

## Défis de la formation initiale et continue de l'équipe du cabinet dentaire

**Ça a déjà en partie commencé pour les étudiant-e-s hygiénistes dentaires HES, et ça commence maintenant pour les assistant-e-s dentaires CFC: la formation professionnelle se déroule désormais en suivant un nouveau plan de formation. Qu'en est-il de la qualité de cette formation? Quel est l'avenir réservé aux propositions de formations continues régies par la SSO vers les métiers d'assistant-e en prophylaxie et de secrétaire dentaire?**

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

La mise en œuvre du nouveau plan de formation des assistante-e-s dentaires avec CFC démarre dès cet automne. Les choses deviennent sérieuses pour les candidat-e-s assistant-e-s dentaires, après que se sont tenues maintes réunions d'information à l'intention des personnes chargées de la formation professionnelle et des responsables des cours interentreprises et après l'élaboration d'un dossier de formation. Le programme réformé se déroule dans les trois lieux de formation: le cabinet dentaire, l'école professionnelle et les cours interentreprises. Les premières procédures de qualification auront lieu selon le nouveau modèle en 2013.

Les matières «hygiène» et «radiologie» se voient désormais accorder une pondération plus élevée dans la procédure de qualification: le doublement du poids de ces matières dans le domaine de qualification «travail pratique» en souligne l'importance. Il est toutefois possible qu'une candidate réussisse l'examen final alors que ses notes sont insuffisantes dans ces matières, à condition toutefois que la note d'ensemble et la note du domaine de qualification «travail pratique»

soient toutes les deux suffisantes. Il appartiendra alors au titulaire du cabinet dentaire de décider où et comment il recourra aux prestations de son assistante dentaire.

### Nouveauté: formation complète aussi par la «validation des acquis»

C'est la «Commission suisse pour le développement professionnel et la qualité» (CSDQ) qui veillera à l'adaptation périodique du plan de formation. De composition paritaire, elle rassemble neuf représentants de la SSO, quatre représentantes de l'Association suisse des assistantes dentaires (*Schweizerischer Verband der Dentalassistentinnen – SVDA*) ainsi qu'un-e représentant-e chacun de l'OFFT, des cantons et du corps enseignant. La commission s'est réunie en mars passé à Olten pour sa séance constitutive. Le représentant de l'OFFT présent a souligné la responsabilité des partenaires (cantons, organisations du monde du travail) dans la mise en œuvre de ce nouveau modèle de formation. Il a attiré l'attention des personnes présentes sur la «validation des acquis»: celle-ci permet d'acquérir éga-

lement après coup des certificats de capacité, à la condition d'attester d'au moins cinq ans d'activité professionnelle, ou de présenter un dossier complet sur la formation professionnelle accomplie. La CSDQ a adopté à Olten son règlement d'organisation ainsi que son cahier des charges. Ses travaux seront à l'avenir répartis dans les trois domaines suivants: département présidentiel (stratégie, objectifs, secrétariat et communication), département formation (avec des représentations en fonction des régions linguistiques) et assurance qualité et perfectionnement. Ce dernier secteur traitera aussi de la question de l'amélioration de la préparation et de la sélection des candidat-e-s: aussi bien les titulaires de cabinets dentaires que les personnes en formation doivent se voir offrir une assistance leur permettant une meilleure appréciation de leurs attentes réciproques et connaître le profil aussi exact que possible des exigences posées.

### Formation continue AP très appréciée

La formation continue et le perfectionnement professionnel des assistantes dentaires se verra à l'avenir accorder une importance toute particulière, notamment pour permettre aux AD formées d'exercer leur métier aussi longtemps que possible. C'est la formation vers la profession d'assistante en prophylaxie (AP) avec certificat SSO qui est de loin la plus appréciée. Il y a actuellement cinq écoles à proposer ce perfectionnement professionnel, à Bâle, Berne, Zurich, Lausanne et, dernièrement, Lugano. Cette popularité s'explique par la grande autonomie dont jouit l'AP: l'encadrement individuel des patients et leur grande responsabilité au sein de l'équipe du cabinet dentaire en constituent la principale motivation. A ceci s'ajoute une rémunération plus élevée et l'engagement personnel en faveur



La mise en œuvre du nouveau plan de formation des assistante-e-s dentaires avec CFC démarre dès cet automne.

de l'amélioration de la santé buccodentaire: examen, information et motivation des patients, enlèvement des dépôts supragingivaux, élaboration de concepts d'hygiène individuelle, étroite collaboration avec les hygiénistes dentaires, les assistantes dentaires et les médecins-dentistes. On estime entre sept cents et huit cents le nombre d'assistantes en prophylaxie exerçant dans les cabinets dentaires de notre pays.

### Hauts et bas de la formation des secrétaires dentaires

Il en va autrement du perfectionnement professionnel vers le métier de secrétaire dentaire (SD). Les écoles SD de Bâle (Medidacta) et de Zurich (SZDA) signalent une forte fluctuation des inscriptions: la popularité dont jouit le métier s'inspire de la météorologie: elle est très variable! Il se pourrait que la secrétaire dentaire ne soit perçue que comme un pâle ersatz de la secrétaire médicale (dont la formation est notablement plus longue et plus approfondie). Il se pourrait aussi que les besoins d'une main d'œuvre administrative ad hoc soit moins grands dans les cabinets dentaires que dans les hôpitaux et dans les cabinets médicaux. Ce qui est toutefois certain, c'est que la SSO continuera à affirmer sa présence dans ce domaine. En fait partie l'évaluation régulière des cours SD par des enquêtes structurées auprès des nouvelles diplômées dans l'intention d'apprécier et d'améliorer constamment la qualité de l'offre.

### Hygiénistes dentaires: la croix de l'équivalence

Un nouveau plan cadre de formation s'applique aux candidates hygiénistes dentaires HES (HD) depuis juillet 2009. La formation intervient en

quatre endroits: une formation est proposée à Berne et une à Genève, deux à Zurich (centres de formation Careum et Prophylaxe Zentrum Zürich). Elle se fait au niveau haute école spécialisée (HES). Ce sont au moins 5400 heures d'étude qui figurent au programme des trois années de formation.

La difficulté réside dans l'équivalence exigée par l'OFFT et certains cantons: les assistantes dentaires (AD) doivent pouvoir suivre une formation abrégée pour devenir HD, avec seulement 4500 heures d'étude.

Les écoles HD de Zurich enseignent selon le nouveau programme depuis septembre 2009. Celles de Berne et de Genève s'y rattacheront à partir de cet automne.

### Formation abrégée

La mise en œuvre de cette équivalence pose des graves problèmes aux écoles HD: les assistantes dentaires forment de 85 à 95% de leur effectif d'étudiantes. La mise sur pied de deux curriculums, l'un avec connaissances préalables AD et l'autre sans cet acquis, est pratiquement impossible du point de vue de l'organisation. Le Dr Herbert Hofstetter, responsable du programme de formation des hygiénistes dentaires au centre de formation medi de Berne, est très sceptique quant à la question de savoir si une formation abrégée sérieuse peut être mise sur pied ou non. Il exprime des craintes quant à la qualité de cette formation.

Si l'on s'en tient à cette appréciation, il est stupéfiant que l'Office de l'enseignement moyen et de la formation professionnelle (*Mittelschul- und Berufsbildungsamt* – MBA) du canton de Zurich ait décidé en février dernier de ne proposer que la version abrégée du programme de

formation des hygiénistes dentaires au centre Careum, et ceci dès l'automne 2010: la durée de la formation doit passer de trois ans à deux ans et demi. Les futures étudiantes se verront proposer un programme d'introduction aux matières principales avant le début de la formation. Ce cours préparatoire en hygiène dentaire HES est proposé depuis fin mai 2010 sur le site [www.careum.ch](http://www.careum.ch). Il se compose de trois modules théoriques: 1 – bases en anatomie, physiologie, microbiologie et hygiène, 2 – bases en chimie, 3 – introduction à la médecine dentaire générale. Un stage d'initiation pratique de deux jours et demi à l'activité quotidienne d'une clinique formant à la prophylaxie suit le module 3 pour les étudiantes qui ne sont pas titulaires d'un certificat de capacité d'AD. L'avenir montrera si cette formation abrégée ne va pas imposer trop de pression aux étudiantes, au risque de voir augmenter le nombre des désertions et des repentirs... On peut aussi se demander si ce modèle répond aux exigences légales, et s'il sera reconnu par l'OFFT.

### Rémunération des étudiant-e-s

C'est une autre voie qu'a choisie le canton de Berne qui prévoit l'introduction d'une rémunération pour les étudiant-e-s de toutes les professions médicales au niveau HES: dès l'automne 2011, les candidates HD toucheront mille francs par mois pendant leur formation (soit 39 000 francs pour la durée totale de trois ans). Les entreprises de stage recevront une indemnité de formation de 300 francs par semaine. Le tout est financé par l'augmentation de l'indemnité de stage de 220 francs à 350 francs par jour. La mise en œuvre de ce projet doit encore être approuvée par le Conseil d'Etat.

Le centre de formation medi introduira le nouveau programme HD cet automne. Il prévoit toujours une formation de trois ans. Le canton n'a exercé aucune pression pour une formation raccourcie, souligne le Dr Hofstetter. Les étudiantes peuvent se faire dispenser de certains modules, à condition de présenter une attestation de prestations.

La profession d'hygiéniste dentaire reste attrayante, que la formation soit abrégée ou dure trois années entières. Les HD formées ne manqueront pas de trouver un poste bien rémunéré. Les deux mille hygiénistes dentaires apportent une notable contribution pour le traitement des problèmes parodontaux de la population suisse. C'est en effet toujours plus indispensable: de plus en plus de personnes âgées ont besoin d'un encadrement attentif de leur hygiène buccodentaire. C'est aux 4600 médecins-dentistes exerçant en Suisse et à leurs équipes qu'il appartient maintenant de relever le défi!



Le programme réformé se déroule dans les trois lieux de formation: le cabinet dentaire, l'école professionnelle et les cours interentreprises.

## La SSO se prononce contre la nouvelle taxe sur la valeur ajoutée

**Le taux unique adopté par le Conseil fédéral pour la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) imposerait aux patients des médecins-dentistes une charge supplémentaire d'au moins 230 millions de francs par an. Il entraînerait ainsi une nouvelle augmentation des coûts de la santé. La SSO rejette ce projet du Conseil fédéral.**

Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SSO et Dr Arnold Baumann (photo: iStockphoto)

Le 24 juin dernier, le Conseil fédéral a adopté le message complémentaire au message sur la TVA. Les trois taux différenciés qui existent actuellement devraient se voir remplacés par un taux unique de 6,2%. La plupart des exemptions seraient supprimées. Les secteurs aujourd'hui exonérés (santé, éducation, culture et sport) seraient à l'avenir soumis à la TVA. La Société SSO rejette catégoriquement la nouvelle imposition sur les prestations de santé. La Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie s'est entretenue des motifs et des conséquences possibles pour les médecins-dentistes et leurs patients avec le Dr Arnold Baumann, membre de la Commission des affaires économiques (CAE).

