

125 ans de la SSO

A l'occasion des 125 ans de la SSO, une série d'articles historiques paraîtront, tout au long de l'année 2011, dans la Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie. Fruit d'une recherche menée dans les archives de la SSO, dans les revues spécialisées de médecine dentaire et dans de multiples sources et documents historiques, chacun d'entre eux abordera une problématique spécifique de l'histoire de la profession du médecin-dentiste et des divers métiers de l'art dentaire, en présentant une situation ou période spécifique de l'histoire de la SSO dans le contexte de son époque: seront ainsi abordés successivement les débats autour de l'assurance des soins dentaires dans la deuxième moitié du 20e siècle, la question de la reconnaissance de la profession de médecin-dentiste, l'évolution des différents métiers du soin dentaire, l'image du médecin-dentiste dans la société, ainsi que le rôle et l'évolution de la SSO au cours de ses 125 ans d'histoire.

Direction scientifique: Prof. Vincent Barras

Responsable de recherche: D^r science politique Thierry Delessert

Collaboration: Valérie Gorin, Marie Tavera, Clémence Cornuz

Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (CHUV-Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL),

Chemin des Falaises 1, CH-1005 Lausanne

Vincent Barras

né le 8 novembre 1956, originaire de Chermignon (VS)

Après des études primaires et secondaires en Valais, il a suivi une formation littéraire, musicale et médicale (Facultés de médecine et des lettres de l'Université de Genève, Conservatoire populaire de musique de Genève).

Il a exercé comme médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève, puis s'est spécialisé en histoire de la médecine et des sciences (Université de

Paris I-Panthéon/Sorbonne, Wellcome Institute for the History of Medicine de Londres).

Il est professeur ordinaire à l'Université de Lausanne (histoire de la médecine), et enseigne à la Haute Ecole d'Art et de Design de Genève (théorie du son, théorie du corps).

Membre fondateur des Editions Contrechamps (esthétique et musique contemporaine), il a également développé un programme de poésie contemporaine et de performances au Festival de la Bâtie de Genève et avec l'association Roaratorio). Il déploie une activité de recherche et de publication (conférences, livres, CD, entretiens sur la

théorie du corps, sur l'histoire de la médecine, sur la musique et la poésie contemporaine), de traduction et de performance.

RMSO: «Vous êtes le Directeur de l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique. Quelles sont les missions qui lui sont confiées?»

Directeur scientifique Professeur Vincent Barras, Université de Lausanne: «L'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (IUHMSP) est affilié à la fois à une structure hospitalière (CHUV) et académique (Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne). Cette situation particulière lui impose de remplir à la fois des tâches pour les soignants et pour la communauté universitaire. Pour les soignants, nous nous efforçons de répondre à leurs besoins de formation continue et à leurs diverses questions en matière d'histoire de la médecine et des soins, mais aussi plus largement en matière de socio-anthropologie de la santé, et d'éthique et philosophie médicale. Nous organisons ainsi des séminaires, colloques et conférences où sont discutés divers thèmes qui concernent la santé aujourd'hui, avec un regard provenant des sciences humaines. Pour le monde académique, nous organisons des enseignements de sciences humaines en médecine et sciences de la vie destinés aux étudiants de la Faculté de biologie et de médecine, ainsi que d'autres facultés; nous accueillons également un nombre important de doctorants de diverses disciplines (philosophie, histoire, anthropologie, psychologie, etc.) au sein



Prof. Vincent Barras

de programmes de recherche dans les matières qui nous concernent. Nous tenons également à fournir à la Cité un centre de documentation bien organisé et actuel (bibliothèque, collections iconographiques et d'instruments) relativement aux disciplines représentées dans notre Institut.»

«Qui sont vos mandants?»

«Outre nos autorités académiques, à qui nous devons répondre de notre activité en termes d'enseignement et de recherche, nous répondons à la demande des différents acteurs engagés sur le terrain de la santé et de la médecine, comme des institutions hospitalières, des sociétés professionnelles de soignants, qui, à l'occasion de jubilés par exemple, se soucient parfois d'opérer une réflexion critique sur leur propre histoire, à travers une recherche confiée à notre Institut. C'est alors pour nous une très belle occasion de dialoguer, en tant qu'historiens, avec les personnes confrontées aujourd'hui aux différents problèmes sanitaires contemporains. Telle est l'opportunité que nous saisissons, avec l'offre la SSO, qui nous a confié un mandat de recherche historique à l'occasion de ses 125 ans d'existence.»

«Quelle est, pour notre société, l'utilité de l'histoire de la médecine?»

«L'utilité d'une réflexion historique n'est en général pas immédiate, applicable tout de suite, comme pourrait l'être par exemple l'invention d'un nouveau système technologique. Elle permet surtout d'évaluer le chemin parcouru, la profondeur et les origines des débats contemporains. Ainsi, pour la SSO, connaître les raisons qui ont motivé sa création en 1886, les différents débats, controverses, réussites et échecs qui ont jalonné son existence à travers 125 ans d'existence permet peut-être de dédramatiser certains enjeux contemporains et, nous l'espérons, d'apporter un certain recul critique et dépassionné face à l'urgence des questions actuelles.»

«Pouvez-vous nous donner un exemple d'actualité relatif à la médecine dentaire?»

«Un des traits les plus marquants de l'histoire du médecin-dentiste en Suisse est sa quête de reconnaissance professionnelle, selon un modèle qui tend à la fois à s'apparenter à celui du médecin, et à s'en démarquer afin de constituer une profession distincte. La permanence de cette tension depuis les origines de la SSO me paraît caractéristique de l'histoire de la médecine dentaire, et fondamental pour comprendre son évolution jusqu'à nos jours.»

«Les recherches à l'occasion du 125^e anniversaire ont-elles fait ressortir un sujet particulièrement intéressant?»

«Il y a une grande quantité d'aspects très intéressants dans l'histoire de la profession de médecin-dentiste en Suisse, bien plus que nous l'imaginions au départ! Par exemple l'importance des préoccupations de santé publique, les enjeux autour de la création de métiers auxiliaires du médecin-dentiste, les aspects économiques, la question du remboursement par les assurances maladies, etc. Plusieurs de ces aspects constituent précisément l'objet des différents articles que nous publierons dans la Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie au courant de l'année 2011.»

«En quoi l'image du médecin-dentiste a-t-elle changé dans la perspective de l'historien?»

«L'image du médecin-dentiste n'est sans doute pas aussi univoque que ce que l'on croit d'habitude. Métier considéré comme essentiellement manuel avant le 19^e siècle, souvent entaché d'une réputation douteuse, il a cherché à se professionnaliser il y a un peu plus d'un siècle: de cette époque date justement la création de la SSO, qui répond à ce besoin de rendre cette profession

plus respectable, ainsi que fondée sur des pratiques plus scientifiques. Plus récemment, et le processus est encore en cours, la profession a tendu à se féminiser, ce qui entraîne une fois encore des changements importants dans l'image que le/la médecin-dentiste peut endosser dans notre société contemporaine.»

«Quelle influence les sciences humaines et les sciences de la vie exercent-elles sur la vie de tout citoyen des nations industrialisées?»

«Les sociétés contemporaines, hyperindustrialisées et techniques, tendent à privilégier les domaines considérés comme plus directement rentables. De ce point de vue, certains domaines des disciplines scientifiques et techniques (notamment les *life sciences*), semblent plus immédiatement en rapport avec le monde industriel et économique. Ils sont de ce fait privilégiés par rapport aux *human sciences*, ces sciences humaines dont la rentabilité ne semble pas très grande. Je défendrais toutefois, précisément en raison de leur fragilité – qui est aussi une richesse –, les sciences humaines, qui apportent un regard différent, détaché des contingences urgentes, mais assurément nécessaire pour que les sociétés humaines puissent garder leur destin en mains.»

«Les femmes vont-elles faire durablement changer la médecine?»

«Nous ne pouvons encore pas mesurer avec précision les changements apportés par le processus de féminisation de la profession médicale et de celle de médecin-dentiste plus spécifiquement. Aux yeux de l'historien, ce processus est récent: quelques décennies tout au plus; mais il est profond, sans doute durable, et il est certain que les modifications seront très importantes, sur le plan de l'organisation du travail aussi bien que sur l'évolution technique et scientifique ou sur l'image sociale de la profession.»

«Faut-il étudier tous les aspects de la vie pour comprendre l'histoire?»

Même si l'envie ne manque pas, on ne peut assurément pas prétendre couvrir tous les aspects de la vie. Comme historien de la médecine, disposant d'un temps limité, je me trouve contraint de faire des choix, de privilégier une approche plutôt qu'une autre: par exemple, se focaliser sur l'histoire sociale, scientifique, technique ou économique de la médecine dentaire. L'idéal, rarement atteint, serait de combiner toutes ces approches, de réaliser une histoire «totale». Mais il faut rester modestes, et espérer du moins que nos travaux stimuleront d'autres recherches, lesquelles poursuivront et compléteront ces premières esquisses.

Publications (sélection):

- *Poésies sonores*, Genève 1992 (dir., avec N. Zurbrugg)
- Traduction de Theodor W. Adorno, *Introduction à la sociologie de la musique*, Genève 1992 (avec Carlo Russi)
- *Galien. Les passions de l'âme*, Paris 1995 (avec T. Birchler et A.F. Morand)
- *Galien. De la bile noire*, Paris 1998 (avec T. Birchler et A.F. Morand)
- «Histoire du médecin de 1880 à la fin du XX^e siècle», dans L. Callebat (dir.), *Histoire du médecin*, Paris, Flammarion, 1999, pp. 269–307
- *Homard et autres pièces inquiétantes et capitales*, CD (ASM, 2000 [avec J. Demierre])
- Traduction de Georges Séféri, *Journal de bord, I, II, III*, Genève 2000
- *La médecine des lumières: tout autour de Tissot*, Genève 2001 (dir., avec M. Louis-Courvoisier)
- *Visions du rêve* (dir.), Genève 2002
- Traduction de John Cage, *Silence*, Genève 2003
- *Gad gag vazo gadati, voicing through saussure*, CD (Heros-Limite, Genève) 2004 (avec J. Demierre)
- *Symptômes*, Genève 2006 (avec J. Demierre)
- *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum* (dir. avec M. Dinges) (MedGG, Bd 19), Stuttgart 2007

Thierry Delessert

Responsable de recherche

RMSO: «Monsieur Delessert, vous travaillez au sein du groupe du Professeur Barras à l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique. Depuis quand appartenez-vous au réseau du Professeur Barras et comment y êtes-vous arrivé?»

Thierry Delessert: «J'ai contacté le professeur Vincent Barras au printemps 2001 pour lui demander s'il était d'accord d'être le codirecteur de mon mémoire de maîtrise ès sciences politiques avec le professeur Jean Batou de l'Institut d'histoire économique et sociale de l'Université de Lausanne. Du point de vue académique, cette codirection s'est poursuivie pour ma thèse de doctorat que j'ai soutenue avec succès en juin de cette année.»

«En marge de ma profession d'alors, professeur HES à la Haute école cantonale vaudoise de la santé, je suis inscrit comme collaborateur libre à l'Institut d'histoire de la médecine. Mon contrat d'assistant à l'Université de Lausanne étant arrivé à son terme, le professeur Barras m'a alors engagé comme responsable de recherche pour votre mandat en septembre 2010.»

«Quels sujets historiques traitez-vous. En quoi vous passionnent-ils?»

«Plusieurs dimensions historiques sont au cœur de mes recherches et transferts dans des enseignements ou des rédactions. Une approche que je qualifierais brièvement de politico-juridique – en lien avec ma formation en sciences politiques – me sert généralement d'angle d'attaque sur tout sujet que je ne connais pas directement par mes insertions professionnelles passées et présentes. Toutefois, ces sujets s'inscrivent clairement dans deux domaines de prédilection, corrélés à mes formations et reprises d'études: la santé et les rapports sociaux sexués.»

«Pour quiconque, ces domaines peuvent apparaître fort éloignés, pourtant ils se rejoignent fondamentalement en les analysant notamment sous le prisme des multiples relations entre le savoir et le pouvoir théorisées par le philosophe et historien français Michel Foucault. D'autre part, la Suisse apparaît peu étudiée sous ces aspects, alors que les influences des pays nous avoisinant sont le plus souvent aux racines des compromis entre les différentes parties culturelles et linguistiques composant notre nation. Cet intérêt critique ouvre alors autant d'interrogations originales sur certains aspects non stricto sensu économiques de notre passé et sur des champs jusqu'alors moins connus.»



Thierry Delessert

«Quel était le sujet de votre thèse de doctorat?»

«L'homosexualité masculine en Suisse au cours de la Seconde Guerre mondiale. Je me suis attaché à décliner cette histoire sous trois axes: social, au sens d'une analyse de l'action militante de l'unique association homosexuelle existant au monde à Zurich au cours de cette période, mais aussi en relevant les langages de et sur l'homosexualité; politico-juridique, en retraçant la genèse des normes pénales civiles et pénales militaires suisses, puis en relevant quelques applications concrètes; médical, et plus précisément psychiatrique, sur la fabrication de cette minorité jugée «déviante.»

