFS ORAUX	175 310
G03A9 AUT CONTRACEPT HORM SYST	421 229

(Source: IMS Health GmbH)

A la différence des pilules de la première génération qui étaient un «cocktail d'hormones» à hautes doses, les préparations actuelles en contiennent nettement moins et sont beaucoup mieux tolérées. Toutefois, ces médicaments ne sont pas entièrement exempts d'effets secondaires. Récemment, les pilules contraceptives Yaz et Yasmin distribuées par Bayer-Schering ont fait les gros titres: elles ont été mises en relation avec des cas d'embolies pulmonaires et des décès de jeunes femmes en Allemagne et en Suisse.

Les opposants ont donc demandé l'arrêt des ventes de cette forme de pilule contraceptive. En fait, c'est surtout au cours de la première année de prise de la pilule qu'il peut y avoir des cas d'embolies dans de très rares occasions. La documentation qui accompagne la pilule Yasmin souligne mieux ce risque depuis quelques temps. Une toute autre observation inquiète les scientifiques: les résidus d'hormones dans les eaux peuvent causer des dommages, aux poissons tout au moins. Les hormones de synthèse de la pilule passent dans les eaux via les toilettes et les stations d'épuration. Il en résulte que quelques poissons mâles deviennent porteurs de caractères féminins.

Sans accès aux moyens de contraception, année après année, des milliers de femmes dans les pays en développement meurent de complications prévisibles de leur grossesse ou d'avortements bâclés. La pilule contraceptive a évité des millions de tragédies.

Des chiffres d'affaires record ont entre-temps été réalisés dans les Emirats arabes unis aussi: tout d'abord parce que le Coran autorise éventuellement «l'avortement alternatif» et la stérilisation en présence d'une urgence médicale. Ensuite, la contraception a une longue tradition dans les pays musulmans. Mohammed lui-même recommandait le *coitus interruptus* lorsque la continence n'était pas possible.

Il en va tout autrement au Japon, pays généralement considéré comme progressiste. A en croire *Geo*, ce ne sont qu'un pour-cent des femmes fertiles qui y recourent à la pilule. Elle n'a d'ailleurs été autorisée qu'en 1999 dans ce pays, de crainte de dépravation morale et de maladies sexuelles. Et aujourd'hui? La pilule a-t-elle effectivement sonné le glas de la morale sexuelle? D'après l'étude de *Geo*, les contacts sexuels entre jeunes on certes lieu en Europe à la fois plus tôt et plus fréquemment qu'avant la découverte des préparations hormonales. Cependant, dans les pays où la pilule est le plus fréquemment vendue comme en France et en Allemagne, on ne se comporte pas de manière notablement plus «désinhibée». Bien au contraire, le sida a notamment limité et endigué la liberté sexuelle née avec la pilule.

## Emprunter des voies nouvelles

**«C'est en offrant de bonnes conditions d'encadrement que la SSO pourrait motiver à l'adhésion le nombre croissant de non-membres», estime le nouveau président de la section de Thurgovie, le Dr Andreas Ettlin. En plus de l'engagement politique, il souhaite passer un accord avec l'Association patronale suisse de la branche dentaire (ASD). Un tel accord permettrait aux membres de la SSO de bénéficier de meilleures conditions d'achat et de service. Notre rédactrice s'est entretenue avec le président de la section de Thurgovie.**

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

De 15 à 20% des médecins-dentistes en exercice en Thurgovie n'appartiennent pas à notre association professionnelle. «C'est trop!», estime le nouveau président de la section thurgovienne de la SSO. C'est pourquoi, en plus de la promotion de la collégialité entre ses membres, il s'engage résolument en faveur de l'amélioration de l'attractivité de la qualité de membre de notre association.

**RMSO: «Qu'attendez-vous en relation avec cet état de faits pour notre association faitière?»**

Dr Andreas Ettlin: «Il faut que les sections offrent de bonnes conditions d'encadrement pour motiver les non-membres à l'adhésion. Il faut emprunter de nouvelles voies. L'influence importante qu'exerce notre association ne doit pas se borner au champ clos de la politique. Il faut aussi en tirer parti pour obtenir des prix avantageux de la part de l'industrie et du négoce. Par exemple, je verrais bien un accord avec l'association patronale de la branche dentaire qui offrirait aux membres de la SSO de meilleures conditions d'achat et de service. Notre association faitière



Andreas Ettlin dit: «Il faut aussi en tirer parti pour obtenir des prix avantageux de la part de l'industrie et du négoce, par exemple de meilleures conditions d'achat et de service.»



«J'aime la diversité! Je suis à la fois artisan, entrepreneur, chef de plusieurs employés et formateur», dit Andreas Ettlin.

se doit d'influencer favorablement la situation professionnelle de nos membres, grâce à son niveau élevé d'organisation.»