### **RMSO: «Qu'a fait la SSO pour que la santé reste à l'abri de la taxe sur la valeur ajoutée?»**

Dr Arnold Baumann: «C'est à la fin de 2009 déjà que la SSO s'est résolument exprimée contre le taux unique et contre l'assujettissement de la santé à la TVA. Cette charge fiscale supplémentaire que rien ne justifie constituerait un désavantage concurrentiel vis-à-vis des pays de l'Union européenne (UE): en effet, les pays voisins ne connaissent pas la TVA sur le domaine de la santé. Il est incompréhensible que le gouvernement suisse, par ailleurs obsédé par la conformité au droit européen, veuille ici suivre une voie destructrice de notre compétitivité, au détriment de tout un chacun. Le 3 août 2010, bien avant la FMH, la SSO a informé les médias de sa position sur le changement envisagé. Cette nouvelle a rencontré un très

large écho et elle a été largement débattue, dans la NZZ notamment.»

### **«En chiffres et en travail administratif, que signifierait l'élargissement de la TVA pour le titulaire d'un cabinet dentaire?»**

«Au plan administratif, l'assujettissement de la santé à la TVA signifierait l'obligation de tenir une comptabilité pour la TVA, et donc une charge administrative supplémentaire. Celle-ci aurait naturellement des conséquences sur les charges salariales. Pour ce qui est des chiffres, on ne peut qu'avancer des estimations, car il faudrait tout d'abord calculer les déductions de l'impôt préalable. Le Conseil fédéral estime que les recettes fiscales provenant des prestations de médecine dentaire se monteraient à 230 millions de francs. Si elles étaient entièrement répercutées sur les patients, il en résulterait des coûts supplémentaires d'une trentaine de francs par an et par habitant.»

### **«Quels risques a identifié la Commission des affaires économiques?»**

«Le système suisse de santé subirait un inconvénient économique en raison de son assujettissement à la TVA. Les cliniques privées qui comptent de nombreux patients étrangers seraient les premières affectées. En raison du fait qu'une grande caisse maladie suisse fait déjà traiter ses patients réhabilitation à l'étranger, cette tendance se verrait confortée en raison de l'offre devenue plus coûteuse en Suisse à cause du nouvel impôt.»

### **«A votre avis, à quel point le risque de tourisme dentaire serait-il accru?»**

«Le tourisme dentaire classique (vers la Hongrie par exemple) concerne un type particulier de patients qui donnent la priorité au coût sur la qualité. Ils ne sont aujourd'hui qu'une minorité. La plupart des patients suisses sont sensibles aux aspects qualitatifs, notamment grâce à nos campagnes d'information régulières. De plus, ils entretiennent un rapport personnel avec leur médecin-dentiste. La plupart des patients lui restent fidèles. On ne peut toutefois exclure une augmentation du tourisme dentaire vers les pays limitrophes.»

### **«Que signifierait l'élargissement de la TVA pour votre cabinet dentaire?»**

«Des contraintes administratives supplémentaires et bien des explications à donner aux patients.»

### **«Ce déplacement des coûts vers les patients ne va-t-il pas provoquer un appel pour que les soins dentaires soient couverts par la LAMal?»**

«santésuisse a estimé le renchérissement des primes à 3,1% en conséquence de la modification prévue de la taxe sur la valeur ajoutée. Toute extension du catalogue des prestations entraînerait un relèvement des primes. Nous partons de l'idée que les patients en sont bien conscients. Ce nouvel impôt, associé à la forte augmentation des primes des caisses maladie, représenterait une charge supplémentaire durable pour les ménages suisses. L'assujettissement à la TVA également prévu pour le domaine de l'éducation, de la formation et de la recherche ne manquerait pas de renchérir également la formation continue et postgrade en médecine dentaire. Imposer la TVA sur les congrès désavantagerait les organisateurs suisses par rapport à l'étranger: nombre de manifestations qui se tiennent actuellement et de longue date en Suisse seraient désormais organisées à l'étranger. Au détriment des cantons et des communes pour lesquels de nombreux congrès aux participants venus de l'étranger apportent une réelle plus-value touristique. Les médecins-dentistes suisses seraient soumis à de lourdes charges supplémentaires qu'il leur faudrait répercuter sur leurs tarifs. L'obligation de formation continue que l'Etat leur impose se verrait ainsi soumise à encore plus de nouvelles charges et de nouvelles taxes. Ces exemples l'illustrent dès maintenant à l'évidence: l'élargissement de la taxe sur la valeur ajoutée à la santé entraînera des augmentations considérables des coûts qui seront, pour la plupart, répercutés sur la population. C'est pourquoi la SSO rejette résolument l'introduction de la taxe sur la valeur ajoutée dans le domaine de la santé.»



La taxe sur la valeur ajoutée telle qu'elle est prévue renchérirait (inutilement) les prestations de médecine dentaire tout en imposant des charges supplémentaires aux ménages suisses.

## Guide étalon pour les patients des myoarthropathies

C'est en 1996 que l'AMERICAN ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH (AADR) a publié un avis scientifique sur le diagnostic et le traitement des myoarthropathies (MAP) du système stomatognathique (AADR Reports 1996; 18[4]; texte original dans Greene CS et al: Am J Orthod Dentofac Orthop 1999; 116[4]: 430-431). A l'issue d'un processus s'étendant sur plusieurs années, une commission du Neuroscience Group de l'AADR a actualisé ce document dont le contenu a finalement été publié le 3 mars 2010 (texte original en américain, à l'adresse: [www.aadronline.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3465](http://www.aadronline.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3465)).

Traduit de l'américain par: Jens C. Türp, Bâle

Selon CHARLES GREENE (Chicago), l'un des membres de cette commission, cet avis pourra servir aux médecins-dentistes de «guide étalon» dans le but de réduire les risques que leurs patients MAP reçoivent un traitement inapproprié. Nous vous présentons dans les lignes qui suivent une traduction française du texte original américain. Elle est ensuite commentée par le professeur SANDRO PALLA (Zurich) qui, dans l'entretien qui suit, répond aux questions du professeur JENS CHRISTOPH TÜRP (Bâle).

### Déclaration de principe

L'AADR constate que les «myoarthropathies du système stomatognathique» (MAP) comprennent un ensemble de troubles musculo-squelettiques et neuromusculaires affectant les articulations temporo-mandibulaires, les muscles de la mastication ainsi que tous les tissus associés. Les symptômes objectifs en subjectifs en relation avec ces troubles sont variés, et incluent des difficultés lors de la mastication, de l'élocution et de l'accomplissement d'autres fonctions orofaciales. Les myoarthropathies sont également fréquemment associées à des douleurs aiguës

ou chroniques. Ces patients souffrent souvent d'autres troubles douloureux (comorbidités). Les formes chroniques de douleurs MAP peuvent conduire à de l'absentéisme au travail, voire à l'incapacité de travailler, ainsi qu'à d'autres entraves de la vie sociale, résultant finalement dans une réduction notable de la qualité de vie. En se fondant sur l'évidence acquise par les études cliniques, expérimentales et épidémiologiques:

1) Il est recommandé que le diagnostic différentiel des MAP et des troubles douloureux orofaciaux associés repose en premier lieu sur des informations tirées de l'anamnèse du patient et de son examen clinique, ainsi que, lorsque cela est indiqué, de l'examen des articulations temporo-mandibulaires, radiologique ou par d'autres procédés d'imagerie. Le choix d'autres mesures diagnostiques reposera sur d'autres données publiées, évaluées par les pairs, attestant l'efficacité et la sécurité du diagnostic. Cependant, le consensus de la littérature scientifique récente sur les dispositifs techniques disponibles pour le diagnostic des MAP est qu'à l'exception de diverses modalités

d'imagerie, aucun de ces dispositifs actuellement disponibles ne présente la sensibilité et la spécificité indispensables pour différencier les sujets normaux asymptomatiques des patients MAP, ni ne permet de distinguer entre différents sous-groupes de myoarthropathies. Il est également possible de recourir à des tests standards de diagnostic médical ou de laboratoire, utilisés pour l'évaluation de troubles similaires, orthopédiques, rhumatologiques et neurologiques lorsque cela est indiqué pour des patients MAP. De plus, divers tests psychométriques normalisés et validés peuvent être utilisés pour évaluer les aspects psychosociaux des patients présentant des troubles MAP.

2) Il est vivement recommandé, à moins qu'il n'y ait des indications spécifiques et justifiées pour le contraire, que le traitement initial des patients MAP ne soit initialement basé que sur des mesures thérapeutiques conservatrices, réversibles et fondées sur l'évidence. Les études sur l'histoire naturelle de nombreuses myoarthropathies montrent qu'elles tendent à atténuer, voire à résoudre les problèmes avec le temps. Alors qu'aucune thérapie spécifique n'a démontré d'efficacité uniforme, nombre de mesures conservatrices ont prouvé qu'elles étaient au moins aussi efficaces pour soulager les symptômes que la plupart des traitements invasifs. En raison du fait que ces mesures ne provoquent pas de modifications irréversibles, elles présentent moins de risques d'être nuisibles. Le traitement professionnel devrait impliquer les patients en leur communiquant des informations sur les problèmes diagnostiqués et en leur indiquant comment faire face à leurs symptômes.