«Vous avez commencé votre carrière comme infirmier. Qu'est-ce qui vous a motivé pour le choix de cette profession?»

«Ayant débuté comme aide infirmier à l'âge de 16 ans à l'hôpital de Montreux, la profession d'infirmier s'inscrivait comme une continuité logique. En conséquence, j'ai déménagé à Fribourg pour y suivre le cursus de l'École cantonale préparatoire aux professions paramédicales afin d'entrer à l'école de Saint-Loup à Pompaples (VD) où j'ai obtenu le diplôme d'infirmier en soins généraux en 1989. Très rapidement, dès mes contrats comme aide infirmier, je me suis rendu compte que les soins chroniques – les durées des relations à autrui et les mystères des mieux-être ou des décompensations – me convenaient plus que les interventions ponctuelles des soins aigus.»

«A la suite de l'obtention de mon diplôme, l'hôpital universitaire psychiatrique de Cery près de Lausanne m'a employé comme veilleur dans une unité d'admission mixte fermée, et m'a formé dans cette spécialisation. Par la suite, j'ai décidé de me préparer pour le concours d'entrée à la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, et y ai obtenu ma licence en sciences politiques en 1999.»

«Finançant mes études par mes veilles dans un univers souvent qualifié de violent de manière simpliste, alors que mon vécu ne me permet en aucun cas de valider cette représentation sociale sans réserves, une profonde dialectique s'est imprimée en moi: tout acte de pensée est vain s'il ne donne pas de sens à quelque pratique – et ma pratique pouvait se voir comme celle d'un «gardien» d'un sens commun appelé «réalité» – mais toute pratique ne s'inscrit que dans des pensables et des possibles historiquement datés – d'où une véritable fascination de ma part pour les «économies émotionnelles» conférées par des «institutions» dans des temps donnés.»

«Suite à l'obtention de ma licence, ces savoirs constamment en construction se sont en partie formalisés par mes fonctions d'enseignant en systèmes de santé et de concepteur d'une formation postgrade santé-sociale en psychiatrie, mais aussi en tant que maitrisant, puis doctorant, sur le sujet plus polémique de l'homosexualité.»

«Qu'apportez-vous de votre période d'infirmier à la recherche médicale?»

«Mes fonctions d'infirmier puis de professeur HES santé-social me confèrent sans nul doute des savoirs en vocabulaire médical, en culture des secrets médicaux et professionnels, ainsi qu'en analyse de domaines difficiles à appréhender pour des «profanes». En outre, elles me permettent d'avoir un certain regard décentré sur les professions médicales qui enrichissent mes angles d'analyse sans en être un acteur directement impliqué par mes pratiques.»

«Quel est pour vous l'intérêt de l'histoire de la médecine et de la santé publique?»

«La santé est devenue au cours du XX^e siècle un instrument de cohésion sociale aussi puissante que le drapeau, les frontières et la monnaie pour les citoyen-ne-s. Il s'agit pour moi de restituer autant que possible la constitution des «ayant droits» et des pourvoyeurs de soins et de savoirs sans pour autant préjuger des actions de conquête.»

«Avez-vous l'impression que les résultats de la recherche médicale puissent contribuer à l'amélioration du système de santé?»

«En comparaison européenne, le système de santé helvétique est cher, mais il a permis l'intégration des recherches médicales et des progrès techniques pour le bénéfice de la majorité des patient-e-s. Il ne m'appartient pas en tant qu'historien de juger de ces progrès et de leurs coûts relatifs, mais de mettre en évidence les choix et non-choix à la base d'un système que j'estime, en tant que citoyen potentiellement «malade», de qualité.»

I: Les débats des années 1960–1970

La question du remboursement des soins dentaires en Suisse a une longue histoire. La première loi sur l'assurance-maladie en Suisse (LAMA, 1911, entrée en vigueur en 1914) ne prévoyait pas le principe d'un remboursement. Toutefois, celui-ci est mis en discussion dès la deuxième moitié du XX^e siècle, dans le cadre d'une réflexion globale portant sur des points essentiels du système de santé en Suisse, tout particulièrement les aspects touchant l'assurance-maladie. Après une première révision partielle en 1964, ce ne sont en effet pas moins de trois révisions de la loi qui sont entreprises, entre 1967 et 1984, par des commissions d'experts mandatées par le Conseil fédéral, modifiées et complétées au cours des débats parlementaires, puis soumises à votation populaire.

Thierry Delessert, avec la collaboration de Vincent Barras (photos: iStockphoto)

Ces propositions de modification portent essentiellement sur le mode de financement du système de santé helvétique, sur l'augmentation du catalogue de prestations, sur la maternité et la perte de gains, ainsi que sur le caractère obligatoire ou non de l'assurance. La question de la prise en charge des soins dentaires par les caisses maladie surgit dans les années 1970, avant d'être finalement partiellement intégrée dans l'actuelle LAMal. Dans cet article, nous retraçons les deux décennies où cette question est débattue au plan fédéral, lors des sessions parlementaires et dans les coulisses du Palais fédéral.

1974: Faut-il faire entrer les soins dentaires dans la constitution fédérale?

Le 8 décembre 1974, 41% des citoyen-ne-s suisses et l'ensemble des cantons refusent une double proposition (une initiative populaire et son contre-projet fédéral) de modification de l'article 34 de la constitution fédérale concernant la LAMA.¹ La première proposition est une initiative socialiste demandant une «meilleure assurance-maladie» lancée fin 1968, et rejetée par 1 010 103 non contre 384 155 oui. Les huit alinéas du texte constitutionnel soumis à votation visent à rendre obligatoire une assurance étendue des soins médicaux et pharmaceutiques (frais des consultations chez le médecin ou à domicile, soins hospitaliers, opérations chirurgicales et soins dentaires) selon un tarif déterminé à l'avance par le législateur. En outre, les maladies de longue durée et les accouchements sont totalement pris en charge par les caisses maladie et la perte de gains subie par les salarié-e-s correspond à 80% du dernier revenu perçu. Enfin, la prime individuelle est abandonnée au profit d'une cotisation paritaire entre salarié-e-s et employeurs-euses – estimée à quelques 3–4% – sur le modèle de l'AVS.²

Le contre-projet des autorités fédérales, refusé dans une proportion moindre (883 179 non contre 457 923 oui), rejoint l'initiative socialiste sur les questions des ponctions paritaires sur les salaires et de l'obligation d'assurance santé. Cependant, l'assurance n'y est obligatoire que pour les traitements hospitaliers, ainsi que pour les traitements onéreux et de longue durée (gros risques), et la cotisation paritaire est réduite de moitié. Les examens et les traitements ambulatoires sont maintenus sous le principe des primes individuelles facultatives soutenues par des subsides fédéraux et cantonaux.³ Le mode de financement par des cotisations également supportées par les employeurs rompt avec le particularisme suisse des primes assurancielles, et rapproche la Confédération du modèle adopté par les pays avoisinants. En effet, ce modèle s'inspire en grande partie de celui de l'Allemagne, adopté depuis 1883 par le chancelier Otto von Bismarck (1815–1898), et étendu à l'échelle de la République fédérale allemande d'après 1945. Le modèle dit «bismarckien», fondé sur la garantie d'une *universalité des soins* et d'un corporatisme entre les caisses maladie, les autorités publiques et le patronat, inspire en grande partie les développements des Etats providence d'après-guerre de l'Autriche, de la France et de l'Italie.⁴ Le contre-projet prévoit l'inclusion des soins dentaires dans le catalogue des prestations à gros risque des caisses maladie: le Conseil Fédéral estime en effet «(...) également qu'une assurance-maladie révisée devrait permettre l'assurance du traitement dentaire, vu l'importance de ce traitement pour la santé et ses conséquences financières pour les individus.»⁵ Toutefois, les prestations prises en charge diffèrent sensiblement entre les deux objets soumis à votation.

L'initiative populaire demande l'inclusion de la totalité des traitements dentaires dans l'assurance sociale; de leur côté, les autorités fédérales estiment qu'un tel système déresponsabiliserait les individus en étendant de façon démesurée le principe de *solidarité*, ce qui mènerait à une surconsommation des soins et à une explosion des coûts pour les caisses maladie. Pour son contre-projet, le Conseil fédéral se rallie aux conclusions d'une commission d'experts ad hoc – connues sous le nom de «modèle de Flims» – distinguant les «bons risques» de celles et ceux qui prennent soin de leur dentition, des «mauvais risques» de celles et ceux qui la négligent. En conséquence, la commission d'experts propose que seuls la chirurgie dentaire, les mesures analogues, et les examens de prophylaxie dentaire fassent partie des prestations obligatoires. Pour les traitements dentaires conservateurs et les prothèses, il est proposé de créer une branche facultative et spéciale d'assurance selon certaines conditions et jusqu'à un montant pré-déterminé.⁶

La prise en charge des soins dentaires marquerait une convergence helvétique avec le modèle en vigueur dans la plupart des pays européens: une couverture des soins dans certaines limites, en conformité avec la Convention n° 130 de la Conférence Internationale du Travail prévoyant leur assimilation aux traitements médicaux. Néanmoins, la commission d'experts ne se limite pas à entériner ce principe. Elle élabore un catalogue de traitements distincts, en tant que compromis entre les arguments d'équité sociale, d'encouragement de la prophylaxie, de limitation de la



Le mode de financement par des cotisations paritaires rompt avec le particularisme suisse des primes assurancielles, et rapproche la Confédération du modèle instauré en Allemagne par le chancelier Otto von Bismarck (1815–1898).

surconsommation et d'un risque de pénurie de médecins-dentistes consécutive à l'afflux de nouveaux patients. Aussi sont pris en charge par l'assurance générale un contrôle annuel de la dentition, y compris le détartrage, les radiographies et mesures analogues, la chirurgie dentaire, le traitement des parties molles de la cavité buccale et les médicaments prescrits par un médecin-dentiste. Relèvent en revanche de la branche facultative le traitement conservateur, c'est-à-dire les obturations, les traitements radiculaires et les prothèses dentaires. Le financement en est assuré par des primes individuelles, soutenues par des subventions fédérales. Les franchises des assuré-e-s peuvent aller jusqu'à la totalité des frais en cas de négligence constatée par un médecin-dentiste, par exemple en cas de non-traitement suite à un contrôle annuel. Enfin, l'orthodontie est exclue des prestations obligatoires et facultatives, au motif que la nécessité d'un tel traitement dépend en grande partie de vœux esthétiques personnels.⁷

Vers une réduction des prestations

Selon les autorités fédérales, le «modèle de Flims» répond à deux motions parlementaires: celle du sénateur démocrate-chrétien saint-gallois Paul Hofmann demandant d'assimiler aux maladies les affections dentaires graves, et celle du conseiller national démocrate suisse thurgovien Wilfried Naegeli recommandant la création d'une assurance séparée pour les soins dentaires. Cette dernière motion n'est pas complètement originale, et ne fait qu'entériner une pratique déjà en vigueur. Quelques compagnies d'assurance et caisses maladie offrent déjà à leurs patient-e-s de telles garanties, et la Société Suisse d'Odontostomatologie (SSO) mandate une commission chargée d'en étudier les conséquences et d'émettre quelques principes, approuvés en mars 1967 déjà. Ces principes portent essentiellement sur l'affirmation de la liberté du choix de médecin-dentiste et du procédé thérapeutique, sur le refus d'une forme de tarification préétablie et d'une baisse de la qualité des soins sous la pression des caisses maladie, et enfin sur la promotion de la santé odontologique du «peuple» par des mesures de prophylaxie.⁸ L'hygiène dentaire et les résultats des campagnes de prévention des caries menées les décennies précédentes (soins scolaires, fluorisation du sel, informations sur l'alimentation et l'hygiène dentaire, contrôles annuels) deviennent le fer de lance d'une campagne contre l'extension des couvertures assurancielles, obligatoire ou facultative, sous les mots d'ordre que «toute assurance sape indirectement la prophylaxie» ou que les maladies dentaires ne sont plus assurables («Zahnkrankungen sind nicht mehr versicherbar»)⁹ Forte de ces arguments, la SSO s'invite dans le couloir des pas perdus du Palais fédéral

lors des débats parlementaires sur l'initiative populaire et le contre-projet pour faire valoir ses points de vue.

Au cours des débats au Conseil des Etats en septembre 1973, le motionnaire Hofmann, alors rapporteur de la commission pré-parlementaire, fait siennes les notions d'une explosion incontrôlable des coûts en cas d'inclusion de l'ensemble des soins dentaires dans l'assurance-maladie et d'une injustice envers les autres cotisants nécessitant moins de soins en raison de leur bon comportement en matière d'hygiène et de prophylaxie. En outre, il nous apprend l'existence d'une réunion conjointe des médecins, des hôpitaux et des médecins-dentistes, dénommée *Allianz*, qui a présenté publiquement leurs propositions, tout comme la commission d'experts, peu de temps avant la première réunion de la commission parlementaire. Quelques propositions de l'*Allianz* sont alors intégrées dans le nouveau compromis présenté aux sénateurs.