### **Influence en recul, vis-à-vis de l'intérieur et de l'extérieur**

#### **«Quels sont les dangers dans notre environnement dont la SSO devrait s'occuper?»**

«Le plus grand danger, c'est sans aucun doute le recul de l'influence de notre association professionnelle, aussi bien vis-à-vis de l'intérieur

que de l'extérieur. Pour ce qui est de l'extérieur, notre statut ne cesse de rétrécir en raison de décisions politiques. Vis-à-vis de l'intérieur, les associations professionnelles spécialisées prennent de plus en plus de pouvoir, au risque de ne plus représenter à l'avenir que des intérêts particuliers qui ne seraient plus dans l'intérêt bien compris de l'ensemble des médecins-dentistes praticiens généralistes. Nous courrons le risque, tout comme la FMH, de nous affaiblir de l'intérieur. L'Union européenne (UE) nous pousse aux spécialisa-

tions. C'est là un problème très sérieux, à mon avis. Nos confrères suisses seront désavantagés à long terme. Un exemple: les places de formation en chirurgie orale. Leur nombre est d'ores et déjà restreint en raison d'un afflux important en provenance de l'espace européen. Cet afflux ne peut pas être régulé. Il en résulte des désavantages pour nos jeunes confrères suisses, voire même leur exclusion de la filière: il faut être un étranger porteur d'un titre en chirurgie orale, ou bien, en tant que Suisse, acquérir ce titre à l'étranger.»

### **La profession de médecin-dentiste comble tous mes désirs!**

#### **«Quelle a été la genèse de votre cabinet dentaire? Depuis quand existe-t-il?»**

«Mon cabinet dentaire a été ouvert en 1962 à Frauenfeld par mon père. Je l'ai repris en 2001.»

#### **«Il y a plusieurs médecins-dentistes dans votre famille. Expliquez-nous pourquoi vous avez choisi ce métier.»**

«Mon but a toujours été de fabriquer quelque chose de mes propres mains. Quelque chose que je pourrais regarder comme un ouvrage achevé. Et puis, je voulais diriger une entreprise, moi-même. La médecine m'intéresse. Le métier de médecin-dentiste répond à tous ces désirs! C'est une profession qui me donne la liberté de prendre des décisions en toute autonomie, et d'organiser mes journées à ma guise.»

#### **«Vous avez votre propre laboratoire dentaire. Comment en êtes-vous arrivé là? Quels en sont les avantages pour vous et votre cabinet dentaire?»**

«J'ai repris le laboratoire de mon père. C'est un grand avantage du point de vue des soins prodigués aux patients. Les travaux peuvent être bien organisés, et le technicien dentaire est toujours à portée pour répondre aux questions. Je peux ainsi bénéficier d'une très grande souplesse. Les petites réparations peuvent être effectuées sans trop attendre. Et puis, il y a aussi un avantage en termes de prix: les travaux à demeure sont exonérés de la TVA. En cas de garantie, il n'y a pas de discussion désagréable avec un technicien de l'extérieur.»

#### **«Vous exercez une fois par semaine à l'Hôpital cantonal de Frauenfeld. Quels sont les patients les plus nombreux à subir une anesthésie complète?»**

«Ce sont de jeunes enfants la plupart du temps, ou bien des patients souffrant de handicaps psychiques. Il y a aussi de plus en plus de patients anxieux qui expriment le désir d'être traités sous anesthésie complète.»

## Revue

### Extractions et infection croisée

**Chadzoudi M:**  
**Handling post-dental extraction patients:**  
**How to avoid trans-infection of blood-**  
**borne diseases**

*J Oral Maxillofac Surg 67: 2583–2586, 2009*

En dépit des mesures prises par l'équipe soignante pour minimiser le risque d'infections croisées, les possibilités de contamination existent. Il est impossible de prévoir des mesures adaptées dans toutes les combinaisons possibles de traitements, les comportements et les réactions de patients. Le danger d'exposition à des maladies transmises par le sang chez des patients ayant subi une extraction dans un cabinet dentaire a été examiné.

Le comportement spécifique de patients envers la compresse de gaze placée sur le site d'extraction a été étudié dans une étude comportant deux questions. Il leur fut demandé, d'une part, où et quand les compresses furent éliminées et, d'autre part, s'ils les avaient touchées ou manipulées avec les doigts pendant qu'elles étaient encore en bouche.

42% des patients avaient regagné leur domicile environ 20 minutes après avoir quitté le cabinet dentaire et avaient jeté la compresse dans la poubelle. 40% l'avaient jetée dans une poubelle publique, 9,3% dans les toilettes du cabinet avant de partir, tandis que 8,6% ne se souvenaient pas de l'événement. Le fait de jeter la compresse dans la poubelle des toilettes du cabinet rend ce lieu potentiellement infecté. Il nécessiterait donc les mêmes mesures de désinfection que celles entreprises dans le poste de traitement. Jeter la compresse dans une poubelle publique peut mettre d'autres personnes en situation à risque.