### Bibliographie complémentaire

- 1) DE LEEUW R, KLASSER G D, ALBUQUERQUE R J: Are female patients with orofacial pain medically compromised? J Am Dent Assoc 2005; 136: 459-468
- 2) DIATCHENKO L, NACKLEY A G, TCHIVILEVA I E, SHABALINA S A, MAIXNER W: Genetic architecture of human pain perception. Trends Genet 2007; 23: 605-613
- 3) SESSLE B J: Sensory and motor neurophysiology of the TMJ. In: LASKIN D M, GREENE C S, HYLANDER W L (Hrsg.): Temporomandibular Disorders: An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment. Quintessence, Chicago 2006, 69-88
- 4) REISSMANN D R, JOHN M T, SCHIERZ O, WASSELL R W: Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses. J Dent 2007; 35: 643-650
- 5) KLASSER G D, OKESON J P: The clinical usefulness of surface electromyography in the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc. 2006; 137: 763-771
- 6) SUVINEN T I, KEMPPAINEN P: Review of clinical EMG studies related to muscle and occlusal factors in healthy and TMD subjects. J Oral Rehabil 2007; 34: 631-644
- 7) GREENE C S: The Role of Technology in TMD Diagnosis. In: LASKIN D M, GREENE C S, HYLANDER W L (Hrsg.): TMDs – An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment. Quintessence, Chicago 2006, 193-202
- 8) GREENE C S, LASKIN D M: Temporomandibular disorders: moving from a dentally based to a medically based model. J Dent Res 2000; 79: 1736-1739
- 9) TRUELOVE E: Role of oral medicine in the teaching of temporomandibular disorders and orofacial pain. J Orofac Pain 2002; 16: 185-190
- 10) DWORIN S F, MASSOTH D L: Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness? J Prosthet Dent 1994; 72: 29-38
- 11) CARLSON C R: Psychological considerations for chronic orofacial pain. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2008; 20: 185-195
- 12) LINDROTH J E, SCHMIDT J E, CARLSON C R: A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. J Orofac Pain 2002; 16: 277-283
- 13) AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN: Temporomandibular Disorders. In: DE LEEUW R (Hrsg.): Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management. Quintessence, Chicago 2008
- 14) STOHLER C S, ZARB G A: On the management of temporomandibular disorders: a plea for a low-tech, high-prudence therapeutic approach. J Orofac Pain 1999; 13: 255-261

## Traitement des myoarthropathies

L'AMERICAN ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH (AADR) a publié en 1996 un avis scientifique sur le diagnostic et la thérapie des myoarthropathies (MAP) du système stomatognathique. A l'issue d'un processus s'étendant sur plusieurs années, une commission du Neuroscience Group de l'AADR a actualisé ce document dont le contenu a finalement été publié le 3 mars 2010. L'avis révisé de l'AADR pourra servir aux médecins-dentistes de «guide étalon», afin que leurs patients MAP reçoivent un traitement approprié. Le professeur Jens C. Türp, de Bâle, s'est entretenu avec le professeur Dr Charles S. Greene, l'un des membres de cette commission.

Professeur Jens C. Türp, centres de médecine dentaire de l'Université de Bâle (texte et photos)

**Professeur Jens Türp: «Professeur Greene, vous avez déjà été impliqué dans la rédaction de l'avis scientifique de 1996 sur le diagnostic et la thérapie des myoarthropathies. Pourquoi le moment était-il venu de l'actualiser?»**

Professeur Chuck Greene: «Nous devons rétrospectivement admettre que les effets de l'avis de 1996 sur les médecins-dentistes ont été de peu de conséquence. Nos recommandations n'ont atteint que peu de nos confrères, et la littérature de la médecine dentaire ne s'y référait que lorsqu'un auteur l'avait lui-même cité. C'est pourquoi nous nous efforçons maintenant de publier très largement l'avis, dans sa version actualisée. La raison principale de cette actualisation provient de la considérable augmentation des publications sur les MAP au cours de ces dernières quinze à vingt années.»

**«Quelles sont les principales différences entre le nouvel avis scientifique MAP et l'avis original de 1996?»**

«L'avis original favorisait une approche simple du diagnostic des MAP sans se fonder à l'excès sur des dispositifs techniques de diagnostic. Il favorisait également le recours à des stratégies de traitement à la fois conservatrices et réversibles. Toutefois, les preuves pour ces approches étaient encore relativement récentes et aucune citation spécifique n'était nécessaire. Et puis l'AADR faisait preuve de retenue et évitait de publier des avis trop catégoriques, notamment par crainte d'actions judiciaires.»

«Le nouvel avis scientifique repose sur une analyse exhaustive de la littérature. Le Neuroscience

Group s'est vu demander de présenter des arguments détaillés à l'appui d'un changement, et d'argumenter point par point. C'est ainsi qu'il a été possible de présenter des conclusions très formelles, à la fois sur le diagnostic et le traitement des MAP au vingt-et-unième siècle.»

**«Lorsque j'ai lu pour la première fois l'avis de l'AADR, j'ai été quelque peu surpris que cette publication ait été nécessaire.»**

«Et pourquoi donc?»

**«Eh bien, à mon avis, le contenu de cet avis aurait dû être connu de tout le monde et**



«Il faut toujours se souvenir que les symptômes MAP sont généralement signalés par les patients, et que ce n'est pas le soignant qui les «découvre». Il n'est donc pas nécessaire d'examiner en détail les personnes asymptomatiques», nous dit le professeur Chuck Greene.

**représenter la norme de traitement partout. Tel n'était pas le cas, cependant. Quelle est donc l'état actuel de la question dans le domaine des MAP, qui vous a incité à proposer cette très importante réactualisation?»**

«En fait, et dans votre pays, les choses semblent effectivement beaucoup plus détendues et plus en harmonie avec la pensée scientifique actuelle. Mais dans d'autres parties du monde, ce point de vue rencontre de vives résistances. Les choses vont par exemple fort mal aux Etats-Unis où certaines institutions spécialisées dans l'occlusion et certains fabricants d'appareils électroniques font la promotion de leurs approches très agressives. Ils recommandent par exemple des examens de routine de la musculature masticatrice et des articulations temporo-mandibulaires, examens qui donnent des résultats «positifs» à près de 100%. Ils sont en faveur d'interventions thérapeutiques précoces dans le but d'éviter des problèmes ultérieurs des articulations temporo-mandibulaires. Ils utilisent chez des personnes qui ne présentent aucun symptôme et qui n'ont besoin d'aucun traitement de médecine dentaire des attelles de «déprogrammation» qui entraînent un «meilleur» positionnement du maxillaire, d'où la nécessité d'un traitement majeur de médecine dentaire. En fin de compte, ils appliquent presque toujours des traitements irréversibles (qu'ils nomment «phase II») en tant qu'éléments constitutifs de leur thérapie à l'intention des patients présentant des symptômes MAP.»

**«Quels sont vos principaux messages à l'intention des médecins-dentistes en ce qui concerne le diagnostic et le traitement des MAP?»**

«J'invite les lecteurs de la Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie à tenir attentivement compte du nouvel avis scientifique MAP, car il reflète les meilleures connaissances scientifiquement fondées sur des preuves. Ils devraient suivre les indications suivantes en présence de patients MAP: tout d'abord, les MAP doivent faire l'objet d'un diagnostic qui associe l'anamnèse, l'examen clinique et l'imagerie, et non en recourant à des machines ou à des artifices. Il faut toujours se souvenir que ce sont les patients qui signalent des symptômes MAP, et non les soignants qui les «découvrent». Il n'est donc pas nécessaire d'examiner en détail les personnes asymptomatiques.»

**«C'est une affirmation très importante: il n'existe pas d'indications précliniques précoces, ni de traitement préventif des myoarthropathies!»**

15) FRICTON J: Myogenous temporomandibular disorders: diagnostic and management considerations. Dent Clin North Am 2007; 51: 61-83

16) OKESON J P: Joint intracapsular disorders: diagnostic and nonsurgical management considerations. Dent Clin North Am 2007; 51: 85-103

17) CARLSON C R, BERTRAND P M, EHRLICH A D, MAXWELL A W, BURTON R G: Physical self-regulation

training for the management of temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2001; 15: 47-55

18) DWORKIN S F, HUGGINS K H, WILSON L, MANCL L, TURNER J, MASSOTH D, LERESCHE L, TRUELOVE E: A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. J Orofac Pain 2002; 16: 48-63



Professeur Dr Jens C. Türp dit: j'ai été quelque peu surpris que la publication de l'AADR ait été nécessaire.

«C'est exact. Il en va d'ailleurs exactement ainsi pour la plupart des problèmes orthopédiques. Voyons maintenant le deuxième point: il faut traiter les symptômes MAP de manière à la fois conservatrice et réversible, et non par des mesures de repositionnement du maxillaire inférieur ou de modification de l'occlusion. Un traitement précoce réussi constitue le meilleur moyen d'éviter que le patient ne développe ultérieurement une pathologie chronique et douloureuse. Enfin et troisièmement, c'est un modèle biopsychologique qui est le cadre adéquat pour gérer les patients MAP. Il tient compte de la nécessité de reconnaître les problèmes de comorbidité physiques ou psychiques, susceptibles d'entraver les tentatives d'aider certains patients. Ces personnes doivent être adressées à des institutions spécialisées.»

**«Professeur Greene, je vous remercie pour cet entretien!»**

tômes d'une myoarthropathie ne sont pas spécifiques et que d'autres tableaux cliniques peuvent provoquer des symptômes semblables à ceux d'une MAP, l'anamnèse revêt une plus grande pondération que l'examen clinique dans le processus du diagnostic différentiel. L'entretien d'anamnèse permet d'évaluer si les symptômes sont dus à une myoarthropathie ou à un autre trouble pathologique ou fonctionnel: l'anamnèse doit mener à un diagnostic putatif. L'examen clinique permet de rechercher les signes d'une myoarthropathie dans le but de confirmer le diagnostic présumé, voire de le rejeter. En outre, l'entretien d'anamnèse sert également à déterminer si la douleur est aiguë ou chronique. En effet, les patients souffrant de douleurs chroniques doivent être immédiatement référés à des institutions spécialisées, car ils doivent faire l'objet d'un diagnostic et d'un traitement multimodal, c'est-à-dire interdisciplinaire.

*«... aucun de ces dispositifs actuellement disponibles ne présente la sensibilité et la spécificité indispensables...»*

Il ne s'agit pas ici d'un problème qui serait spécifique aux MAP. On recommande trop souvent en médecine dentaire des tests, avant que leur sensibilité et que leur spécificité n'aient été déterminées. Il faut également savoir avec quelle probabilité le test diagnostique est en mesure de détecter correctement une pathologie ou un malade (sensibilité), respectivement l'absence d'une pathologie ou une personne en bonne santé (spécificité). En principe, on ne recourra à un test diagnostique que lorsque ces aspects sont connus. Il importe de faire la distinction entre diagnostic et documentation. Nombre de procédés vantés comme diagnostiques, tel l'enregistrement des mouvements de la mandibule ou du condyle, l'électromyographie, voire même fréquemment l'analyse directe de l'occlusion, documentent un état de fait, mais ne contribuent pas à faire la distinction entre bonne santé et maladie. On ne doit utiliser en pratique que les diagnostics qui peuvent modifier de manière significative la probabilité prétest, c'est-à-dire de confirmer ou d'infirmer avec la plus grande vraisemblance le diagnostic initialement supposé.