Le médecin-dentiste et conseiller aux Etats radical zougais Othmar Andermatt se fait ensuite le porte-parole des intérêts de l'*Allianz*, en indiquant qu'elle est opposée tout autant à l'initiative socialiste qu'au contre-projet fédéral, car tous deux tendent à établir des tarifs unifiés et une planification plus stricte des soins. Au nom de la liberté individuelle contre un système étatisé, les fédérations des médecins (FMH), des hôpitaux (VESKA) et des médecins-dentistes (SSO) défendent le principe du maintien de la prime assurancielles individuelle et de la libre concurrence entre les prestataires de soins. En revanche, les subsides fédéraux seraient financés par une cotisation sur les salaires de moins de 1% afin de maintenir des primes abordables. Du point de vue des soins dentaires, l'*Allianz*, selon Andermatt, estime que 98% de la population souffrant de problèmes dentaires manque en réalité d'hygiène, et que ces patient-e-s ne peuvent pas être considéré-e-s comme des bons risques. Sur ce point, elle fait siennes les conclusions de la SSO corrélatant le déficit en hygiène dentaire et l'augmentation de la consommation de sucre avec les caries; Andermatt se rallie au modèle de différenciation des soins pris en charge selon le «modèle de Flims», mais milite pour une plus forte limitation des prestations.¹⁰

Intermédiaires et coulisses politiques

Ce lobbying parlementaire contre une révision en profondeur de l'assurance-maladie défend des positions connues depuis fin 1967 par les autorités fédérales. L'initiative socialiste n'est que le point culminant d'une série de demandes de révision émanant de la Conférence suisse des syndicats chrétiens, de l'Association suisse des invalides et de commissions fédérales en matière

d'AVS et d'AI, ainsi que le prolongement d'une initiative cantonale vaudoise demandant l'introduction d'une assurance-maladie obligatoire au niveau fédéral. En réponse à un questionnaire diffusé par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) auprès des associations économiques, politiques et sanitaires, et auprès des cantons, il ressort que la majorité de ces derniers se prononce en faveur d'une révision, tout comme les caisses maladies, les partis socialiste, indépendant et démocrate-chrétien, les syndicats et les organismes de politique sociale. Leurs arguments portent sur l'explosion des coûts constatée au cours des années 1960, sur la protection insuffisante des assuré-e-s contre les gros risques, sur



Faut-il faire entrer les soins dentaires dans la constitution fédérale?

la nécessité d'une assurance obligatoire, ainsi que sur l'absence de coordination entre les prestataires de soins et de tarification unique.

S'y opposent toutefois les cantons de l'est du pays et de Berne, la FMH, la VESKA et la SSO, les partis radical, paysan-artisan-bourgeois (PAB) et démocrate suisse, ainsi que l'ensemble des associations patronales. Leur alliance porte principalement sur la non-introduction de l'obligation d'assurance et le maintien d'un financement par des primes individuelles, voire l'introduction d'un système de franchise modérant fortement la surconsommation projetée sur les patient-e-s.¹¹ La SSO, qui n'a pas été directement questionnée par le DFI, fait parvenir ses réponses via la Conférence des professions libérales. Elle s'oppose au principe de l'obligation d'assurance en général, en arguant du danger d'une baisse de la qualité des soins en cas d'une fixation étatique des tarifs et, en tant qu'instance représentative d'employeurs,



«Mon ami, la santé débute dans la bouche et s'achève dans la porte-monnaie»¹⁸

s'oppose à des cotisations sociales paritaires. De manière générale, la SSO milite en faveur de mesures de prévention des caries étendues et du libre exercice de la profession. En outre, et conformément au point de vue des collègues médecins, une participation des patients – partielle ou complète selon leurs classes de revenus – est jugée nécessaire afin de promouvoir des comportements hygiéniques adéquats, aux noms de la responsabilité et de la prévoyance personnelle.¹²

Fortement influencé par l'*Allianz*, le Conseil des États adopte une nouvelle formulation pour le contre-projet fédéral. Celui-ci stipule désormais que l'assurance-maladie garantit des prestations «de prophylaxie au sens général», plaçant ainsi la prévention de toute forme de pathologie comme un objet d'assurance, et des prestations en cas «de maladie, y compris certaines affections dentaires.»¹³ Cette formulation permet de limiter les soins pris en charge et pré-tarifés dans une future loi d'application, ce qui, selon Andermatt, permettrait d'alléger la facture sociale de quelque 300 millions de francs.¹⁴ Quelques voix critiques se font entendre lors de la session d'automne 1973 au Conseil national, même si elles accèdent aussi l'idée du fardeau social imposé par des individus négligeant leur dentition. Ainsi, le député communiste vaudois Armand Forel estime que les examens périodiques et les moyens de conservation, puis de prothèse en cas d'échec, ne sont pas un luxe et doivent être tarifés au niveau national. La question du tarif serait donc la principale raison de l'entente entre médecins et méde-

cins-dentistes.¹⁵ Dans la même veine, la conseillère nationale socialiste valaisanne Gabrielle Nanchen expose que le problème se situerait davantage à un niveau financier que social: médecins, médecins-dentistes et hôpitaux redoutent de ne plus disposer de la même liberté pour établir leurs factures, et les associations patronales s'élèvent contre l'excès de charges sociales résultant d'une cotisation paritaire sur le revenu des salarié-e-s. Enfin, les milieux médico-hospitaliers projeteraient une surconsommation des soins par les classes sociales moins favorisées en cas d'obligation d'assurance. Selon Nanchen, leur comportement entraîne, sur le plan de la dentition tout particulièrement, une tendance à une sous-consommation par manque de moyens financiers, pouvant entraîner des frais d'autant plus importants pour l'assistance sociale.¹⁶

Une double issue fatale

Le contre-projet n'est adopté qu'après une intense discussion sur le mode de financement du système de santé suisse. Conformément à leurs positions originelles, les associations patronales et leurs alliés radicaux et libéraux lancent une campagne du double non à l'initiative et au projet fédéral. Quant à la SSO, elle milite auprès de ses membres contre l'initiative populaire, mais soutient le contre-projet en estimant que ses vœux en faveur d'une responsabilisation des patients y sont pris en compte, agissant ainsi de manière plus socialiste que le Parti socialiste, en contribuant à un endiguement des coûts causés par les

mauvais risques et à une limitation du taux des cotisations sociales paritaires.¹⁷

Suite au rejet des deux projets de modification constitutionnelle, la LAMA de 1911 est maintenue, et les soins dentaires demeurent exclus des prestations de l'assurance maladie de base facultative. Néanmoins, 35 interventions parlementaires demandent des adaptations du catalogue de prestations sur toutes sortes de pathologies entre 1975 et 1980. En 1981, le Conseil fédéral présente un nouveau projet sur la base de la disposition constitutionnelle existante. Son sort sera présenté dans le prochain article.

¹ *Feuille Fédérale*, 1975 I, 484–489.

² *Feuille Fédérale*, 1973 I, 926–927.

³ *Feuille Fédérale*, 1973 I, 936–937.

⁴ Voir Elke Jakubowski/Rienhard Busse, *Les systèmes de santé dans l'UE – étude comparative* (Luxembourg 1998); Denis-Clair Lambert, *Les systèmes de santé – analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels* (Paris 2000).

⁵ *Feuille Fédérale*, 1973 I, 930.

⁶ *Feuille Fédérale*, 1973 I, 929–930 et 944.

⁷ *Rapport de la commission fédérale d'experts chargée d'examiner un nouveau régime d'assurance-maladie du 11 février 1972*, 164–169.

⁸ *Bulletin professionnel de la SSO*, 45, 6, 1967, 189–190.

⁹ *Bulletin professionnel de la SSO*, 50, 6, 1972, 323–325.

¹⁰ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil des Etats*, séance du 25.9.1973, 528–532.

¹¹ *Rapport de la commission fédérale...* (voir note 7), 42–45.

¹² *Bulletin professionnel de la SSO*, 47, 2, 1969, 61–68. Lire au sujet de la politique générale de la SSO l'excellente synthèse de Bernhard C. Schär, «Karies, Kulturpessimismus und KVG. Zur Geschichte der Zahnmedizin in der Schweiz», *Traverse. Zeitschrift für Geschichte*, 15, 2008, 99–116.

¹³ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil des Etats*, séance du 25.9.1973, 545.

¹⁴ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil des Etats*, séance du 25.9.1973, 553.

¹⁵ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil national*, séance du 26.11.1973, 1437–1438.

¹⁶ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil national*, séance du 27.11.1973, 1447–1448.

¹⁷ *Bulletin professionnel de la SSO*, 52, 11, 1974, 491–493.

¹⁸ Erich Heinrich, *Der Zahnarzt in der Karikatur* (München 1980) 151.

Entre impuissance et reconstruction

Une fois posé, le diagnostic «cancer» marque profondément l'existence, non seulement de la personne concernée, mais de tout son entourage. Ce sont en Suisse plus de 35 000 personnes qui sont touchées chaque année. Plus de 15 000 patients en meurent. Grâce aux succès de la recherche et aux considérables progrès réalisés dans le diagnostic et la thérapie précoces, ce sont maintenant près de la moitié des patients atteints d'un cancer qui peuvent être traités avec succès. Entretien avec Delia Schreiber, psychologue.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: iStockphoto)

En 1910, le diagnostic de cancer était pratiquement toujours synonyme de condamnation à la peine capitale. Malgré tous les progrès de la médecine, le cancer n'avait pas perdu de la crainte qu'il inspirait au cours des cent dernières années. Aujourd'hui, le cancer devient de plus en plus une maladie chronique et nombreux sont les malades qui ont appris à vivre avec elle. De nombreux aspects de cette maladie ont toutefois connu des changements fondamentaux: le tabou a été brisé, petit à petit. La compréhension scientifique a été révolutionnée, l'éventail des thérapies s'est élargi et l'encadrement des patients s'est à la fois développé et professionnalisé.

RMSO: «En 1956, le Président de la Ligue nationale suisse pour la lutte contre le cancer et la recherche a reconnu que le cancer n'était pas seulement un problème médical, mais aussi un problème social. Qu'en pensez-vous?»

Delia Schreiber: «En ce temps-là, le fait de l'avoir admis et reconnu était déjà un considérable pas

en avant. Aujourd'hui, je me demande sur quoi va déboucher cette reconnaissance. Comme par le passé, les moyens sont accordés avec parcimonie à l'étude de thèmes psychosociaux, à l'opposé de ce qui se fait en faveur de la biochimie.»

«A quels thèmes psychosociaux pensez-vous? L'oncopsychologie traite cependant déjà de la question de ce qui est nice to have et de ce qui repose sur des preuves scientifiques?»

«Avec les progrès réalisés par la recherche moderne sur le cerveau, on devrait par exemple reprendre à zéro toute la question d'une longue durée de survie de patients atteints d'un cancer, dans le contexte d'interventions déterminées de nature psycho-éducative. Nous sommes ici en plein changement de paradigme. La psychologie sera chamboulée de fond en comble par les découvertes de la neurologie faites ces dernières années. Sans ces connaissances nouvelles, à mon avis, la psychologie et l'oncopsychologie ne seraient plus sérieuses. Nous sommes en terrain

tout nouveau pour aborder autrement ces questions, alors que les données accumulées jusqu'à présent ne sont plus aussi pertinentes.»

«Une maladie chronique, c'est un peu comme un hôte indésirable qui s'incruste. On ne s'en débarrassera plus. Que faut-il faire alors?»

«L'image est séduisante. On peut toujours mettre à la porte un hôte indésirable. Une maladie chronique reste à l'infini. Le patient et ses proches doivent donc répondre au défi et intégrer l'intruse dans leur cadre de vie. C'est l'un des premiers pas à accomplir, une fois encaissé le choc du diagnostic: admettre la présence de la maladie. «Eh oui, j'ai le cancer», «Eh oui, mon mari a un cancer». Ce n'est qu'après que notre fameux *shared-informed-decision-making* deviendra possible. Tant que j'ignorai la méchante tante Elise, je ne pourrai pas la mettre au placard. La plupart des patients font ce pas d'eux-mêmes dans les quelques jours qui suivent le diagnostic de la maladie. Parfois, un patient ou l'un de ses proches a besoin d'une aide ciblée sous la forme d'un entretien empathique au cours duquel sera acceptée et admise cette nouvelle et terrifiante réalité.»

«Ce diagnostic effrayant est incontournable. Que doivent faire les patients afin que leur volonté soit respectée et pour qu'ils soient traités avec empathie?»