En réponse à la seconde question, 50,6% des patients avaient touché la compresse avant de la retirer définitivement, 34% ne l'avaient pas touchée et 15,3% ne s'en souvenaient pas. Il est donc possible que dans 50% des cas, les patients manipulent leur compresse, touchent et contaminent par la suite des zones propres du cabinet dentaire, comme les portes ou les sièges de la salle d'attente.

Il est judicieux d'informer les patients des risques liés aux maladies transmises par le sang et des mesures nécessaires aux contrôles de l'infection. Certaines mesures comprennent le recours à des méthodes alternatives du contrôle hémorragique postopératoire, des prises de rendez-vous

adaptées à la santé des patients et des pratiques de vaccination systématique.

Les patients ne comprennent souvent pas que leur sang peut représenter un risque pour d'autres personnes dans un cabinet dentaire. L'information est donc importante, mais une approche nouvelle de la gestion des hémorragies postopératoires mérite d'être repensée pour modifier les directives du contrôle de l'infection.

Michel Perrier, Lausanne

### Erosions dues au vin

**Chehal H K et al.:**  
**Dental erosion due to excessive wine**  
**consumption**

*Gen dent 57: 519–523, 2009*

Rappel:

*Erosion*: perte de structure dentaire due à des processus chimiques sans intervention bactérienne.

*Attrition*: perte de surface dentaire due au contact interdentaire par frottement pendant la mastication ou lors de parafonctions.

*Abrasion*: perte de surface dentaire due à l'action de corps étrangers (brosse à dent, dentifrice, etc.).

*Abfraction*: perte de surface dentaire cervicale due à des forces compressives et tensionnelles résultant de la flexion coronaire.

L'érosion est une perte de structure dentaire due à des processus chimiques sans intervention bactérienne. Elle peut être induite intrinsèquement ou extrinsèquement. Les facteurs intrinsèques comprennent les acides gastriques qui entrent en contact avec les dents dans des pathologies comme la boulimie, les gastrites, le reflux gastrique et les vomissements fréquents. Les facteurs extrinsèques sont d'ordre alimentaire, médicamenteux ou environnemental. La première manifestation révèle un aspect amélaire lisse et luisant qui évolue en étroites concavités, en arrondissement des cuspidés et en structures angulaires. Dans les cas avancés, l'émail peut se dissoudre complètement et exposer la surface dentinaire et parfois la pulpe, avec de fortes hypersensibilités. Les érosions de cette importance nécessitent une thérapie de remplacement.

Cet article présente le cas d'une femme de 46 ans se plaignant de la perte de rétention de ses facettes maxillaires et d'une rapide perte de substance après le scellement des facettes. Il s'agissait d'une alcoolique en fin de traitement présentant

aussi un long passé d'agoraphobie et de dépression. Parmi les cinq médicaments qu'elle prenait régulièrement figuraient des antidépresseurs ayant des effets xérogènes importants, deux myorelaxants et un analgésique à base d'acétaminophène et d'oxycodone.

L'examen buccodentaire révélait une perte importante de la structure dentaire des surfaces palatines du bloc antéro-maxillaire avec des dépressions en cavités. La surface amélaire des prémolaires était irrégulièrement affectée et montrait des puits d'érosion. Toute la denture antérieure maxillaire et mandibulaire était molle et atteinte de colorations brunes. La carie était partiellement présente sur les faces linguales des dents antérieures avec des bords incisifs irréguliers et tranchants. La patiente présentait aussi des signes de xérostomie avec une salive épaisse et peu abondante, bien que son contrôle de plaque soit satisfaisant et ses tissus mous dépourvus de signes d'inflammation.

Les radiographies périapicales prises 17 mois auparavant et après le placement des facettes ne montraient ni signes de perte de tissus dentaires, ni signe de parodontite ou de lésions périapicales. Les résultats d'un examen diététique ne révélaient aucune particularité hormis la consommation d'environ un demi-litre de vin blanc chaque jour qu'elle ingérait petit à petit en 4 à 6 heures sans consommer d'aliments solides. En 17 mois, l'important volume d'acide ainsi consommé et non tamponné par un flux salivaire insuffisant lié à la prise de médicaments produisit des dommages d'érosion étendus. L'usure dentaire est un processus normal dans la vie de chacun. Il provient de phénomènes d'attrition, d'abrasion, d'érosion et d'abfraction. Chaque cause est associée à des dynamiques pathologiques et étiologiques combinées. La patiente présentée dans cet article présentait des érosions dentaires provenant de la consommation quotidienne de vin sur une période quotidienne de 4 à 6 heures sans prise d'aliments solides. Ces derniers stimulent les glandes salivaires qui peuvent nettoyer et dissoudre la plupart des particules et produits chimiques. Chez cette patiente, la consommation de vin seulement permettait aux acides d'avoir accès à la surface amélaire et de générer un processus d'érosion. Le pH du vin se situe entre 3,0 et 3,8, soit bien en dessous des valeurs suffisantes pour la production d'une érosion. Les vins blancs sont plus acides que les vins rouges, et la déminéralisation qui en résulte s'effectue après quelques minutes déjà.

Michel Perrier, Lausanne