*«... De plus, divers tests psychométriques normalisés et validés peuvent être utilisés pour évaluer les aspects psychosociaux des patients présentant des troubles MAP.»*

Cette phrase souligne le caractère pluridimensionnel de la douleur ainsi que la nécessité d'examiner toutes ses dimensions. Tout stimulus nociceptif ne provoque pas seulement une sensation douloureuse, mais aussi soulève et simultanément des questions telles que «pourquoi est-ce

## AMERICAN ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH (AADR) sur les myoarthropathies du système stomatognathique

### Commentaire relatif à la Déclaration de principe révisée

**La Déclaration de principe révisée de l'AMERICAN ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH sur les «Diagnostic et thérapie des myoarthropathies du système stomatognathique (MAP)» met l'accent sur ce qui est enseigné dans notre pays depuis une trentaine d'années, à savoir que les patients MAP ne doivent pas être diagnostiqués à l'aide d'instruments, mais en se fondant sur une anamnèse et un examen clinique approfondis.**

Prof. em. Dr méd. dent. Sandro Palla (texte et photo)

Ils doivent être traités par des mesures non invasives, simples et conservatrices. C'est ainsi que la grande majorité des patients sont traités avec succès, tout en évitant que les douleurs ne deviennent chroniques. Ceci survient toutefois chez une minorité des patients MAP. C'est la conséquence de diagnostics erronés et de traitements inappropriés, de l'insuffisance des connaissances sur l'étiologie des MAP, respectivement de la physiologie et de la pathophysiologie de la douleur, ainsi que de la diffusion de plus en plus large de moyens diagnostiques et thérapeutiques dont la validité, la fiabilité et l'efficacité n'ont jamais été démontrées.

Le fait qu'il y ait en Suisse moins de patients lésés par des traitements invasifs et irréversibles qu'aux États-Unis, par exemple, (voir l'entretien avec le Dr Greene) est dû en grande partie aux travaux de pionnier d'Albert Gerber. Pendant les années soixante déjà, ce dernier s'est penché sur le diagnostic et la thérapie des myoarthropathies.

Les médecins-dentistes suisses se sont ainsi vus confrontés très tôt à cette problématique, comme en atteste le congrès de la SSO qui s'est tenu en 1973, entièrement consacré au diagnostic et à la thérapie des myoarthropathies. Alors déjà, la nécessité d'une approche interdisciplinaire avait été soulignée.

La déclaration de principe révisée contient quelques points qui méritent une analyse plus approfondie: la problématique du diagnostic de la comorbidité, l'évolution chronique de la douleur et la thérapie initiale.

*«... Il est recommandé que le diagnostic différentiel des MAP et des troubles douloureux orofaciaux associés repose en premier lieu sur des informations tirées de l'anamnèse du patient et de son examen clinique, ainsi que...»*

L'anamnèse et l'examen clinique n'ont pas la même pondération dans le processus du diagnostic différentiel. Etant donné que les symp-

que ça fait mal?», «combien de temps la douleur va-t-elle durer?», «la lésion qui a provoqué cette douleur est-elle dangereuse?», etc. Il provoque aussi des émotions et des affects. La douleur a donc une composante somatique et une composante cognitive, émotionnelle. Plus longtemps dure la douleur, plus ces aspects passent au premier plan et influent sur le comportement vis-à-vis de la douleur. Il en va de même avec la douleur myoarthropathique. Dans les cas les plus extrêmes, toute la vie du patient tourne autour de sa douleur qui joue dès lors un rôle essentiel dans le déroulement des journées et dans la vie du patient. Le moment auquel cela survient varie d'une personne à l'autre et dépend de facteurs tels que la personnalité, le vécu antérieur, l'expérience, etc. Ces facteurs jouent un rôle décisif. L'examen des composantes non somatiques de la douleur ne doit pas être effectué seulement en présence de douleurs chroniques. Pour éviter que les douleurs ne deviennent chroniques, il faut déterminer précocement leurs effets sur la sphère psychosociale du patient, lors de l'entretien d'anamnèse. Il faut laisser l'application des tests psychosomatiques au spécialiste. En pratique, quelques questions suffisent pour se faire une idée de la situation: «qu'est-ce que vous ne pouvez plus faire?», «quelle est l'importance de la douleur dans votre vie?», «quelle est l'influence de la douleur sur votre métier, sur votre vie privée?», «à quoi voit-on que vous souffrez?».

*«... Il est vivement recommandé... que le traitement initial des patients MAP ne soit initialement basé que sur des mesures thérapeutiques conservatrices, réversibles et fondées sur l'évidence.»*

Ce principe thérapeutique est correct, mais la formulation n'en est pas très heureuse, dans la

mesure où l'information du patient sur le diagnostic n'est mentionnée qu'à la fin. Le médecin-dentiste tend à l'action immédiate, c'est-à-dire qu'il va initier une thérapie, par exemple la confection d'une attelle. Ce faisant, l'information du patient risque d'être tronquée sur le diagnostic, la pathogénèse et le bon pronostic MAP. Il peut aussi arriver que le patient soit mal informé lorsqu'on lui dit que le pronostic est mauvais, ce qui peut avoir des conséquences fâcheuses chez les patients anxieux (effet nocebo). Ce faisant, on oublie qu'une information correcte et intelligible pour le patient constitue une composante essentielle du traitement, car les facteurs contextuels (l'information est un facteur contextuel important autour des mécanismes psychologiques et neurobiologiques) modulent les effets de la thérapie. Il y a une très forte évidence que l'information complète du patient entraîne dans plus de la moitié des cas une amélioration de la douleur, voire sa disparition.

La déclaration de principe souligne à raison la pertinence du choix de mesures thérapeutiques réversibles. On évoque ici les thérapies qui n'entraînent que des modifications de peu de durée, par exemple par le biais de mesures orthodontiques ou prothétiques, par des ajustements occlusaux par meulages, et par des attelles occlusales instables.

*«... Alors qu'aucune thérapie spécifique n'a démontré d'efficacité uniforme, nombre de mesures conservatrices ont prouvé qu'elles étaient au moins aussi efficaces pour soulager les symptômes que la plupart des traitements invasifs. En raison du fait que ces mesures ne provoquent pas de modifications irréversibles, elles présentent moins de risques d'être nuisibles.»*

La formulation de cette phrase me paraît égale-



«Les principes de l'AADR met l'accent sur ce qui est enseigné dans notre pays depuis une trentaine d'années», dit Professeur em. Dr. méd. dent. Sandro Palla.

ment malheureuse. On a l'impression qu'elle revêt une couleur par trop «politique», parce que sa formulation n'est pas suffisamment incisive. En effet, la littérature manque d'études bien randomisées comparant thérapies conservatrices et thérapies invasives. Elle montre toutefois que les mesures conservatrices résultant d'approches thérapeutiques différentes sont équivalentes pour ce qui est de l'amélioration symptomatique de la douleur. Le succès thérapeutique n'est donc pas spécifique à l'effet de la modalité thérapeutique elle-même, mais dépend d'une série de facteurs communs à chaque traitement tels que le contexte du traitement, les attentes du patient, le cours naturel et les modifications comportementales en relation avec la thérapie. Pour ces motifs déjà, les douleurs myoarthropathiques doivent en principe être abordées par des thérapies simples, conservatrices et réversibles, et pas seulement parce qu'elles ne présentent qu'un faible risque de causer du tort aux patients. Il va de soi que c'est là un motif important, mais non le motif principal.

Schweizerische  
Gesellschaft für  
Oralchirurgie und  
Stomatologie

Société  
Suisse pour la Chirurgie  
Orale et la  
Stomatologie

Società  
Svizzera per la Chirurgia  
Orale e la  
Stomatologia

Swiss  
Society for  
Oral Surgery and  
Stomatology

SSOS

## Adaptation du règlement sur la spécialisation en «chirurgie orale»

Par décision de la Société suisse de chirurgie orale et stomatologie (SSOS) approuvée par le Comité de la SSO le 1<sup>er</sup> octobre 2009, le règlement sur la spécialisation de médecin-dentiste spécialiste en «chirurgie orale» a été adapté et revu.

Un aspect important concerne les médecins spécialistes en chirurgie maxillo-faciale (FMH), spécialisation que les médecins-dentistes peuvent également acquérir lorsque les conditions suivantes sont remplies:

1. Attestation d'au moins un an et demi de formation postgrade en chirurgie orale dans l'une des institutions de formation postgrade accréditée dans ce domaine en Suisse;
2. Réussite de l'examen conformément au règlement sur la spécialisation en chirurgie orale.

Le règlement complet sur la spécialisation en chirurgie orale peut être téléchargé sur le site de la SSOS à l'adresse suivante:  
[http://www.ssos.ch/images/stories/reglement\\_fr\\_nouvrau\\_2007.pdf](http://www.ssos.ch/images/stories/reglement_fr_nouvrau_2007.pdf)

Prof. Dr Andreas Filippi  
Président

PD Dr Michael Bornstein  
Secrétaire

## Le Registre des professions médicales (MedReg) fait peau neuve

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, le MedReg est accessible au public. Il est désormais possible, grâce à un module convivial, de rechercher un professionnel de la santé selon des critères techniques et géographiques. Testez vous-même ce module.

Office fédéral de la santé de publique OFSP (photos: mäd)

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, le MedReg est disponible en ligne (cf. RMSO 11/2009). A fin juin 2010, les partenaires du MedReg, les organisations professionnelles et les autorités cantonales de surveillance ont pu compléter les indications fournies par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour les cinq professions médicales universitaires. Le MedReg a fait peau neuve, et les fonctions de recherche pour le public ainsi que la présentation des résultats ont été considérablement améliorées.

Un coup d'œil à MedReg vaut la peine! Vous trouverez ce registre en cliquant sur le lien: <http://www.medreg.admin.ch>.

### Contenu et objectif de la banque de données

Le MedReg contient des informations détaillées et exhaustives sur les qualifications de tous les professionnels de la santé titulaires d'un diplôme/titre postgrade fédéral ou reconnu. Ces données, fournies par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et les organisations professionnelles, sont complétées en permanence. Le registre contient des données supplémentaires concernant les autorisations d'exercer la profession à titre indépendant, délivrées par les autorités cantonales de surveillance.

Les expériences réalisées jusqu'ici sont positives. Elles montrent que cette banque de données centrale améliore considérablement la surveillance des cantons sur les professionnels de la santé. Pourquoi? Désormais, les cantons ne délivrent leurs autorisations de pratiquer qu'aux professionnels de la santé figurant sur le MedReg. Ils n'ont plus besoin de vérifier les qualifications professionnelles, ce qui évite les doublons comme jusqu'ici. Si un requérant n'apparaît pas sur le registre, l'autorité cantonale concernée prend contact avec l'OFSP pour en connaître les raisons. L'accès simple aux autorisations d'exercer la profession délivrées par tous les cantons ainsi qu'aux données personnelles sensibles (p. ex., mesures disciplinaires) améliorent la transparence et la sécurité. Agissant comme plaque tournante, l'OFSP recueille ces données selon les prescriptions du droit fédéral et les met à la disposition des services cantonaux habilités, lorsque ceux-ci en font la demande.