«Les soignants doivent les aborder avec bon sens et conscience de soi. L'approche des premières interventions dans le traitement du cancer revêt une importance considérable. Ceci veut dire que le patient et ceux qui l'accompagnent dans la maladie, sans omettre le médecin lui-même, doivent se poser quelques questions délicates. C'est à cette aune que se mesurera l'humanité du médecin et toute la confiance qu'il sera possible de lui accorder. Exemples de quelques-unes de ces questions:

- *Le diagnostic que vous avez posé est-il confirmé? Dans mon cas, y a-t-il d'autres examens que l'on pourrait faire?*
- *Etes-vous un spécialiste de ce type de tumeurs?*
- *Quels sont les risques à long terme et les effets secondaires de ce traitement?*
- *Quand vous dites que ce traitement prolongera de 50% mon espérance de vie, vous parlez d'années, de mois, ou bien de semaines?*
- *Quelles sont les alternatives au traitement que vous proposez?*
- *Qui va m'opérer? Combien de fois chaque année ce chirurgien opère-t-il ce genre de cancer?*
- *Qui me recommandez-vous pour une deuxième opinion?*
- *Vous comprendrez que c'est là une question très importante dans ma vie. Il me faut du*



Dans la maladie, c'est le malade qui est l'expert pour lui-même.

temps. Seriez-vous d'accord que je ne me fasse opérer que dans deux semaines environ? J'aurai eu le temps de m'habituer à cette nouvelle situation.»

«Mais le patient n'a pas que des droits. Il doit être bien conscient qu'il a également des obligations vis-à-vis de ceux qui le soignent. Il devrait ainsi être évident qu'il se prépare aux consultations, qu'il formule ses préoccupations avec précision. Il doit aussi se demander si le médecin est bien le bon interlocuteur. Malheureusement, une attitude ouverte et correcte vis-à-vis du médecin ne va pas toujours de soi. Il est indispensable, ne serait-ce que dans le contexte de la prise des médicaments, qu'il ne dise pas seulement ce qui lui paraît socialement acceptable, mais aussi qu'il dise la vérité.»

«Les maladies sont aussi parfois le piège de la pauvreté. Comment peut-on se protéger, se distancer des soucis financiers résultant du cancer?»

«Ce qui vaut ici, c'est ce qui s'applique à toutes les autres situations de la vie financièrement précaires: il faut s'adresser le plus tôt possible à un professionnel qui aidera à mettre les finances en ordre et qui pourra prodiguer ses conseils. Il va de soi qu'il n'y a pas lieu de jeter l'argent par les fenêtres!»

Traite l'autre comme tu voudrais que l'on te traite!

«Aujourd'hui encore, on rencontre toujours des médecins qui ont toutes les peines du monde à percevoir comment la maladie peut affecter la vie quotidienne et faire une torture des interventions les plus simples. Comment le patient peut-il obtenir un appui médical pour ces soucis pratiques?»

«Je ne pense pas que le problème soit que le médecin ne s'en rende pas compte. Le plus souvent, il n'a tout simplement pas le temps de s'occuper de ces aspects. Ici aussi se pose la question de savoir où commence le rôle du médecin et jusqu'où il va. C'est au patient qu'il incombe de se demander si la question est réellement du ressort du médecin. Peut-être est-elle de la compétence de la physiothérapeute? D'un coach, d'un collaborateur de l'assurance, d'un appui spirituel?»

«En fin de compte, pour la relation patient-médecin, il en va comme pour toutes les interactions humaines: traite l'autre comme tu voudrais que l'on te traite toi-même. Le médecin, c'est l'expert de la maladie dans le patient. Mais c'est le patient qui est lui-même l'expert dans sa maladie. Les malades devraient toujours s'y tenir. Il est d'un grand secours de consigner mes préoccupations par écrit et, si nécessaire, d'en faire courageuse-



«What is the justification for introducing a treatment that might enable one individual to live a few months longer, but will consume, for each person treated, the total yearly health expenditure for scores of their fellow citizens?» *Cancer Research in the global village. Lancet 2010; 376: 659-660.*

ment la lecture lorsque je n'ai plus la force de m'imposer face à une personne en blouse blanche, ce qui arrive à de nombreux patients ...»

«Les maladies graves affaiblissent, aussi bien physiquement que psychiquement. Elles modifient le rythme habituel de la vie. Comment faire face à ces sombres pensées qui menacent?»

«On pourrait tout simplement rejeter tout ce qui est négatif. Au-delà de Freud, des études indiquent que ce n'est pas la plus mauvaise manière de gérer un cancer. Ou bien on peut regarder en face la crise qu'est la maladie et choisir volontairement le rôle du héros qui va se battre. Il arrive

toutefois souvent, même avec les meilleures stratégies, qu'il n'y ait pas d'échappatoire. Nombreuses en effet sont les tumeurs qui exercent une influence sur le fonctionnement des neurotransmetteurs. De plus, une chimiothérapie peut affecter les processus cognitifs. La fatigue aussi joue un rôle négatif lorsque l'on tente de garder sa bonne humeur. Il est recommandé, ici également, de rechercher aussi rapidement que possible l'aide de professionnels, surtout si l'on se sent abattu ou accablé de sombres pensées. Les antidépresseurs peuvent être d'un grand secours pendant le traitement d'un cancer. Mais ce n'est pas la panacée. Des chercheurs de pointe en oncopscychologie recommandent un *depression*

Du tabou au débat

100 ans de lutte contre le cancer en Suisse: 1910-2010

Une plaquette anniversaire aborde pour la première fois dans sa totalité historique la lutte organisée contre le cancer en Suisse, de 1910 à 2010. L'ouvrage examine l'évolution des possibilités de traitement, l'institutionnalisation de la recherche sur le cancer ainsi que les activités d'information et de prévention de la Ligue suisse contre le cancer au fil du temps. Il éclaire les changements qu'ont subis les relations avec les patient-es et leur statut. D'autres sujets abordés portent sur les représentations et imaginations associées au cancer, souvent effrayantes, ainsi que sur le tabou qui a si longtemps régné autour de cette maladie. Le livre illustre comment la Ligue contre le cancer est passée d'une petite association de médecins spécialistes à une organisation à but non lucratif professionnelle, active dans les domaines de la politique de la santé et de la politique de la science. L'ouvrage est accompagné du film «Le cancer peut se guérir» sorti en 1953, un documentaire très complet à l'intention du grand public, témoin convainquant de l'approche de la maladie à cette époque.

screening standard pour les patients atteints d'un cancer. En effet, des études ont montré que les malades dépressifs traités profitent considérablement lorsque des psychotropes facilitent la compliance dans certains cas. Ils peuvent ainsi apporter leur contribution à l'optimisation de leur traitement médicamenteux.»

J'aimerais bien que ...

«Les patients souffrant de maladies graves ou douloureuses et dont l'issue est fatale se sentent abandonnés, trahis, impuissants, exclus. Comment doivent agir les plus proches, impuissants eux-aussi à chasser la maladie?»

«Pour les proches, le pire est le sentiment d'impuissance, de ne rien pouvoir faire. Mais ils peuvent tellement! Le patient aussi est mis au défi: «Tu devrais m'aider un peu plus pour le ménage.» On l'entend souvent et l'on est dépassé. Plus la formulation est concrète, meilleurs sont les résultats: «Je voudrais bien que tu m'aides à ranger la cuisine après le repas. Je suis tellement fatigué. Et puis, j'aimerais bien que tu apportes les chemises à laver à la blanchisserie.» Quand les patients distribuent de petits travaux valorisants, cela contribue énormément à ce que leurs proches aient le beau rôle et n'aient pas mauvaise conscience. De plus, il est plus facile pour les proches de s'accorder un peu de temps libre de temps à autre et de gérer leurs intérêts et occupations propres. Pour le patient aussi, il importe de garder des forces pour accomplir cette mission difficile: prendre soin de soi-même.»

«Et si le cancer te fait peur ..., écrit à un confrère Bernhard Wenger, lui-même atteint d'un cancer. Comment garder de bons contacts, malgré ses peurs personnelles?»

«En ne laissant pas trop de champ libre à ses émotions. Par exemple, on peut s'accorder un certain temps pour s'occuper de ses craintes, colères, tristesses. Fixer un rendez-vous à ses émotions. Le noter dans son agenda. Pendant ces deux heures, les émotions ont le champ libre. En dehors de ce temps-là, elles seront ignorées. Cela peut paraître un peu technique, mais ça fonctionne dans la plupart des cas. Encore mieux: traiter les émotions négatives avec l'aide d'un professionnel. On peut ainsi s'en tenir largement à l'écart, ce qui ne veut pas dire que l'on ne peut pas parler de ses peurs à des amis proches. Comme toujours, c'est une question du bon dosage ...»

«Du tabou au débat: tel est le titre de l'ouvrage historico-médical de la Ligue suisse contre le cancer. A quel point les soins palliatifs dépendent-ils de la disparition du tabou?»

«Je connais une patiente qui, en 2010 et quelques jours seulement avant sa mort, ne se voyait pas prescrire suffisamment d'antidouleurs avec l'argument impayable que l'on ne voulait pas qu'elle en devint dépendante. De plus, dans certains hôpitaux, il est encore fréquent de faire absorber autant de liquide que possible aux patients. Or un mourant cesse de boire. La déshydratation rend la mort moins pénible. Mais, à mon avis, la racine du mal est bien plus profonde: notre société fait de la mort un tabou, encore et toujours. Comment quelqu'un pourra-t-il vivre sa propre mort s'il n'a jamais abordé le sujet en dehors de sa maladie? Comment un mourant pourra-t-il laisser la mort faire son œuvre alors qu'il n'a jamais abordé le sujet de son propre caractère éphémère? Quand mes parents étaient encore des enfants, ils ont vécu la mort d'un membre de leur fratrie. Une spiritualité vécue ensemble ramenait toujours à la mort du moment et à la mort de demain. Autrefois, les morts étaient exposés à la maison. On pouvait ainsi en prendre congé et surmonter ses craintes. Nous nous privons de beaucoup de choses avec la mort stérile et à distance. Nous nous privons de la possibilité d'ouvrir des passages neurobiologiques vers notre propre future mort. C'est un défi pour nous tous: famille, école, éducation à la santé, art, culture et médias, bien évidemment.»

Organisations d'entraide

Le seizième président des Etats-Unis, Abraham Lincoln, l'a dit: «On n'aide personne lorsque l'on fait pour eux ce qu'ils pourraient faire eux-mêmes.» C'est le point de vue que défendent également les organisations d'entraide. Ces rassemblements volontaires, souvent informels, ont pour activités l'encadrement en commun de maladies, de problèmes de nature psychique ou sociale qui les touchent, eux-mêmes ou leurs proches. Ils sont devenus des partenaires importants de la desserte médicale de la population.

Leur activité n'a pas de but lucratif. Leur objectif, c'est de faire évoluer leur cadre de vie et, souvent aussi, d'agir sur leur environnement social et politique. Leurs réunions, souvent hebdomadaires, soulignent l'authenticité, l'égalité des droits, le dialogue et l'aide réciproque.

L'aide à soi-même au travers d'un groupe, l'entraide en Suisse et en Allemagne ont évolué de plus en plus au cours des trois dernières décennies, en passant d'un mouvement d'émancipation et de critique de la médecine au rôle d'un acteur à la fois reconnu et compétent dans le contexte des soins médicaux. Dans l'optique du système de santé, nul doute que l'avenir de l'entraide réside dans la poursuite de son intégration qui permettra de tirer parti de tous ses potentiels. Ils couvrent en fait une contribution subsidiaire à la desserte médicale reposant sur les compétences «vécues et subies» des personnes directement concernées. On peut également s'attendre à une contribution de la part des personnes impliquées à l'optimisation du système en raison de l'expérience et des connaissances sur les forces et les faiblesses de notre système de santé, accumulées par leurs groupements, organisations et associations.

Certes, l'intégration de l'entraide ne résoudra pas à elle seule les problèmes de notre système de santé. La contribution qu'elle pourra apporter reste encore à définir. Les expériences faites à ce jour et les résultats de la recherche sont toutefois très prometteurs. La mission historique des organisations d'entraide comme donneurs d'impulsions pour une plus grande ouverture du système médical aux aspects psychiques et sociaux semble toutefois avoir été accomplie dans une grande mesure.

Pour aménager soi-même sa vie dans des périodes de faiblesse et de vulnérabilité, je recommande vivement la lecture du tout dernier recueil de conseils du *Beobachter* intitulé «Plötzlich Patient». C'est un ouvrage qui éveillera et confortera vos aptitudes à vous aider vous-même.



Comprendre ce que vit une personne, comprendre comment pourrait être la vie telle qu'elle la perçoit; c'est cela l'empathie.

Pression des coûts et sens de l'équité

Avec le vieillissement de la population et les exigences croissantes auxquelles la médecine doit répondre, le système de santé voit ses moyens fondre à vue d'œil. A quelles prestations peut-on renoncer?

Ori Schipper (photo: iStockphoto)*

Les indicateurs sont au rouge. L'enjeu: rien moins que l'avenir de notre système de santé. Si l'on en croit les estimations préoccupantes d'Hélène Jaccard Ruedin de l'Observatoire suisse de la santé, par exemple, deux millions de retraités vivront en Suisse dans vingt ans, c'est-à-dire presque le double d'aujourd'hui. Des résultats que la chercheuse a présentés dans le cadre d'un congrès organisé par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), intitulé «La médecine pour qui?». Pour ses travaux, elle s'est basée sur l'évolution démographique et l'espérance de vie moyenne. Plus ils vieillissent, plus les gens vont chez le médecin. Dans le même temps, les jeunes praticiens en formation sont de moins en moins nombreux à vouloir ouvrir un cabinet de généraliste. Entre la demande croissante et la baisse de l'offre, estime la chercheuse, c'est un énorme fossé qui est en train de se creuser, au point qu'en 2030, dix millions de consultations risquent de faire défaut. Dans le domaine des soins, les besoins vont aussi connaître une augmentation allant de 25 à 40%.