**Que faire en tant que praticien, si votre nom n'apparaît pas sous:**

<http://www.medreg.admin.ch>

Veillez contacter le service compétent à l'OFSP par courriel: [dreg@bag.admin.ch](mailto:dreg@bag.admin.ch)

Il est ainsi garanti que seuls les professionnels de la santé qui satisfont aux conditions personnelles et professionnelles selon la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd) reçoivent une autorisation de pratiquer. Les hôpitaux, eux aussi, disposent d'un instrument avec lequel ils peuvent au besoin vérifier les qualifications professionnelles. Etant donné la mobilité croissante des professionnels de la santé en Suisse et au niveau international, l'OFSP contribue de manière décisive à la garantie de la qualité et à la protection des patients.

### Une plus-value pour un large public

Le MedReg permet aux patients de mieux s'informer. Il propose au public intéressé des informations sur les professionnels de la santé grâce à un moteur de recherche selon des critères techniques et géographiques.

La fonctionnalité optimisée peut être présentée par un exemple concret concernant la médecine dentaire: Les parents d'un enfant de 6 ans souhaiteraient faire traiter celui-ci par un spécialiste, qui soit particulièrement compétent en médecine dentaire pédiatrique et qui ait de l'expérience dans le contact avec les enfants. Bien qu'étant très satisfaits de leur propre dentiste, ils souhaiteraient faire soigner leur enfant par un spécialiste. Quel serait donc le/la dentiste idéal-e pour ce faire? Le MedReg offre dans ce cas les informations nécessaires:

Après avoir cliqué sur la profession «médecin-dentiste» puis sur «autorisation octroyée», il ne se trouve aucune mention du titre de spécialiste en médecine dentaire pédiatrique. Celle-ci se trouve sous «autres qualifications» où sont listées les formations postgrades de droit privé. En Suisse, il existe environ 40 médecins-dentistes disposant de cette formation postgrade.

Les parents peuvent maintenant soit plus délimiter les résultats (p. ex. par le choix du canton de domicile) ou consulter la liste des résultats en cliquant sur «Rechercher».

Dans la liste des résultats sont affichées les données relatives à l'adresse et à la formation postgrade des spécialistes trouvés.

Lorsqu'un spécialiste est sélectionné dans la liste des résultats, s'affichent l'adresse détaillée du cabinet ainsi qu'une carte du lieu.

L'exemple que l'on vient d'exposer peut être reporté à toutes les autres professions figurant dans le MedReg. En le testant, vous verrez vous-même toute la richesse de ce registre en ce qui concerne les cinq professions médicales universitaires et leurs différentes spécialisations!

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Page d'accueil

### Registre des professions médicales

Rechercher selon

**Profession**

Médecin (12042)

Chiropraticien (226)

Médecin-Dentiste (7330)

Pharmacien (7423)

Vétérinaire (3517)

Nom

Prénom

Rue

NP Lieu

Canton

GLN

Tous les cantons

► Restrictions de recherche supplémentaires:

► Titre de médecin spécialiste / Titre de chiropraticien spécialiste / Titre de dentiste spécialiste (titre postgrade fédéral)

► Autres qualifications (formation postgrade de droit privé)

Supprimer données

Rechercher

Résultat de la recherche

## Ligne d'assistance pour les thérapies de régénération osseuse

**Le résultat est concluant! Des médecins-dentistes expérimentés apportent un soutien concret à des confrères et confrères sur les thérapies de régénération osseuse. Le soutien apporté par la Zahnmedizinische Fortbildung Zürichsee par le biais de la Dentist Helpline permet de répondre aux questions dans les vingt-quatre heures, du lundi au vendredi, par téléphone ou par courriel. Notre rédactrice s'est entretenue avec Andreas Grimm, D<sup>r</sup> méd. dent. à Horgen.**

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: D<sup>r</sup> Grimm)

L'extraction d'une dent entraîne forcément une modification des structures biologiques environnantes. Du point de vue de la médecine dentaire, les reconstructions prothétiques de grande valeur esthétique en subissent l'influence. C'est surtout dans le domaine si exigeant de l'implantologie que s'ouvrent de nouvelles et plus vastes possibilités thérapeutiques avec de nouvelles conceptions sur l'alvéole de l'extraction, y compris dans le cas d'interventions complexes en implantologie. Ces nouvelles techniques simplifient considérablement les techniques chirurgicales. C'est ainsi qu'il est aujourd'hui possible qu'un confrère peu expérimenté en implantologie puisse préserver dans une grande mesure la crête alvéolaire et parvenir ainsi à des résultats satisfaisants au plan de l'esthétique.

Les biomatériaux Geistlich (distribués par Karr Dental) ont été utilisés sur plus de 3,5 millions de patients depuis vingt-trois ans. Avec plus de sept cents études dans le monde entier, les biomatériaux Geistlich comptent sur le marché parmi les produits les mieux documentés en matière de régénération osseuse et cartilagineuse. Etant donné que le développement se poursuit en permanence, il apparaît toujours de nouvelles indications et de nouvelles techniques au service des thérapies de régénération osseuse. C'est pour répondre aux exigences en matière d'information dans un contexte de complexité toujours croissante que cette ligne d'assistance (*helpline*) a été mise sur pied, gérée par la Zahnmedizinische Fortbildung Zürichsee: par des médecins-dentistes, pour des médecins-dentistes! Une équipe de médecins-dentistes expérimentés répond à toutes les questions qui leur sont posées sur les thérapies de régénération osseuse.

En implantologie, l'esthétique constitue aujourd'hui un critère de succès décisif. Les déficits de la crête alvéolaire limitent souvent les possibilités des restaurations supportées par des implants. De nouvelles interventions de régénération osseuse ont maintenant largement élargi l'éventail des indications. Celles-ci posent parfois des exigences chirurgicales élevées pour la couverture par les

tissus mous des augmentations, pour la plupart étendues. C'est la raison pour laquelle la Zahnmedizinische Fortbildung Zürichsee, entre autres, propose différents cours. Ils portent sur la théorie et sur la pratique de l'application de la gamme des techniques actuelles de préservation et d'aug-



Pose de Geistlich Bio Oss et Bio Gide dans l'alvéole d'extraction



Point de suture croisée par-dessus Geistlich Bio Gide et Bio Oss imbibés de sang.



Cicatrisation après deux semaines environ: plaie pratiquement entièrement fermée, d'où préservation des structures alvéolaires. Un implant pourra être posé sans problèmes dans six mois environ.

mentation des tissus durs et mous. Ils présentent les différentes options de traitement qui reposent sur les données scientifiques les plus récentes.

### RMSO: «Pour quels motifs cette ligne d'assistance a-t-elle été organisée?»

D<sup>r</sup> Andreas Grimm: «Elle constitue une plateforme idéale pour répondre rapidement et avec pertinence aux questions posées. Derrière elle, se trouve tout un réseau de spécialistes. Ils apportent leur soutien au praticien privé dans son activité. Nous voulons faire bénéficier nos confrères de l'expérience, qui parfois découle d'une erreur. En effet, il n'est pas du tout nécessaire de répéter une erreur!»

### «Certaines questions reviennent-elles souvent sur le tapis?»

«Il s'agit dans la plupart des cas de petits détails, mais très pertinents. Il s'agit souvent de conseils sur des questions d'implantologie: combien de temps dois-je attendre pour que l'alvéole d'extraction soit comblée? Quels médicaments dois-je prescrire? Quel collutoire utiliser? Combien de temps dois-je attendre avant d'enlever les fils? A partir de quand l'os permettra-t-il la pose de l'implant?»

### «La ligne d'assistance est-elle liée à un fournisseur donné?»

«C'est une plate-forme absolument neutre. Des confrères posent des questions à des confrères. La ligne d'assistance a été lancée au mois de mai. Nous avons deux ou trois questions par semaine, mais la tendance est clairement à la hausse.»

«En tant qu'instructeur dans la division du Professeur Christoph Hämmerle, j'ai d'excellents contacts avec l'Université de Zurich. Nous avons ainsi accès à des développements constamment renouvelés et nous connaissons bien les nouvelles indications et techniques en thérapie de la régénération. Nous nous donnons beaucoup de peine pour que les conseils pratiques soient toujours fondés sur des connaissances scientifiques. Ce n'est malheureusement pas toujours possible, car de nombreuses questions qui se posent en pratique privée ne trouvent pas encore de réponses fondées sur l'évidence scientifique.»

«La ligne d'assistance *Dentist Helpline* est toujours ouverte. Les réponses aux questions sont données dans le délai d'un jour ouvrable.

Vous pouvez nous atteindre par téléphone au 0800 727 000 ou par courriel à: [info@dentist-helpline.ch](mailto:info@dentist-helpline.ch)»

## Operation smile

**Dans des pays du tiers monde, le Professeur J. Thomas Lambrecht opère depuis de nombreuses années de jeunes enfants souffrant de fente labio-palatine. Ces interventions chirurgicales donnent aux jeunes enfants concernés accès à une vie normale. Elles permettent également de prodiguer aux médecins de l'endroit la formation complémentaire nécessaire dans ce domaine de la chirurgie. L'entretien du Professeur Lambrecht avec notre rédactrice a porté sur ses engagements à l'étranger et sur son expérience en Suisse.**

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

**RMSO: «Voici des années maintenant que vous vous engagez dans l'assistance médicale au développement. Quelles en sont les raisons?»**

Professeur J. Thomas Lambrecht, D<sup>r</sup> méd., D<sup>r</sup> méd. dent.: «L'Operation Smile nous permet de redonner un sourire à ces enfants et de faire le bonheur de leur famille et de leurs proches. Les opérations de la fente labio-palatine n'aident pas seulement nos très jeunes patients: elles ont également un effet positif sur leur environnement social. Simultanément, nous formons nos confrères locaux à cette forme de chirurgie, dans une optique «d'aide à l'auto-assistance». En Inde par exemple, nous avons opéré environ quatre-vingts enfants lors de chacune de nos missions. Actuellement, les confrères que nous avons instruits opèrent de quatre cents à cinq cents patients chaque année.»

### Idées et suggestions

«J'ai passé deux ans en Indonésie, dix ans en Inde, et maintenant je suis depuis cinq ans au Bhoutan, toujours dans le même hôpital. Mes expériences avec les médecins, le personnel infirmier et de laboratoire, l'administration et les autres collaborateurs des hôpitaux ne manquent tout naturellement pas d'inspirer bien plus de réflexions, impressions et suggestions que de simples voyages de tourisme. Et puis, chrétien, j'ai pu aussi découvrir trois autres religions: l'islam, l'hindouisme et le bouddhisme. L'impulsion initiale pour ces missions dans le tiers monde, c'est feu le Professeur Werner Widmaier qui me l'a donnée. La satisfaction d'une journée de travail bien remplie avec huit ou dix opérations et les visages reconnaissants des parents de nos petits patients est indescriptible!»

**«Comment organisez-vous vos missions?»**

«Deux chirurgiens, deux anesthésistes et trois infirmières de salle d'opération forment notre «équipe standard». Les chirurgiens apportent leurs instruments chirurgicaux, le matériel de su-

ture et de pansement. Les anesthésistes apportent leur matériel d'anesthésie. Tous les membres de l'équipe apportent des cadeaux pour les gens de l'hôpital avec lesquels ils ont tissés des liens personnels très enrichissants au fil des ans. Nous bénéficions fréquemment du soutien de différentes entreprises. L'industrie pharmaceutique nous procure des médicaments, voire certains équipements, appareils ou consommables que nous laissons derrière nous à l'hôpital. Je pars toujours avec cinq ou six bagages et je ne rentre qu'avec une valise... Et il en va de même pour tous les membres de l'équipe. Le parrain principal de l'entreprise, c'est le Rotary Club de Bâle-Riehen.»

**A elle seule, la prospérité ne fait pas le bonheur**

**«Vos engagements à l'étranger ont-ils changé votre attitude dans la vie? Dans l'affirmative: comment?»**

«Chaque fois que je rentre au pays, je constate à nouveau à quel point les choses vont bien en Suisse. Cela relativise ma perception de l'existence, et de beaucoup! Et puis je vois également à quel point certaines personnes peuvent être heureuses alors qu'elles ne sont pas aussi bien loties que nous. Je m'en suis rendu compte en Indonésie en écoutant le chant inspiré des infirmières pendant le culte du matin. Et puis aussi au Bhoutan, par le visage radieux des enfants qui nous accueillent en souriant, nous autres étrangers. Nous avons parfois même eu droit à une petite danse de joie! Ce sont des choses qui ne manquent pas d'émouvoir.»

**«Vous êtes venu à Bâle il y a presque vingt ans. Qu'est-ce qui vous a amené en Suisse?»**

«Je suis venu à Bâle il y a dix-neuf ans. J'ai fait acte de candidature à la chaire devenue vacante à la suite du départ du Professeur Benedikt Mäglin. Après que la commission de sélection de la Faculté de médecine m'eut désigné candidat numéro un, j'ai été officiellement nommé

par le Conseil d'État du canton de Bâle-Ville le 1<sup>er</sup> juillet 1991.»

**Au début, les Suisses ont eu de la peine avec moi ...**

**«Les Suisses fonctionnent autrement. Avec quoi avez-vous eu des difficultés au début? Qu'est-ce qui vous a plu?»**

«Je crois que ce sont les Suisses qui ont eu de la peine avec moi, au début, sans que je ne m'en aperçoive vraiment. C'est le cas avec de nombreux Allemands. Ce qui m'a plu? C'est le «bon sens commun» qu'une grande partie de la société allemande a complètement laissé de côté de nos jours, notamment en raison de l'agressivité des syndicats et de la rudesse du ton employé par les toutes puissantes assurances maladie. J'ai quelquefois le sentiment que ça commence à empirer, ici aussi. L'accueil chaleureux de la section de Bâle de la SSO, de la Faculté de Médecine de l'Université de Bâle et du Rotary Club de Bâle-Riehen m'ont aussi beaucoup plu. Je les en remercie chaudement.»

**«Quels conseils donneriez-vous à un nouvel arrivant?»**

«D'écouter attentivement, de laisser parler les gens, de ne pas leur couper la parole, d'éviter de tout savoir mieux que les autres, de développer un «nez» et de faire preuve de sensibilité. Et puis, de s'entraîner à respirer profondément de temps à autre... et de lire les lettres de lecteurs!»



«Nul doute qu'en ma qualité d'enseignant universitaire il m'appartienne d'attirer l'attention de mes étudiants sur tout le dévouement et l'attention que méritent les malades», nous dit le Professeur Lambrecht.

**«Aujourd'hui, appréciez-vous votre cadre de travail ici en Suisse?»**

«Ce qui me fascine, c'est que des innovations qui surprennent soient toujours possibles ici, sur des fondements solides. Pensez aux fusions dans le monde des banques, ou bien à l'industrie chimique à Bâle. Dans mon cadre de travail immédiat, ce qui m'a marqué en particulier, ce sont les événements survenus après l'autonomie de l'Université de Bâle en 1996 dans le domaine de la médecine dentaire universitaire. Celle-ci est alors devenue le heurtor, l'avant-garde et le jouet de tous les modèles universitaires possibles et imaginables. Certes, ce fut intéressant, mais ça nous a coûté bien des forces et de l'énergie.»

**«Le changement est la seule chose qui soit immuable. Combien de stabilité faut-il pour que nous puissions vivre le changement?»**

«Voilà qui se rattache à ma réponse à votre question sur le cadre de travail en Suisse. Je crois que le bon sens commun doit rester, qu'il faut garder à la fois le sens de l'honnêteté et celui de l'humour! Et puis après, il faut s'attaquer au changement dans son domaine personnel, là où c'est nécessaire.»

**«Comment en êtes-vous arrivé à votre domaine de spécialisation chirurgie dentaire, radiologie dentaire, chirurgie maxillo-faciale?»**

«J'ai étudié la médecine en Belgique, puis la médecine dentaire et la médecine en Allemagne. Lors de ma formation de médecin en chirurgie buccale, maxillaire et faciale, j'ai été fasciné par tous les aspects de la chirurgie de la fente labio-palatine. J'en suis arrivé à la radiologie dentaire dans le cadre de la formation des étudiants. C'est

ainsi que de l'enseignement, je suis passé à l'engagement scientifique. J'ai fait mes expériences de base en médecine orale en tant que médecin chef à la polyclinique de la Clinique universitaire de chirurgie buccale, maxillaire et faciale à Kiel. En tant que médecin et médecin-dentiste, spécialisé en chirurgie buccale, maxillaire et faciale et médecin spécialiste en chirurgie orale, je dirige la Clinique de chirurgie dentaire, radiologie dentaire et chirurgie maxillo-faciale. J'occupe simultanément les fonctions de chef de département des Cliniques universitaires de médecine dentaire. Près de la moitié de mon temps est consacrée à des tâches administratives.»

**Les malades ont besoin de dévouement et d'attention**

**«Pour les jeunes en bonne santé, le monde est sans limites. En vieillissant, la santé peut poser des limites inattendues. Comment dessillez-vous les yeux des jeunes pour qu'ils perçoivent ce changement qui nous attend tous un jour ou l'autre?»**

«Ce sont là des questions éminemment personnelles. C'est vrai: pour mes enfants jeunes et en bonne santé, le monde paraît sans limites. Sans y regarder de trop près, il semble bien qu'il y ait beaucoup moins de limites que du temps de ma propre jeunesse. Il suffit de penser au Rideau de Fer. Toutefois, ailleurs, ce sont d'autres limites qui ont fait leur apparition et qui bornent à nouveau ces libertés nouvellement acquises. Le fait que l'état de santé puisse imposer de nouvelles limites, je l'ai moi-même vécu. Ça ne s'oublie pas de sitôt. L'environnement qui n'est pas directement concerné, lui, ne s'en embarrasse guère. Nul doute qu'en ma qualité d'enseignant universitaire il ne m'appartienne d'attirer l'attention de mes étudiants sur tout le dévouement et l'at-

tention que méritent les malades. Je tente toutefois de ne pas trop mettre l'accent sur mes expériences les plus personnelles.»

**«Votre forme de dévouement a-t-elle changé avec le temps?»**

«La répartition de mon temps a changé lorsque je suis venu en Suisse. Cela tient au système du pays, qui m'a accordé beaucoup de temps voué à chaque patient individuellement. C'est quelque chose que j'apprécie énormément, aujourd'hui encore. L'attention que je consacre à mes patients en tant que médecin et médecin-dentiste a toujours été inspirée par la devise: *«Medicus curat, natura sanat – primum nihil nocere.»*»



«L'intervention chirurgicale redonne un sourire à ces enfants et fait le bonheur de leur famille et de leur proches», nous explique le spécialiste de la chirurgie orale.



Grâce à l'intervention chirurgicale, cet enfant aura accès à une vie normale et les médecins de l'endroit bénéficieront de la formation complémentaire nécessaire en chirurgie de la fente labio-palatine.

## Dominer la souffrance

**Les organisations d'auto-assistance sont des regroupements de personnes qui ont le même problème et qui s'efforcent de le résoudre ensemble. Dominer la souffrance. C'est une expérience que les malades ne cessent de vivre et revivre, encore et toujours. Au lieu de se conformer aveuglément aux indications des spécialistes de la santé, les personnes concernées apprennent et font l'expérience de reprendre leur existence en main. Cette année, la Ligue suisse contre le cancer célèbre son centième anniversaire. Nous vous parlerons en détails dans un prochain numéro de la naissance et de l'action de la Ligue suisse contre le cancer.**

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photo: mäd)

La liste des organisations d'entraide est déjà longue et ne cesse de s'allonger encore. L'autoassistance a été et reste le point de départ de différents mouvements sociaux. C'est ainsi que des partis politiques, des syndicats et des ligues de santé ont vu le jour. Par exemple, il y a cent-dix ans, l'assurance CSS a été fondée à St-Gall en tant qu'organisation d'entraide. Quinze ans plus tard est venue sa reconnaissance par la Confédération en tant que caisse maladie active sur tout le territoire de notre pays. Bien que la CSS soit devenue tout au long des quatre-vingts années suivantes un groupe d'assurances moderne, les principes qui ont présidé à sa création sont néanmoins restés les mêmes. Idéal de l'entraide solidaire, un pour tous et tous pour un: tel a été le principe fondateur de cette assurance maladie.

### L'entraide en tant que mouvement social

Encore et toujours, des gens se regroupent pour améliorer leurs conditions d'existence. Au tout

début, ce sont les malentendants qui ont créé en 1894 la première organisation d'autoassistance. La Fédération suisse des aveugles et malvoyants (FSA) a suivi dix-sept ans plus tard. Les fondements des mouvements d'entraide reposent en Suisse avant tout sur l'œuvre de pionnier accomplie par les Alcooliques anonymes. Ils sont arrivés en Suisse via l'Allemagne, par l'intermédiaire de militaires américains des forces d'occupation. Le mouvement d'autoassistance a dû lutter à ses débuts contre les résistances des milieux professionnels. En effet, les regroupements d'entraide ne sont pas dirigés par des professionnels. Quelques-uns toutefois font occasionnellement appel à des experts pour traiter telles ou telles problématiques. Les premiers promoteurs des organisations d'entraide ont par contre été les médias, principalement le «Beobachter» et «Annabelle». Simultanément, à l'initiative d'organisations d'autoassistance, sont nés les centres de contact pour les organisations d'entraide, tel

que le *Team Selbsthilfe* à Zurich en 1980, ou le *Selbsthilfezentrum Hinterhus* à Bâle en 1981. Ce sont les publications du Professeur Michael Lukas Moeller qui ont ouvert la voie aux nouvelles formes des regroupements d'entraide. Depuis 2000, avec la naissance de la Fondation KOSCH, les centres régionaux de contact pour les groupes d'autoassistance ont une organisation faitière en Suisse. Le bureau de la Fondation KOSCH est le point de contact national et international pour toutes les questions autour des organisations d'entraide. Il fait la liaison entre les intervenants du réseau national, représente leurs intérêts vis-à-vis de l'extérieur et assure les échanges d'informations. De plus, la Fondation permet le dialogue avec les associations techniques et avec les institutions publiques pour promouvoir les organisations d'autoassistance au plan social en faire un sujet durable de politique sociale.