Mais Hélène Jaccard Ruedin reste optimiste. Pour répondre aux exigences croissantes de la population, elle juge qu'il faudra renforcer la capacité de cette dernière à se gérer et adapter la prise en charge des malades. On pourrait, par exemple, s'inspirer du modèle des pays scandinaves où un personnel infirmier spécialement formé décharge les cabinets médicaux. «Nous avons tout juste commencé à chercher de nouvelles voies pour la prise en charge des malades chroniques, rappelle-t-elle. Nous en trouverons certainement.» L'économie de la santé qui se préoccupe notamment de la hausse des coûts est elle aussi en quête de nouvelles voies. L'augmentation des besoins et des exigences vis-à-vis de la médecine ont fait que le secteur de la santé s'est hissé au rang de deuxième secteur économique à l'échelle mondiale. En Suisse, le système de santé coûte 55 milliards de francs par an. Ce sont les ménages qui couvrent la majeure partie de ces dépenses sous forme d'impôts, de paiements directs ainsi que de primes d'assurance-maladie qui augmentent chaque automne.

Reconnaître les limites

Mais les moyens fondent à vue d'œil. Le politique est déjà contraint d'envisager de restreindre les

prestations et de réfléchir à des questions de répartition. Comme le montre le rapport «Rationnement au sein du système de santé suisse» rédigé par un groupe de travail de l'ASSM, la question n'est plus de savoir comment nous pouvons éviter ou contourner le rationnement – c'est-à-dire la limitation de l'accès à des prestations médicales utiles – mais de reconnaître les limites du système et de les fixer aussi équitablement que possible.

Pour Georg Marckmann, professeur à l'Institut d'éthique et d'histoire de la médecine à l'Université de Mannheim (Allemagne), il n'est pas question de laisser le libre marché régler le problème. Car comme il l'a montré lors du congrès de l'ASSM, dans le secteur de la santé, celui-ci ne fonctionne pas: un patient en urgence qui a besoin d'aide n'a ni l'occasion ni le loisir de comparer les prestations pour faire son choix. Selon le chercheur, certains motifs éthiques plaident cependant pour un rationnement aussi équitable que possible. Il propose de commencer par là où cela fait le moins mal. Avec ses partenaires de recherche, il a ainsi mis au point des «lignes directrices sensibles aux coûts». Ces dernières fixent explicitement qui sont les patients qui profiteraient seulement de façon minimale des traitements coûteux et les raisons pour lesquelles ces derniers devraient se reporter sur des options moins coûteuses. En tant que prescriptions contraignantes, ces lignes directrices peuvent aider le médecin à prendre des décisions difficiles.

Lorsque le praticien tente de concilier la pression des coûts et son sens de la justice, il se retrouve sur une sorte d'îlot moral. «Alors que nous sommes prêts à accepter des différences de salaires de facteur cinquante et plus, les différences en matière de qualité des traitements et des soins nous inquiètent beaucoup plus. Elles ne seraient tout simplement pas acceptées dans de telles proportions», argue Samia Hurst, professeure boursière du FNS à l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Genève. Raison pour laquelle la discussion sur la médecine à deux vitesses devient émotionnelle dès que se profile le moindre signe d'inégalité.

Car en fin de compte, le rationnement des prestations médicales touche aux droits fondamentaux d'un être humain. La Constitution fédérale garantit non seulement le droit à la vie, mais aussi l'égalité de traitement en interdisant la discrimination du fait de l'origine, de l'âge, du sexe, de la religion ou de convictions. La marge d'appréciation des médecins est toutefois considérable lorsqu'ils doivent, par exemple, décider de poursuivre ou non le traitement d'un patient gravement malade. «Il n'existe pas d'unanimité sur la notion d'inutilité médicale», relève Stella Reiter-Theil, professeure d'éthique médicale et de la

* Cet article est paru dans *Horizons* n° 87 (décembre 2010). *Horizons*, le magazine suisse de la recherche, peut être abonné gratuitement sous www.snf.ch.



Le politique est déjà contraint d'envisager de restreindre les prestations et de réfléchir à des questions de répartition.

santé à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle.

Eviter les inégalités

Avec son équipe et ses collègues des soins intensifs, des urgences gériatriques et de chirurgie viscérale, cette chercheuse a mis au point un «instrument éthicoclinique», la directive METAP (*modular ethical treatment allocation process*). Celle-ci entend aider médecins et soignants à clarifier certaines questions éthiques de façon systématique et fiable, afin d'éviter des inégalités

de traitement injustifiées. «Cela permet de prendre des décisions éthiques difficiles de façon moins subjective», explique l'éthicienne.

Comme aide au quotidien, on y trouve par exemple des check-lists servant de base à une décision d'interruption de traitement. Des schémas sur la façon dont les médecins peuvent échanger leurs impressions lorsqu'ils discutent d'un cas ont également été résumés dans un dépliant qui tient dans la poche d'une blouse de soignant. Par ailleurs, dans toutes les cliniques qui ont introduit METAP, un groupe de pilotage est chargé de

compulser l'épais manuel avec les fondements empiriques et juridiques des décisions thérapeutiques.

Au-delà des décisions sur les cas individuels, METAP pourrait permettre de mettre en évidence certaines lacunes structurelles et certains problèmes fondamentaux. Mais l'impact de l'introduction à grande échelle de cet instrument sur l'évolution des coûts de la santé doit encore être étudié. «Nous ignorons si des patients sont trop ou trop peu traités en Suisse et, le cas échéant, de qui il s'agit», admet Stella Reiter-Theil.

Sans discrimination ni avilissement

Les normes CSIAS apportent de la clarté dans les objectifs poursuivis lors du traitement des destinataires de l'aide sociale et des prestations complémentaires. Elles contribuent à éviter les inégalités de traitement. Etant donné que les désirs s'écartent souvent des possibilités, il faut beaucoup de doigté dans le dialogue avec ce groupe de patients. C'est pourquoi notre rédactrice a demandé quelle était la bonne façon de procéder au président des médecins-dentistes cantonaux, le D^r méd. dent. Peter Wiehl.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: iStockphoto)

Dans le débat autour de la politique de la santé, ce sont à l'évidence les modèles d'inspiration économique qui dominent. On court le risque que ceci mette à mal une confiance dont les racines culturelles sont profondes et qui est indispensable à la relation entre le médecin et ses patients. Tel est l'avertissement que formule la sociologue Marianne Rychner. Elle a analysé dans sa thèse la logique de l'action médicale. Comme les patients des médecins-dentistes suisses paient en général eux-mêmes leurs factures, ils sont autonomes dans le choix de leurs traitements. Par contre, lorsque c'est le secteur public qui assume les coûts, c'est-à-dire les contribuables, il y a des normes claires posées par la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) pour le concept et le calcul de l'aide sociale. La plupart des cantons appliquent ces normes au versement de leurs aides sociales.

Ces normes assistent le médecin-dentiste dans l'élaboration d'un plan de traitement individualisé, à la fois efficace, pertinent et économique. C'est un défi à relever que de prodiguer un traitement optimal malgré des moyens limités et, peut-être, des exigences exagérées de la part des patients. Ils sont nombreux à se sentir rabaissés par l'abandon de leur statut social. Le seuil d'irritation est donc très bas...

RMSO: «Les patients qui bénéficient de l'aide sociale ou des prestations complémentaires souhaitent, comme tous les autres

patients, être soignés rapidement et comme le sont tous les autres. Comment le médecin-dentiste traitant doit-il informer ces patients afin qu'ils ne se sentent ni rabaissés, ni mal traités?»

D^r méd. dent. Peter Wiehl: «Dans un cabinet dentaire, tout patient est accueilli avec autant d'amabilité et d'empathie, quel que soit son statut social et sa solvabilité. C'est ensuite que viennent les différences, sans discrimination ni rabaissement.»

«En quoi les traitements se différencient-ils?»

«Le traitement des patients bénéficiaires de l'aide sociale et des bénéficiaires de prestations complémentaires répond aux impératifs d'efficacité, de pertinence et d'économicité. Ceci veut dire qu'il n'y a pas de place pour des désirs particuliers ni pour des traitements alternatifs. Ne sera fait que ce qui est nécessaire du point de vue médical, avec des moyens simples. Ainsi, dès le début du traitement, le patient doit faire connaître son statut social et indiquer qui va assumer les coûts du traitement. Sinon, il devra lui-même assumer les frais supplémentaires ou à double. Le médecin-dentiste doit donc se renseigner. Normalement, commence alors une procédure de planification et d'autorisation des frais qui dure parfois plusieurs semaines. Après un traitement antalgique initial et indépendamment de la question des garants, on pose pour chaque patient un



D^r méd. dent. Peter Wiehl

diagnostic précis et l'on définit la planification de la thérapie. Un devis est établi chaque fois que l'on est en présence d'un tiers payant, quel qu'il soit. Pour tous ces patients, il faut attendre l'acceptation du devis par les assurances ou par l'aide sociale, ce qui peut être long selon les cantons et la charge de travail. Nul ne doit de ce fait se sentir discriminé ni rabaissé.»

«Les normes CSIAS¹ font la distinction entre deux phases de traitement (chapitre H.2):

– Mesures initiales qui ne peuvent être remises à plus tard: mesures urgentes et traitement antalgique permettant au patient de mastiquer sans douleur. Ce but peut être atteint par des interventions simples, au besoin provisoires (sans qu'il faille établir un devis au préalable).

¹ La Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) émet les normes dites «Normes CSIAS» qui sont appliquées dans la plupart des cantons pour le calcul et le versement de l'aide sociale. Les chapitres A.6, B.4.2 et H.2 régissent les traitements de médecine dentaire. On peut consulter les normes CSIAS sur le site www.skos.ch.



Etant donné que les désirs s'écartent souvent des possibilités, il faut beaucoup de doigté dans le dialogue avec ce groupe de patients.

– Mesures secondaires: assainissement, suite du traitement. La capacité de mastication est définie en tant qu'adaptation fonctionnelle. Normalement, il doit y avoir au moins dix paires de dents antagonistes fonctionnelles.»

«Comment le médecin-dentiste doit-il procéder lorsque la compliance des patients est déficiente et qu'il en résulte une détérioration de leur santé buccodentaire?»

«Dans cette situation, le patient se trouve dans la phase du traitement dite 'd'attente', ce qui signifie que la collaboration active du patient à sa santé orale pendant une période contrôlée de dix-huit mois n'est pas assurée. De ce fait, les étapes de planification sont les suivantes:

- *Traitement de la douleur*, normalement par l'extraction de la dent qui provoque la douleur. Exceptionnellement: traitement radiculaire pour les dents stratégiquement importantes ou en présence d'une dentition antérieure complète, plus obturation ou reconstitution en composite.
- *Restauration du volume dentaire* par des mesures provisoires à long terme (obturations en verre ionomère, prothèses à crochets en fil d'acier, entre autres). Exceptionnellement: obturations définitives au composite sur quatre dents stratégiques au maximum.
- *Programme intensif d'hygiène*: fluoruration, motivation du patient à assumer la responsabilité de sa santé orale.

Lorsque le médecin-dentiste peut attester la collaboration active et efficace du patient à sa santé orale pendant une période contrôlée sur les dix-huit derniers mois, commence la phase de traite-

ment dite 'd'assainissement'. Le médecin-dentiste confirme cette phase par une attestation. Son attention est attirée en particulier sur le fait que de fausses attestations, ou des attestations de complaisance, sont susceptibles d'entraîner des mesures de police de la santé et relevant du droit de surveillance (dénonciation, exclusion de la médecine sociale, etc.)»

«Avez-vous des exemples d'attestations de ce type?»

«En voici:

L'hygiène buccale n'est pas assurée

L'hygiène buccale n'est pas assurée chez M. XY. Le traitement de la douleur par l'extraction d'une dent est indispensable.

L'hygiène buccale est partiellement assurée

Actuellement, l'hygiène buccale n'est que partiellement assurée chez M. XY. Est indiquée l'instruction aux soins buccodentaires systématiques et une surveillance sur les dix-huit prochains mois. Le patient a donné son accord dans le but d'instaurer une bonne hygiène buccale.

L'hygiène buccale est assurée

Au cours des dix-huit derniers mois, j'ai contrôlé personnellement à trois reprises l'hygiène buccale de M. XY. Celui-ci a compris qu'une bonne hygiène buccale est déterminante pour la santé orale et celle de ses dents restantes, respectivement la pérennité d'une prothèse de longue durée. Je peux attester aujourd'hui de sa bonne collaboration et d'une bonne hygiène buccale.»²

«Le patient doit donner son accord à la levée du secret médical entre le cabinet dentaire et l'office de l'aide sociale. Les patients ne se sentent-ils pas traités injustement de ce fait?»