### Qu'est-ce qu'un regroupement d'entraide?

Voyons la définition qu'en donne l'Association spécialisée de la communauté allemande de travail pour les organisations d'entraide: «Les groupes d'autoassistance sont des rassemblements volontaires le plus souvent peu structurés. Ils regroupent des personnes dont les activités visent la gestion des maladies, la résolution de problèmes de nature psychique ou sociale qui les concernent, elles-mêmes ou leurs proches. Ces personnes ne recherchent aucun profit économique de leur activité. Leur but est d'exercer une influence sur leurs conditions d'existence, tout en agissant souvent également sur leur environnement social et politique. Par des travaux de groupe tenus régulièrement, souvent même toutes les semaines, ils incarnent l'authenticité, l'égalité des droits, le débat collectif et l'aide réciproque. Le groupe est ainsi un moyen de remédier à l'isolement social qu'impose l'extérieur. Les objectifs poursuivis par les organisations d'entraide visent avant tout leurs propres membres, et non les autres. En ceci, ils se distinguent d'autres formes d'engagement citoyen. Les organisations d'entraide ne sont pas dirigées par des professionnels. Quelques-unes toutefois font occasionnellement appel à des experts pour traiter tel ou tel problème.»

### Il ne faut pas toujours tout expliquer

On compare souvent les organisations d'entraide à des familles dans lesquelles on se comprend sans avoir besoin de parler. Dans ce contexte, tous ceux qui sont concernés par la même problématique connaissent les difficultés que pose telle ou telle maladie, et quelles sont celles que l'on peut éviter. Les exemples de succès obtenus par d'autres qui souffrent des mêmes maux en-



Les conflits d'objectifs entre les personnes directement concernées et l'engagement professionnel doivent sans cesse être abordés et désactivés. C'est la condition sine qua non pour qu'une organisation d'entraide puisse agir avec succès, dans le respect de ses objectifs propres.

## LES OUTILS DU SOURIRE

Pas moins de ...  
...4 nouveautés !

# D-RaCe

Désobturation simplifiée



[www.d-race.ch](http://www.d-race.ch)

# FKG RaCe ISO 10

Cathétérisme



Découvrez les autres nouveautés sur  
[www.fkg.ch](http://www.fkg.ch)

**FKG**  
FKG DENTAIRE  
Swiss Dental Products



couragent les autres et les réconfortent. Les interlocuteurs extérieurs à la famille revêtent une très grande importance, en particulier lorsqu'ils ont fait leurs propres expériences. L'Internet rend aussi de grands et précieux services en tant que moyen d'information et de communication. C'est la participation à ce trésor d'expériences qui est la clé pour résoudre les problèmes liés à la maladie. Un groupe d'autoassistance contribue à surmonter le sentiment de dévalorisation. Le membre du groupe peut apprendre des choses nouvelles, bien au-delà de son propre cas personnel. Les groupes d'entraide constituent une excellente plate-forme pour la représentation de ses intérêts propres vis-à-vis de l'extérieur. La manière dont sont considérés les handicaps et les maladies par les spécialistes de l'extérieur diffère souvent de la perception qu'en ont les personnes directement concernées. Le tableau clinique définit et le diagnostic ont des effets importants sur les rentes et les assurances, sur les traitements et sur les prestations dont on peut bénéficier.

Il ne faut pas sous-estimer les idées que se fait le grand public des personnes concernées. C'est là un motif plus que suffisant pour s'insérer dans le débat public en tant que groupe d'autoassistance. C'est en son sein que l'on ne manquera pas d'apprendre que l'interaction personnelle avec tel ou tel mal est une chose, mais que l'approche sociale en est une autre, toute différente.

### Désacraliser les problèmes

La portée et la gravité de nombre de problèmes ne sont reconnues par les spécialistes et le grand public qu'une fois que des organisations d'entraide ont fait leur apparition, et que des gens ont eu le courage d'en parler ouvertement. Il suffit pour s'en convaincre de penser à la problématique des troubles de l'identité sexuelle (transsexualité). Le débat public sur le changement de sexe a permis d'exercer la pression nécessaire pour jeter les vieux concepts de traitement par-dessus bord et il a été à l'origine d'un changement d'approche dans les rangs du grand public.

### Limites des organisations d'entraide

La grande force des groupes d'autoassistance est l'égalité entre leurs membres. C'est le bien-être personnel de chacun des membres qui est toujours prioritaire dans ces groupes. Vis-à-vis de l'extérieur, leurs possibilités d'exercer une influence sont toutefois limitées à leur environnement social immédiat. C'est la raison pour laquelle les différents groupes se rassemblent au niveau suprarégional afin d'acquérir plus de poids et d'influence sur leur environnement externe. Maintenant que le niveau d'organisation s'est

rehaussé, il faut des délégués dotés d'un cahier des charges, ce qui entre en contradiction avec le principe de l'égalité entre les membres. Comme ce sont les personnes particulièrement douées et responsables qui sont le plus souvent déléguées, elles ne sont dès lors plus aussi disponibles pour le groupe. Si un délégué ne réussit pas à «vendre» ses options à la base, des négociations importantes peuvent se voir bloquées par le jeu des animosités personnelles. D'autres conflits peuvent surgir autour du facteur argent:

pour agir, une organisation a besoin des cotisations et des apports financiers de l'extérieur. Désormais, certaines prestations sont rémunérées, alors que d'autres sont toujours fournies à titre bénévole. Cette question de la valorisation devient encore plus critique lorsque certaines fonctions sont confiées à des spécialistes. Les employés d'une organisation ont une autre vision des problèmes à résoudre et repoussent les limites de leur engagement au-delà des personnes directement concernées. Ce processus est à la

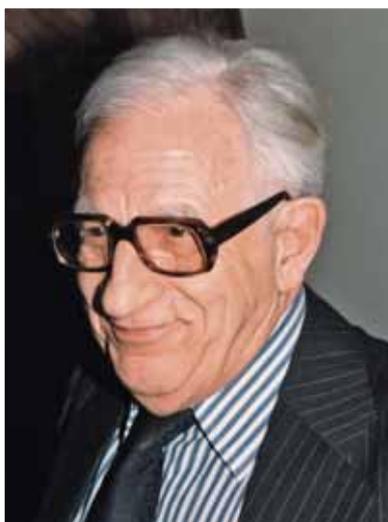
fois délicat et exigeant. Il lui faut une direction sensible et douée pour la communication. Si le lien entre les personnes concernées et les professionnels se rompt, bien des forces sont alors perdues dans des luttes de tranchées intestines. Les conflits d'objectifs entre les personnes directement concernées et l'engagement professionnel doivent sans cesse être abordés et désactivés. C'est la condition sine qua non pour qu'une organisation d'entraide puisse agir avec succès, dans le respect de ses objectifs propres.

## Paul-Herren-Award

**Lauréat 2010: Prof. Dr Vincent G. Kokich**

**Le «Paul-Herren-Award» sera décerné cette année pour la deuxième fois. La Clinique d'Orthodontie de l'Université de Berne a fondé ce prix en mémoire des mérites du Professeur Paul Herren. Le prix est décerné chaque année à des personnalités de l'orthodontie en reconnaissance des performances excellentes dans les domaines de l'enseignement, de la clinique ou de la recherche.**

Le lauréat du prix 2010 est le Prof. Dr Vincent G. Kokich, Université de Washington, Seattle (USA). Le Professeur Kokich est un des orateurs les plus demandés dans le monde entier dans le domaine de l'orthodontie. A côté de sa longue activité clinique et de ses recherches innovatrices expérimentales et cliniques il s'engage profondément dans la formation continue. Grâce à ses travaux scientifiques et cliniques il a influencé et promu le concept du traitement interdisciplinaire dans le domaine de la dentisterie esthétique. A l'occasion de la remise du prix le jeudi 9 décembre 2010 à 17.30 heures à l'Hôtel Bellevue Palace de Berne le Professeur Kokich tiendra



Professeur Paul Herren

une conférence de 90 minutes intitulée «Missing maxillary lateral incisors: The agony and ecstasy of implant replacement». Les collègues de toutes les disciplines y sont cordialement invités.

### Professeur Paul Herren (1913–2008)

Le Professeur Paul Herren était directeur de la Clinique d'Orthodontie de l'Université de Berne de 1954 à 1981. Il a considérablement contribué à l'établissement de l'orthodontie en Suisse en tant que discipline spécialisée, ce qui a conduit au premier titre de spécialiste en médecine dentaire en Suisse.

Il a obtenu une grande notoriété grâce à ses recherches au sujet de l'acquisition de radiographies latérales et leurs reconstructions en trois dimensions, le diagnostic orthodontique et le mode d'action des monoblocs.

Le Professeur Herren a tenu de nombreuses conférences en Suisse ainsi qu'à l'étranger et a été membre d'honneur auprès de plusieurs sociétés suisses et étrangères. En 1967, il a organisé, en tant que Président de l'European Orthodontic Society, le congrès d'orthodontie européen à Berne.

### Professeur Vincent G. Kokich, DDS, MSD

Le Docteur Kokich est Professeur dans le Département d'Orthodontie de l'Université de Washington, Seattle (USA) et dirige également un cabinet d'orthodontie à Tacoma, Washington. Il a publié 99 articles scientifiques, 48 articles review et 21 chapitres de livres spécialisés. Il a tenu plus de 900 conférences en Amérique du Nord et

du Sud, en Europe, en Afrique, en Australie et en Asie, ainsi que des cours auprès de plus de 50 sociétés d'orthodontie dans le monde.

Il a été récompensé avec le Sicher Research Award de l'American Association of Orthodontists et a reçu des prix comme le Strang Award (1994), le Schluger Award (2000), le ICO Award (2001), le Dewel Award (2002), le AAED President's Award for Teaching Excellence (2004), le 2005 Association Trends Bronze Award for Education Programs, le 2005 Distinguished Alumnus Award de l'école dentaire de l'Université de Washington, le 2008 Charles English Award for Excellence in Teaching et le 2009 Honorary Member de la World Federation of Orthodontists. Il a été élu membre de l'American College of Dentists, du Royal College of Surgeons of England et du Royal College of Surgeons of Edinburgh. Il était Président de l'American Academy of Esthetic Dentistry et de l'American Board of Orthodontics.