«En principe, chaque patient-e doit donner son accord pour qu'un devis puisse être envoyé à une assurance. Cette indication figure souvent dans les conditions générales d'assurance. Parfois aussi, ceci est considéré comme allant de soi. Dans les cliniques dentaires publiques, le nouveau questionnaire de santé valable pour tous les patients contient le passage suivant:

Je donne mon accord pour que les données ou diagnostics contenus dans mon dossier médical, y compris radiographies et photographies, soient communiqués en copie ou en tirages dans le but d'information ou d'enquête, par mon médecin ou toute autre entité soumise au secret médical, telles que les assurances, etc. J'autorise la communication aux institutions concernées des données nécessaires à l'établissement des factures et à leur encaissement.

Date:.....Signature:.....)

En médecine dentaire sociale, la levée du secret médical figure dans un formulaire. Elle n'a dès lors rien d'inhabituel. Alternativement, on pourrait imaginer que ce soit le patient qui transporte les documents à plusieurs reprises entre le cabinet dentaire et l'office de l'aide sociale. Ce ne serait guère praticable.»

Critères de planification: efficacité, pertinence, économicité

«Le cadre limitatif des traitements: simplicité, efficacité, économicité, pertinence, les met souvent à mille lieux des désirs des bénéficiaires de l'aide sociale et des bénéficiaires des prestations complémentaires. A qui le patient doit-il s'adresser s'il ne peut se mettre d'accord avec le médecin traitant?»

«Les souhaits des bénéficiaires de l'aide sociale et des bénéficiaires des prestations complémentaires sont souvent éloignés du cadre limitatif des traitements qui sont assumés par la médecine sociale. Les diagnostics et les traitements doivent répondre aux besoins et, souvent, ils ne peuvent couvrir des besoins subjectifs. Le soignant et le patient, respectivement le tiers payant doivent donc se conformer aux critères de planification des normes CSIAS (voir ci-dessus). Par analogie avec

² Le cadre de planification selon les standards normaux tels que définis par les recommandations de traitement de l'Association des médecins-dentistes cantonaux (VKZS – Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz) peut être consulté sous www.kantonszahnaerzte.ch.

l'article 32 de la LAMal, ceci signifie concrètement que les prestations doivent être «efficaces, appropriées et économiques» et, aussi, répondre aux prescriptions de l'article 14 LPC qui limite le remboursement des prestations à celles qui sont à la fois économiques et adéquates³. Le médecin traitant peut refuser de poursuivre le traitement après la première phase (traitement de la douleur). Une prestation médicale est efficace lorsqu'elle est objectivement appropriée pour répondre aux besoins diagnostiques, thérapeutiques et du point de vue des soins. L'efficacité, c'est la relation causale entre la mesure médicale et son succès du point de vue médical. Le caractère approprié (pertinence) pose le préalable de l'efficacité et s'évalue fondamentalement d'après des critères médicaux. Est appropriée toute mesure qui présente les meilleurs avantages des points de vue diagnostique et thérapeutique. Dans le domaine de la LAMal, l'économicité pose les préalables de l'efficacité et de la pertinence. Elle est le critère déterminant pour le choix à faire entre les différentes alternatives de traitements perti-

³ LPC: Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006. Article 14, alinéa 2 : Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés (...) Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations.



D^r méd. dent. Peter Wiehl: «Dans un cabinet dentaire, tout patient est accueilli avec autant d'amabilité et d'empathie, quel que soit son statut social et sa solvabilité.»

nents: pour des bénéfices médicaux comparables, est économique la variante qui est la moins coûteuse. De plus, la pertinence et l'économicité posent le préalable de la nécessité d'une mesure médicale (indication). La plupart des cantons se fondent sur l'appréciation des planifications de traitements qui leur sont soumises ainsi que sur les recommandations de traitement de l'Association des médecins-dentistes cantonaux (VKZS).

Lorsque le médecin-dentiste de confiance ne peut se mettre d'accord avec le médecin-dentiste traitant à l'occasion d'un entretien professionnel, l'office de l'aide sociale peut rendre une décision susceptible de recours. Il est souvent plus indiqué de demander un deuxième avis à un médecin-dentiste de confiance ou au médecin-dentiste cantonal d'un autre canton et, ensuite seulement, de rendre une décision.»

Anesthésie générale au cabinet dentaire en mode ambulatoire

Plusieurs de nos consœurs et confrères (en particulier les Lausannois) ont été contactés par la société Gentle Dental Office (GDO), proposant de leur louer leur cabinet pour le traitement des patients phobiques. Notre consœur Chantal Dousse-Parvex a contacté le Comité en vue de plus amples informations et il nous a paru important d'y répondre par le biais de l'information interne, afin que la majorité de nos membres aient accès à ces informations. Cet article comprend en fait deux parties. La première vous renseigne sur les procédures qu'utilise GDO dans le traitement des patients phobiques et la deuxième sur la pratique de l'anesthésie générale ambulatoire au cabinet dentaire, puisque c'est de cela qu'il s'agit en fait.

Patrick Jevan (photo: iStockphoto)

En effet, GDO propose une thérapie médicamenteuse essentiellement sous narcose. Cette thérapie est l'une des diverses approches dans le traitement de la phobie dentaire. Les deux autres principales sont l'hypnose et les TCC (thérapie cognitive-comportementale) En Suède, BERGGREN¹

compare pendant trois ans les effets d'un traitement psychophysiologique de la phobie dentaire avec les traitements sous anesthésie générale. Ces thérapies ont été réalisées pour préparer les patients phobiques à des expositions *in vivo*, qui constituaient la deuxième phase de traitement et

testaient la capacité des patients à l'accès à des soins dentaires conventionnels. Les deux modes de traitement ont été randomisés. La thérapie comportementale (TC) a été réalisée par une désensibilisation basée sur vidéo, couplée à une relaxation et un biofeedback. Le traitement sous anesthésie générale (AG) fut réalisé en une séance où un maximum d'extractions, traitements endodontiques, obturations, diminuant de ce fait catégoriquement les besoins de soins. Après cela, les deux groupes furent exposés à un traitement dentaire standardisé en deux séances sous anesthésie locale. Lors de l'évaluation, il ressortait que le groupe TC avait, à plusieurs égards, un plus haut taux de réussite – 92% (TC) contre 69% (AG). Il a été noté moins d'annulations de rendez-vous, et une anxiété plus basse. Les patients guéris avaient accès aux soins dentaires avec des médecins-dentistes généralistes dans le cadre de traitements conventionnels. Un suivi, sous forme de questionnaire rempli par les nouveaux mé-

Références

¹ BERGGREN U. LINDE A: Dental fear and avoidance: A comparison of two modes of treatment. J Dent Res 1984; 63: 1223-1227

decins-dentistes, fut mis en place. De manière significative (73% contre 53%), les patients TC ont continué à recevoir des soins dentaires réguliers.

Après deux ans, 82% contre 57% des patients avaient repris rendez-vous. De même qu'au niveau de la réduction d'anxiété, la capacité à suivre divers types de traitements était en faveur des TC. En dix rendez-vous, les TC avaient reçu en moyenne sept obturations, deux extractions, deux couronnes, un traitement endodontique, alors que les AG, en dix rendez-vous, avaient en moyenne trois obturations et une prothèse amovible. Donc les TC étaient capables d'endurer des traitements plus anxiogènes que les AG. D'autre part, il a aussi été relevé des différences au niveau des atteintes psychosomatiques (maux de tête et d'estomac), congés maladie, signifiant des améliorations dans la gestion des tensions chez les TC. L'approche médicamenteuse (AG), moins efficace que les deux autres (TC ou hypnose), a néanmoins le gros avantage de pouvoir rapidement restaurer la bouche de n'importe quel patient phobique et de restaurer un état buccodentaire parfois gravement délabré. C'est donc une méthode particulièrement précieuse et complémentaire aux deux autres. Après avoir contacté GDO, afin d'obtenir plus d'informations sur les procédures utilisées, Tania Machens (responsable du développement en Suisse romande) nous répond en ces termes: «Quant aux procédures, nous réalisons toujours nos interventions sous anesthésie avec deux intubations, mais jamais de sédation, qui ne provoque que douleurs et gonflement après l'opération. Un anesthésiste doté de son matériel assiste toujours le chirurgien. Nous observons aussi de manière très rigoureuse les directives du Code allemand de la Sécurité sociale et de la DGAI (*Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin*, Société allemande pour l'anesthésie et la médecine intensive) et du BDA (*Bundesverband Deutscher Anästhesisten*, Association professionnelle nationale des anesthésistes allemands). Pour pratiquer ce genre de technique en cabinet dentaire, il faut que le cabinet soit équipé aux normes imposées à ce genre d'exercice (narcose) et que les médecins-dentistes aient été formés en conséquence.

Dispositions légales

Carlos Madrid, médecin-dentiste conseil, nous informe sur les dispositions légales de notre canton: en ce qui concerne la possibilité de faire des narcoses au cabinet, la loi vaudoise et la loi fédérale sont formelles et nous a été rappelée récemment par M^{me} le Docteur Chollet-Rivier, responsable de l'anesthésie ambulatoire au CHUV, qui est venue à l'occasion de notre colloque du mercredi.

Pour pouvoir effectuer une anesthésie générale dans un local autre qu'une salle d'opérations classifiée au sens TARMED/FMH il faut:

- être médecin de médecine humaine,
- avoir une spécialisation en anesthésie et réanimation,
- disposer d'un local comportant:
 - une source d'oxygène continue,
 - une source de vide,
 - une prise d'évacuation des narcotiques.

Il faut idéalement disposer de la collaboration de personnel qualifié pour la réanimation. Un tel dispositif ne se trouve pas facilement en cabinet. Il semble qu'à Zurich où un tel service a été offert dans des conditions idoines, il se soit rapidement révélé non-rentable pour l'entreprise qui le proposait aux médecins et médecins-dentistes.

Le cas du CHUV

A noter qu'au CHUV, compte tenu du manque cruel d'anesthésistes, on vient d'autoriser des médecins cardiologues à effectuer sous leur propre responsabilité et selon un protocole fixé par les anesthésistes maison des sédations IV au Propofol, un puissant inducteur de l'anesthésie générale. Bien que le protocole précise que le produit ne doit être utilisé que dans une structure hospitalière disposant d'une alarme cœur, et administré par un médecin distinct de celui qui effectue le geste chirurgical ou médical (colonoscopie par exemple...), la Société suisse d'anesthésie vient de condamner ce protocole CHUV et de recommander que seul un anesthésiste en milieu hospitalier (public ou privé bien sûr) puisse effectuer cet acte. Force est de constater que la médecine dentaire évolue actuellement dans un environnement caractérisé par des pressions tous azimuts sur les coûts des prestations médicales et par un nombre croissant de patients «difficiles», impossibles à soigner avec la seule force de l'empathie. De ce fait, il est important non seulement de connaître les possibilités qu'offre la narcose ambulatoire, mais également de créer les infrastructures nécessaires pour pouvoir l'appliquer dans le cadre d'un cabinet privé. Le comité de la SSO a, lors de l'une de ses dernières séances, débattu de ce sujet et son président, François Keller, nous a fait part de ses constatations:

«Il est courant qu'une équipe d'anesthésiologie se déplace dans un cabinet dentaire et, à condition que cela soit fait dans les règles de l'art, la SSO n'y trouve rien à redire et n'a d'ailleurs pas vocation à statuer dans ce domaine. La narcose, en milieu hospitalier, est une lourde charge financière souvent à la charge du patient.»

Vers la narcose ambulatoire

D^r Elena Wichser, médecin spécialiste en anesthésiologie FMH, nous le rappelle: «A l'heure actuelle,

la plupart des praticiens sont tentés, voire obligés par la force des choses, d'adresser les patients non soignables en ambulatoire à des spécialistes ou à l'un des rares services hospitaliers – avec toutes les difficultés et les tracasseries administratives que cela comporte. Il serait dès lors éminemment souhaitable que l'idée de la narcose ambulatoire pour les soins au cabinet privé fasse son chemin.» A condition, bien entendu, de créer les structures indispensables et de former les médecins-dentistes en conséquence. Grâce aux progrès réalisés non seulement au niveau des médicaments mis en œuvre, mais également au niveau technique et des appareils, notamment pour le suivi des patients, l'anesthésie moderne se caractérise par une grande sécurité et un confort accru, en particulier grâce à un rétablissement plus rapide des fonctions cognitives, des durées d'hospitalisation sensiblement réduites et une prise en charge globale avant, durant et après la narcose. L'intubation par voie nasotrachéale est la méthode de choix pour les interventions dentaires et dans la sphère de l'oropharynx, puisqu'elle assure un accès et une visualisation aisée du champ opératoire.