Le Professeur Kokich a été nommé rédacteur en chef de l'American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics à partir de janvier 2011.



Professeur Vincent G. Kokich, DDS, MSD

## Revue

### Ste Apolline

**Skrobonja A et al.:**  
**St Apollonia's tooth – a relic in the cathedral treasury in Rab (Croatia)**  
*Br Dent J 207: 499–502, 2009*

Sainte Apolline ou Apollonie est la patronne de la dentisterie. On la représente souvent avec une paire de tenailles, et parfois avec les dents qui lui furent arrachées, ainsi qu'avec la palme du martyr. Elle est aussi invoquée contre les maux de dents. C'était une jeune femme qui vivait à Alexandrie en tant que diaconesse et qui mourut en 249 lors d'une persécution sanglante. Elle prêchait en faveur du christianisme. Selon la légende, les Romains menacèrent de la brûler vive si elle ne se prosternait pas devant leurs idoles païennes. Comme elle refusait, elle fut torturée et ses dents extraites à l'aide de pinces. Une autre légende prétend que ses dents furent fracturées par les coups et par les pierres qu'elle reçut, tandis qu'une autre affirme qu'elle fut décapitée pour avoir distribué les biens de sa famille aux pauvres. Des versions plus tardives indiquent que son frère la punit pour avoir annulé une promesse de mariage forcé. Elle fut canonisée par le pape Jean XXI (1215–1277). Son histoire reste liée au concept dentaire, des reliques de ses dents et d'autres parties de son corps ayant été vénérées depuis des siècles. La cathédrale de l'Assomption de la Vierge à Rab en Croatie possède un reliquaire d'origine vénitienne, datant du XVI<sup>e</sup>/XVII<sup>e</sup> siècle qui contient une dent de Sainte Apolline. Il n'y a pas d'information sur le quand et le comment de l'arrivée de cette relique à Rab. Les reliques de martyrs ayant souvent été associés à une manœuvre frauduleuse, les hautes autorités ecclésiastiques stipulèrent en 1543 que toute relique devait bénéficier d'un sceau spécial. Cet article décrit le parcours de l'évaluation entreprise pour déterminer le status morphologique et anatomique de cette dent qui fut ainsi examinée macroscopiquement et photographiée. Cette dent se révèle être une première prémolaire supérieure issue du quadrant droit. Elle en présente les caractéristiques angulaires, la cuspide palatine étant moins élevée que son homologue vestibulaire, la face occlusale étant réniforme. La racine n'a qu'un canal avec des sillons interradiculaires très marqués proximement. La structure amélaire présente des lésions cavitaires de type II au niveau cervical, à la jonction émail-cément. Il s'agit d'une carie arrêtée avec des pigments périphériques. Cette lésion est située dans

une zone qui semble avoir été «nettoyée» par le fait d'extraire la dent voisine. Le bord amélaire occlusal est légèrement bleuté et ne diffère pas de manière significative dans ses portions médiane et cervicale en raison du jaune dentinaire. Les cuspides sont prononcées, exemptes de signes d'usure, le cément radicaire est jaune, ces caractéristiques correspondant à un sujet jeune.

Un traumatisme est apparent à la surface distale, évoquant une fracture d'émail peu profonde ayant des dépôts pigmentaires sur son tiers coronaire. Deux perles d'émail, anomalie rare, apparaissent sur le bord distal de la surface radicaire, laissant une surface lisse et brillante. La dent de Sainte Apolline à Rab n'a fait l'objet d'aucune mention antérieure à cette évaluation qui affirme que les caractéristiques constatées sont compatibles avec l'histoire de la sainte. Selon les auteurs, cette relique présente un intérêt particulier tant pour le rite religieux que pour la tradition ethnomédicale. L'évaluation paléodontologique indique qu'il s'agit d'un vestige précieux de la patronne de la dentisterie.

Michel Perrier, Lausanne

### Laser

**Matthews D C:**  
**Seeing the light – The truth about soft tissue lasers and nonsurgical periodontal therapy**

*J Can Dent Assoc 76: a30\_f, 2010*

Bien que le traitement au laser suscite un grand intérêt auprès des médecins-dentistes et du grand public, il n'existe pas de véritable argument en faveur du traitement parodontal par rapport à quel système laser par rapport au curetage et au lissage radicaire conventionnels.

Les lasers existent depuis près de 50 ans. En 1985, ils ont été introduits dans la pratique dentaire. Certains ont été conçus pour l'élimination de la carie, d'autres pour la gestion des tissus mous en raison de leurs propriétés hémostatiques notamment. Plus récemment, ils ont été présentés comme un substitut au débridement mécanique standard des surfaces radiculaires et des poches parodontales. L'intégration du laser dans la pratique dentaire est perçue comme un «booster économique» qui offre au patient une alternative indolore du traitement parodontal et un avantage sur les méthodes traditionnelles. S'il est vrai que le laser peut améliorer le revenu, les effets

miraculeux qu'il produit proviennent davantage des déclarations des fabricants que des données de la recherche.

Certains praticiens estiment essentiel d'avoir à disposition la plus récente technologie. D'autres, plus prudents, n'incorporent de nouvelles modalités thérapeutiques que lorsqu'elles sont argumentées par un support scientifique suffisant. Un certain nombre de questions devrait être soulevé avant de se précipiter sur un «gadget». Ce nouvel équipement, matériau ou traitement est-il plus efficace que ce qui a été utilisé jusqu'alors? Si l'effet est similaire, d'autres avantages devraient-ils être pris en compte comme le gain de temps ou la diminution des coûts pour le patient? Quels en sont les risques, les effets secondaires et ceux-ci justifient-ils les avantages garantis?

Le terme laser provient de l'acronyme anglo-américain *light amplification by stimulated emission of radiation* (en français: «amplification de la lumière par émission stimulée de rayonnement»). Chaque type de laser émet une énergie à une certaine longueur d'onde. Par exemple, la longueur d'onde émise par une diode laser se situe entre 635 et 950 nm, celle d'un laser CO<sub>2</sub> à 10600 nm. Un rayonnement dirigé sur une cible sera absorbé, réfléti ou dispersé. Sur des tissus biologiques, l'énergie est avant tout absorbée, les propriétés optiques du tissu-cible étant aussi un facteur déterminant. Les structures parodontales sont complexes et varient dans leur teneur en eau, en minéraux, en pigments et en densité. Leurs propriétés optiques sont donc variables. Le laser Nd-YAG (neodymium-doped yttrium aluminum garnet ou grenat d'yttrium-aluminium dopé au néodyme) et la diode laser sont préférentiellement absorbés par des tissus pigmentés. Le laser CO<sub>2</sub> est adapté à la chirurgie des tissus mous et son énergie est hautement absorbée par l'eau. D'autres lasers sont absorbés par l'hydroxyapatite. Le taux d'absorption est affecté par des paramètres comme la puissance, la durée de pulsation, la durée d'exposition, l'angle d'énergie délivrée et le type de longueur d'onde (par exemple pulsée ou continue).

L'absorption d'énergie génère quatre formes de réaction tissulaire: échauffement, coagulation, vaporisation ou, dans le cas des tissus durs, fusion et recristallisation. Il importe donc que les objectifs thérapeutiques tiennent compte du choix de la meilleure technologie pour obtenir les résultats souhaités.

La diode laser, le CO<sub>2</sub>, le Nd-YAG et le Er-YAG sont le plus couramment utilisés pour des applications en parodontologie. Tous sauf un transmettent leur énergie par une fibre optique nécessitant une pièce à main et un contact permettant le feedback tactile. Le laser CO<sub>2</sub> utilise un rayon lumineux qui guide l'opérateur. Récem-

## Action Vieil or pour redonner la vue

Croix-Rouge suisse 



Compte postal CRS 30-4200-3  
«Redonner la vue»

ment, le Er-YAG a été équipé d'un système in-  
duisant un effet de fluorescence du tartre sous-

gingival pour améliorer la capacité d'élimination  
avec un minimum de transfert de chaleur à la  
surface radriculaire.

L'un des principaux avantages du laser sur la thé-  
rapie conventionnelle revient à ses propriétés  
hémostatiques. Il est en outre perçu par les pa-  
tients comme une approche moderne, progres-  
siste et moins douloureuse que la chirurgie. Ces  
critères ne sauraient suffire à négliger une argu-  
mentation scientifique.

Les études publiées à ce jour n'apportent aucune  
documentation histologique ou clinique appuyant  
les constats favorables par rapport au scalpel. Il  
semble même que l'effet du laser inhibe l'acti-  
vité fibroblastique nécessaire à la cicatrisation.  
Des études mettent aussi en doute l'effet du la-  
ser sur l'os et le ciment en décrivant des consé-  
quences néfastes de l'effet thermique (fonte, fis-  
sures et carbonisation radriculaire).

Des études favorables au laser s'appliquent à la  
peau et aux muscles très distants de l'os sous-  
jacent, soit peu en rapport avec une situation  
parodontale.

En parodontologie, les études ne donnent aucun  
avantage aux résultats thérapeutiques obtenus  
par laser et comparés aux méthodes tradition-  
nelles.

En dépit de l'engouement pour la thérapie au  
laser en lieu et place des méthodes tradition-  
nelles, il n'existe aucun argument indiquant que  
la validité du laser l'emporte sur celle du traite-  
ment chirurgical traditionnel. Aucune étude lon-  
gitudinale n'a montré que la seule thérapie au  
laser pouvait être utilisée dans le traitement effi-  
cace d'une parodontite d'adulte chronique. Cette  
thérapie est en revanche plus onéreuse pour le  
patient.

Michel Perrier, Lausanne

## Impressum

### Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed

Innerhalb der Zeitschrift: SMZ

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. Andreas Filippi, Basel; PD Dr. méd. dent. Susanne Scherrer, Genève;

PD Dr. med. dent. Patrick R. Schmidlin, Zürich

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Dr. Áine Lennon, Gockhausen; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Neuchâtel; Kathleen Splieth, Neuenkirchen (D)

### 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

### Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMZ 1/2007, S. 61 (Forschung · Wissenschaft SMZ 1/2010,

S. 29–30) und auf der SSO-Webseite aufgeführt.

Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/2007, p. 63

(Recherche · Science RMSO 1/2010, S. 31–32) et sur la page d'accueil de la SSO.

Instructions to authors see SMZ 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

Förrlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich

Telefon 043 444 51 07, Telefax 043 444 51 01, E-Mail: zahnmedizin@fachmedien.ch

Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Inseratarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

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

Tarifs des annonces / Exemplaires 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.

2010 – 120. Jahrgang / 120<sup>e</sup> année; Auflage / Tirage: 5700 Ex.;

WEMF/SW-Beglaubigung 2009 – Total verkaufte Auflage: 4773 Ex.

ISSN 0256-2855