Les indications pour une anesthésie sous intubation sont les patients souffrant de troubles paniques ou d'autres états anxieux, le refus d'une sédation simple, les enfants présentant des troubles du comportement (notamment pour des raisons d'âge), des réflexes nauséux importants ou le traitement de patients handicapés mentaux chez lesquels la communication et la coopération posent problème. Parmi les contre-indications, il convient de mentionner l'absence de consentement du patient, le non-respect du jeûne, les états fébriles ou infectieux aigus ou un risque jugé trop important en raison d'affections médicales générales. Les complications sont rares et comprennent essentiellement des hémorragies ou nécroses de compression touchant le trajet de passage de la sonde d'intubation. Concernant la sélection des patients pour la narcose, le D^r Daniela Centazzo, médecin spécialiste en anesthésiologie, précise que:

«L'anesthésie ambulatoire (ou plus précisément, extrahospitalière, par opposition aux méthodes habituelles nécessitant une hospitalisation) se définit par la réalisation le même jour de l'acte chirurgical, exploratoire ou dentaire et le retour du patient à son domicile. Cette alternative est en pleine expansion, notamment pour des raisons économiques, mais elle nécessite une sélection rigoureuse des patients qui doivent être coopérants, doivent pouvoir être surveillés à domicile et avoir des moyens de communication et de transport disponibles en cas de complications. L'anesthésie ambulatoire obéit aux mêmes règles que l'anesthésie non-ambulatoire (consultation pré-

anesthésique, surveillance préopératoire, passage en salle post-interventionnelle.)»

«En raison des risques de complications, les maladies des grands systèmes d'organes, en particulier du système cardio-vasculaire (ischémie ou insuffisance cardiaque, troubles de l'irrigation cérébrale) et respiratoire (spasmes des voies aériennes, insuffisance respiratoire) doivent être considérés comme étant des critères d'exclusion absolus de l'anesthésie ambulatoire. Ni les autres handicaps physiques ou cognitifs ni l'âge en soi ne représentent des contre-indications formelles, bien qu'il faille, bien entendu, évaluer chaque patient individuellement.» Parmi les paramètres d'évaluation, la spécialiste a évoqué la classification ASA (*American Society of Anesthesia*). Il s'agit d'une classification systématique du patient en fonction des risques anesthésiques:

- ASA I: aucune anomalie systémique,
- ASA II: maladie systémique non invalidante ou pathologie traitée et équilibrée, par exemple hypertension artérielle traitée et équilibrée,
- ASA III: maladie systémique invalidant les fonctions vitales ou des affections non compensées, par exemple HTA déséquilibrée avec insuffisance coronarienne,
- ASA IV: maladie systémique sévère avec menace vitale permanente,
- ASA V: état moribond.

Une anesthésie en ambulatoire peut être pratiquée en présence d'un degré ASA I ou II, voire ASA III si la pathologie est stabilisée par un traitement adapté ou qu'il n'y a qu'une interférence négligeable de l'intervention avec la pathologie et le traitement. En règle générale, l'anesthésie gé-

nérale en médecine dentaire est d'emblée conduite sous intubation nasotrachéale.

L'anesthésie comporte trois phases:

- l'induction ou installation de l'anesthésie
- l'entretien de l'anesthésie durant l'intervention et le réveil
- la levée de l'anesthésie

Après administration d'une prémédication et mise en place d'une perfusion, l'anesthésie débute en règle générale par l'injection d'un somnifère d'action rapide, puis se poursuit par l'injection ou l'inhalation d'autres médicaments anesthésiques. Les effets recherchés sont la perte de conscience, la suppression de toute sensation douloureuse dans tout le corps. Cet état est maintenu par l'anesthésiste, à l'aide de médicaments, pendant toute la durée de l'opération. L'intubation nasotrachéale est précédée d'une oxygénation au masque puis accompagnée d'une oxygénation simultanée, afin d'éviter une hypoxie, voire un arrêt cardiaque réflexe au cours de l'intubation d'un sujet anoxique. En temps normal, l'intubation est réalisée juste après l'induction. Pendant toute la durée de l'anesthésie, le médecin anesthésiste surveille en permanence toutes les fonctions essentielles du système cardiovasculaire (fréquence cardiaque, pression artérielle) et du système respiratoire (fréquence respiratoire, oxymètre de pouls, CO₂ expiré). Une fois l'intervention terminée, l'administration d'anesthésiques est interrompue; le patient se réveille et est conduit à la salle de soins post-interventionnels, où il reste sous contrôle permanent du personnel soignant spécialisé jusqu'à ce qu'il puisse regagner son domicile. L'opération ambulatoire est

caractérisée par le fait que le patient passe généralement la nuit avant et après l'opération à la maison. L'objectif est d'assurer que le patient n'encourt aucun risque plus élevé que lors d'une intervention réalisée dans le cadre d'une hospitalisation, et ce que ce soit au cours du prétraitement ou du péri-traitement, mais également en ce qui concerne les suites postopératoires. Les exigences techniques peuvent se référer aussi bien aux locaux, à l'hygiène, au personnel et à l'organisation pour ce qui est des conditions prérequis (qualité de la structure) mais également des exigences spécifiques en ce qui concerne les procédures.

Exigences minimales concernant les bâtiments, les appareils, les installations techniques et l'hygiène

Exigences relatives aux bâtiments

- Salle d'opération
- Espace personnel de toilette avec lavabo et dispositif pour se désinfecter les mains
- Equipement, stock et salle de stérilisation, zone de préparation
- Le cas échéant salle de repos/de réveil pour les patients
- Vestiaire pour le patient

Exigences relatives aux appareils et aux installations techniques et exigences spécifiques

Salle d'opération

- Revêtement de sol dont les joints sont étanches
- Revêtement mural lavable et décontaminable ayant une hauteur minimale de 2 mètres



Il faut idéalement disposer de la collaboration de personnel qualifié pour la réanimation. Un tel dispositif ne se trouve pas facilement en cabinet.

- Revêtements de sol et muraux résistants à des désinfectants abrasifs
- Sources de lumière pour éclairage approprié de la salle d'opération et de la zone d'opération avec fusible permettant un pont électrique en cas de coupure de courant
- Protection des systèmes de surveillance informatique pour les fonctions vitales indispensables ou grâce à une source de lumière indépendante du réseau électrique, c'est-à-dire un éclairage de secours, dont la luminosité est adaptée pour une opération
- Possibilités d'aération en considération des procédés d'anesthésie employés et des exigences en matière d'hygiène

Installations sanitaires

- Robinetteries et sanitaires en céramique adaptées à la désinfection des mains avant actes chirurgicaux

Instruments

- Instruments de réanimation et appareils de respiration artificielle, d'apport d'oxygène et d'aspiration
- Matériel de perfusion et pour traitement de choc
- Table et chaise d'opération avec possibilités d'entreposage adéquat
- Instruments opératoires conformes aux besoins spécifiques avec suffisamment d'instruments de réserve
- Le cas échéant un dispositif pour l'anesthésie avec des instruments spéciaux (peut également être mis à disposition par l'anesthésiste)

Médicaments, compresses d'opération, bandages et consommables

- Médicaments de cas d'urgence, dont l'accès et l'emploi peut être immédiat
- Des compresses d'opération ou des consommables jetables adaptés, en quantité suffisante, de façon à ce qu'ils puissent être changés pendant l'intervention
- Solutions pour perfusion, matériel de suture et bandages et autres consommables

Exigences en matière d'hygiène

- Stérilisateur autoclave
- Emploi de procédés de nettoyage, de désinfection et de stérilisation spécifiquement adaptés
- Plan d'hygiène

Cette liste d'exigences émanant de la directive de l'Ordre National des Médecins allemands pour l'assurance de qualité des opérations ambulatoires n'est pas exhaustive.

Responsabilité du médecin-dentiste

Bien que l'anesthésie en milieu ambulatoire soit incontestablement une procédure apportant la solution à un problème de santé publique, il n'en reste pas moins qu'elle engage au plus haut point la responsabilité du médecin-dentiste qui la pratique au sein de son cabinet, non seulement au niveau de l'infrastructure de ses installations, mais aussi, comme nous l'avons vu plus haut, au niveau de la qualité de la formation et de la prestation des équipes engagées. Il est aussi redevable devant la loi d'une démarche préopératoire contenant le diagnostic, le respect des indications à l'acte mais aussi la pertinence de communication permettant d'obtenir le consentement éclairé du patient. A ce propos, le Dr Bandon nous rappelle: «La difficulté habituellement rencontrée provient d'une dualité d'objectifs: éclairer le patient, l'inciter à la lucidité et à la réflexion et le responsabiliser. Dans le même temps, ces informations visent à le rassurer. Il n'existe pas de formule toute faite, ni de document standard, et le médecin anesthésiste réanimateur doit adapter ses propos au contexte médical, à la psychologie et au contexte socioculturel du patient. L'information serait jugée incomplète s'il n'était pas laissé une place suffisante aux questions complémentaires que souhaite poser le patient. Il serait souhaitable de prévoir un délai entre le moment de l'information et la signature du consentement éclairé. Suivant les recommandations de la SFAR, «le patient doit être prévenu, plusieurs jours avant l'acte, des recommandations pré-anesthésiques (jeûne, poursuite des traitements) et des conditions de retour au domicile (interdiction de conduire un véhicule, personne accompagnante)». «Il est conseillé de compléter l'information orale par un document écrit remis au patient. La signature de ce document par le patient ne dégage pas la responsabilité de l'anesthésiste et du chirurgien-dentiste mais prouve l'acceptation des règles de la procédure par le patient. A la fin de la période ambulatoire, une hospitalisation n'est pas exclue si le patient n'a pas mangé, uriné et repris la marche.» «L'information orale prévaut sur l'information écrite car elle est délivrée au cours d'un dialogue plus susceptible d'être adapté au patient qu'un document écrit.»

«Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité, et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation du patient. Elle requiert un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et la prise en compte des attentes du patient. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive.»

«Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de recourir si besoin à un traducteur. L'information écrite permet au patient de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix, notamment avec les médecins qui lui dispensent des soins. La fonction du document d'information est exclusivement de donner au patient des renseignements par écrit, et ce document n'a pas vocation à recevoir la signature du patient. De ce fait, il ne doit être assorti d'aucune formule obligeant le patient à y apposer sa signature.»

Il conclut en ces termes: «Pour la réussite de traitements bucco-dentaires sous anesthésie générale, le patient doit être accompagné dans cette démarche avant, pendant et après l'intervention. L'anesthésie générale est un moyen pour mettre en état la cavité buccale du patient. Elle constitue une étape dans le plan de traitement, mais ne rétablit pas complètement la santé buccodentaire. Celle-ci est définitivement restaurée par la régularité du suivi postopératoire. Pour garantir le succès et la pérennité des thérapeutiques, les consignes postopératoires doivent être expliquées et remises au patient afin qu'il en respecte au mieux les obligations.»

«La loi rend le chirurgien-dentiste et l'anesthésiste solidairement responsables du déroulement de l'intervention et dit que nul ne peut ignorer ce que fait son collaborateur. L'anesthésie générale est une thérapeutique lourde et toujours à risques.» C'est d'ailleurs l'avis général qui se dégage chez nos confrères vaudois pratiquant les soins dentaires sous AG en milieu hospitalier. Interrogé à ce sujet, la réaction de l'un d'entre eux, notre confrère Timothy Divorne, résume bien le sentiment général:

«Je ne pense pas qu'il soit adéquat de procéder à des narcoses hors du milieu hospitalier. Je ne peux pas soutenir ce genre de traitement même avec tout le monitoring et sous la «responsabilité» d'un médecin anesthésiste-réanimateur. Et s'il y a le moindre problème, qui sera vraiment responsable et de quoi? De toute façon ce sera le cabinet dentaire qui sera cloué au pilori.»

Congrès / Journées scientifiques

(Compte rendu du Congrès annuel 2010 de la Société Suisse d'Implantologie Orale (SSIO) du 12 et 13 novembre 2010 à Zurich Sihlcity)

Implantologie: de la base biologique au succès clinique

Confortablement installés dans les fauteuils en velours rouge de la salle 5 de l'Arena Filmcity à quelques encablures du centre de la ville de Zurich, les quelque 300 participants ont pu suivre, d'une façon on ne peut plus agréable, les présentations du 27^e Congrès annuel de la Société Suisse d'Implantologie Orale (SSIO) qui a eu lieu le 12 et 13 novembre 2010. Le *D^r Rino Burkhardt*, président de la Commission scientifique, et le *D^r Claude Andreoni*, Président de la SSIO, tous deux installés à Zurich, et leurs collaborateurs avaient invité quatorze experts renommés autour du thème «Implantologie: de la base biologique au succès clinique». Ainsi, le but avoué du programme scientifique était de trouver des éléments de réponses à la question de savoir si les nouveautés auxquelles nous sommes sans cesse confrontés sont en fait compatibles avec les processus biologiques. Et à la question subsidiaire: peuvent-elles être utilisées sans augmenter les risques?

Thomas Vauthier (texte et photos)

Ce serait porter de l'eau à la rivière que de rappeler que les implants dentaires ostéointégrés permettent d'obtenir des résultats stables à long terme et satisfaisants du point de vue esthétique dans des indications les plus diverses. A l'aide de

concepts et de composants modifiés, l'implantologie cherche à optimiser encore les traitements, c'est le côté positif. Elle est toutefois soumise au chant des sirènes qui l'incitent à céder à la tentation d'accélérer ou de comprimer des étapes qui

sont soumises à des processus biologiques fondamentaux qui ne pardonnent pas les raccourcis. Toute prétendue amélioration d'un traitement nécessite des changements – mais tout changement ne signifie pas d'emblée une amélioration. Souvent, les nouveaux développements ne sont pas suffisamment validés avant qu'ils ne soient mis en pratique dans le quotidien clinique.

Le programme était avantagement divisé en trois parties, d'une demi-journée chacune, consacrées d'abord aux bases biologiques, en passant par les matériaux et les concepts techniques des implants, pour se terminer sur des aspects cliniques ainsi que les complications. Trois modérateurs se sont relayés pour présider aux différents volets: le *D^r Michael Bornstein*, privat-docent, Université de Berne, le *D^r Ronald Jung*, privat-docent, Université de Zurich, et le *D^r Rino Burkhardt*, président de la Commission scientifique de la SSIO et praticien privé à Zurich.

Quels processus biologiques sont d'importance pour la cicatrisation des tissus mous?

Prof. Peter Vogt, Université de Hanovre

Spécialiste en chirurgie plastique et restauratrice, le premier conférencier, le *Prof. Peter Vogt*, Université de Hanovre, a d'abord rappelé des mécanismes fondamentaux de la cicatrisation cutanée, dont certains sont valables également pour les muqueuses buccales. Il a ensuite discuté les spécificités des processus de guérison de la muqueuse buccale, qui se distingue notamment par potentiel régénérateur important, d'où un taux de cicatrisation de près de 100%, contre 40% pour les téguments. En raison de la composition moléculaire différente (moins de procollagène de type I et de fibronectine), la muqueuse buccale forme ni cicatrices ni chéloïdes.

Dans le domaine de l'implantologie, les recherches actuelles se concentrent sur l'application de molécules stimulant la cicatrisation et la régénération tissulaire. Bien que la liste soit longue, il convient d'évoquer notamment le Platelet-derived growth factor (rhPDGF), le Bone morphogenic protein-2 (rhBMP-2), les anticorps contre TGF (transforming growth factor)-bêta 1 et d'autres cytokines. D'autres perspectives concernent l'application de molécules bioactives sous forme d'une nano-couche à la surface d'implants et la régénération autologue de tissus buccaux durs et mous par des cellules souche.

Quels sont les effets du dessin du lambeau et de la méthode d'incision sur la cicatrisation?

Prof. Johannes Kleinheinz, Université de Münster

Parmi les critères exigés pour une incision optimale des muqueuses buccales, il faut évoquer,



Deux des trois modérateurs du programme du congrès: le *D^r Ronald Jung* (à gauche) et le *D^r Rino Burkhardt*. Malheureusement, le premier modérateur, le *D^r Michael Bornstein*, était introuvable au moment de la photographie d'honneur...

outre la création d'un champ opératoire aisément accessible et la mobilisation d'une quantité suffisante de tissu pour assurer la fermeture ultérieure de la plaie, un dessin du lambeau entravant le moins possible l'irrigation vasculaire des tissus et assurant une cicatrisation dans les meilleures conditions et notamment la prévention des infections. Le spécialiste en chirurgie maxillo-faciale a précisé que l'incision au scalpel demeure l'étalon-or, malgré la concurrence du laser, des ultrasons et des bistouris piézoélectriques.

A l'aide de préparations anatomiques illustrant la vascularisation des maxillaires, le Prof. Johannes Kleinheinz a ensuite développé sa philosophie chirurgicale, qui tient compte de la direction postéro-antérieure des principaux vaisseaux, groupés parallèlement aux crêtes alvéolaires, tant du côté vestibulaire que palatin. Au sommet de la crête se trouve la zone pratiquement avasculaire de la ligne blanche, qui constitue de ce fait, en particulier dans les zones édentées, le lieu de prédilection pour l'incision principale. Il faut éviter, autant que faire se peut, les incisions transcrestales. Selon la situation, les incisions secondaires devraient être marginales, le long des crêtes, respectivement des dents, en évitant les décharges qui risqueraient de léser inutilement les régions fortement vascularisées, et d'entraver dès lors la cicatrisation de la plaie.

Le «platform switching» est-il plus qu'un gag de marketing?

D^r Dietmar Weng, cabinet privé, Starnberg, Allemagne

L'un des points faibles des implants en deux parties est le joint non étanche entre le corps



D^r Dietmar Weng: Somme toute, le platform switching relève plutôt du gag de marketing que d'un avantage validé.

implantaire et la mésostructure. Ce «micro-gap» est susceptible d'être colonisé par des bactéries paropathogènes, conduisant à terme à une perte osseuse péri-implantaire.

Le concept appelé «platform switching» a été découvert fortuitement en 2006 lorsque des implants «larges» ont reçu des piliers de cicatrisation et des parties prothétiques de diamètre «standard». On a observé que ce platform switching conduit à une modification verticale moins importante de la hauteur de l'os crestal autour de ces implants par rapport à celle observée habituellement lorsque les diamètres des deux composants sont congruents. Le platform switching attire le micro-hiatus vers l'intérieur, en direction du corps de l'implant, déplaçant ainsi l'espace biologique en direction coronaire, ce qui diminue, de ce fait, la perte osseuse crestale. Il en ressort que le platform switching stabilise les tissus durs péri-implantaires en préservant les tissus mous et les papilles.

Depuis, un certain nombre de publications ont évalué ce concept de façon critique. Une récente méta-analyse d'ATIEH (2010) est arrivée à la conclusion qu'un platform switching avec un décalage de moins de 0,4 mm ne présente aucun avantage clinique et n'entraîne pas de différence significative du taux de survie par rapport aux implants conventionnels.

Les présentations «Sous quelles conditions faut-il appliquer la GBR?» du *Prof. Daniele Botticelli*, Université de Bologne, et «Quels sont les critères que le provisoire implantoporté doit remplir?», du *D^r Horst Dieterich*, cabinet privé, Winnenden, Allemagne, ne sont mentionnées ici que par souci d'être complet. Ni l'une ni l'autre n'ont apporté des informations pertinentes.

Quelle est l'influence du pilier – matériau, liaison et forme – sur l'esthétique des dents antérieures?

D^r Konrad Meyenberg, cabinet privé, Zurich

Avec la verve et la rigueur scientifique qu'on lui connaît, le spécialiste zurichois a d'abord démonté le mythe de la supériorité des implants à connexion interne conique. En effet, ceux-ci sont grevés de deux inconvénients majeurs: d'une part, la position verticale de la mésostructure sur le corps de l'implant n'est pas exactement définie et elle est dépendante du couple (torque) appliqué lors de l'insertion. D'autre part, bien que réduisant le risque d'infiltration de bactéries dans le joint entre l'abutment et l'implant, la connexion interne conique est néanmoins perméable aux endotoxines, susceptibles, elles aussi, d'entraîner des réactions tissulaires délétères.

Concernant les matériaux mis en œuvre, il a été démontré que des mésostructures en alliages d'or entraînent inévitablement une perte osseuse et



D^r Konrad Meyenberg: Plaidoyer en faveur de la connexion bout-à-bout entre l'implant et la mésostructure.

une migration apicale de la barrière épithéliale, alors que les dimensions tissulaires autour des abutments en titane et en zircone restent stables. Pour éviter des problèmes esthétiques, il faut que l'épaisseur de la muqueuse soit d'au moins 3 mm pour masquer la couleur du moignon en métal. La tendance actuelle favorise les mésostructures en zircone, dont le comportement biologique et technique est supérieur à celui des moignons en titane. Toutefois, le desserrage des vis de connexion (5,1%) reste le principal problème technique.

L'oxyde de zirconium est-il réellement le matériau d'avenir pour les implants?

Prof. Ralf Kohal, Université de Fribourg-en-Brisgau

En guise d'introduction à son exposé, le *Prof. Ralf Kohal* a rappelé les avantages de l'oxyde de zirconium (ZrO₂) en tant que matériau dentaire. Partant de l'idée que la zircone est en train de s'imposer comme matériau d'avenir dans le secteur du tout céramique en prothèse fixe, il n'est pas étonnant que les fabricants d'implants fassent preuve d'un intérêt croissant pour ce matériau aux propriétés fort attrayantes. Force est de constater que la zircone semble être la solution à un certain nombre de points épineux relatifs aux implants en titane: esthétique, d'abord, du fait qu'il n'y a pas de dyschromies dues au métal transparaissant à travers la muqueuse. Médecine holistique ensuite, où la céramique représente une alternative pour les patients opposés à l'implantation de pièces métalliques de toute sorte dans leur corps, ou craignant des allergies au titane. Et biologiques enfin, puisque la zircone permet de réduire l'accumulation de la plaque/du biofilm.

On se souviendra que c'est le *Professeur Sami Sandhaus* qui avait proposé les premiers implants en céramique dans les années 1990, avec des résultats pas trop encourageants. L'oxyde d'alumi-



Le Dr Horst Dieterich (à gauche) et le Prof. Ralf Kohal: sourire complice des «deux Souabes à Zurich» (selon leur propre qualification...)

nium (Al_2O_3) n'a pas non plus tenu les promesses et c'est finalement sur le zircon que s'est focalisé la recherche. Qui plus est, un nombre croissant de fabricants mettent sur le marché une kyrielle de systèmes d'implants céramiques, sans que ceux-ci fassent l'objet d'évaluations cliniques satisfaisant à des critères scientifiques. Et les conclusions d'une revue systématique de la littérature, publiée en 2009 par l'European Association for Osteointegration (EAO), sont sans appel:

«Les données scientifiques disponibles à ce jour pour les implants céramiques en général et en zircon en particulier ne sont pas suffisantes pour recommander de tels implants pour l'utilisation clinique de routine. La zircon pourrait cependant avoir le potentiel d'être un matériau d'implants utilisable avec succès, bien qu'aucune investigation clinique de soit en mesure de soutenir cette hypothèse pour le moment.»

Par conséquent, a conclu le conférencier, avec un clin d'œil non dissimulé: «Les fabricants d'implants en céramique se comportent comme les importateurs de bananes – la marchandise n'arrive à maturation que chez le client...»

Les deux derniers exposés de la première journée de ce congrès n'ont rien apporté de fondamentalement nouveau. Dans le premier, «A quoi ressemble la liaison idéale entre l'implant et les tissus mous?», le Dr Otto Zuhr, praticien installé en cabinet privé à Munich, a rappelé la raison d'être du concept de la «largeur biologique» qui doit également être respecté en implantologie. Il se fonde notamment sur le fait que l'épithélium jonctionnel forme une sorte de barrière qui permet à l'organisme de tenir éloigné l'os alvéolaire de la «bataille» immunologique en réaction à

l'agression bactérienne dans le sillon, respectivement la poche parodontale.

Dans le deuxième, intitulé «L'occlusion peut-elle influencer le taux de survie des implants?», Sandro Palla, Professeur émérite de l'Université de Zurich, a tenu à préciser qu'en l'état actuel des connaissances, on peut présumer, sans que cela ne soit prouvé, que l'occlusion n'est pas un facteur délétère en soi pour la survie des implants, mais que dès que des complications biologiques – en premier lieu la péri-implantite – s'installent, des surcharges occlusales jouent un rôle dans la

progression de la destruction tissulaire, influence que même un ajustement rigoureux de l'occlusion n'est pas à même de renverser.

Quelle est la durée de vie d'une dent – et quelle est la durée de vie d'un implant?

Prof. Bjarni Pjetursson, Université de Reykjavik, Islande

Rien de bien nouveau du côté de Bjarni Pjetursson, qui a retracé les résultats des études fondamentales qui ont permis d'établir que le pronostic des implants n'est pas supérieur à celui des dents naturelles – à condition que celles-ci aient bénéficié d'un traitement optimal, tant endodontique que parodontal, et qu'elles soient correctement maintenues dans un système de recall efficace. Et de rappeler la formule désormais consacrée «Les implants sont censés remplacer les dents absentes et non de remplacer des dents tout court...». Les implants demeurent toutefois le traitement de choix lorsque les dents adjacentes à une zone édentée sont intactes ou compromises d'emblée.

Quelles sont les variables cliniquement mesurables pour déterminer le succès de l'implant?

Prof. Niklaus P. Lang, Université de Hong-Kong

Concernant l'évaluation de la stabilité de l'implant, respectivement son ostéointégration, la méthode de l'analyse par fréquence de résonance (RFA) permet de calculer des valeurs ISQ (Implant Stability Quotient). A noter que les appareils les plus récents permettent d'obtenir des valeurs ISQ reproductibles, indépendamment du positionne-



Le Dr Otto Zuhr et le Prof. Sandro Palla (à droite).



La charmante équipe à l'accueil (de gauche à droite): Ursula Bühlmann, Manuela Traber, Veronika Thalmann (responsable du secrétariat et de l'administration du congrès), Sonja Baumgartner et Corina Puorger.

ment de l'instrument. Il est recommandé de procéder à des enregistrements de l'ISQ par RFA trois et huit semaines après l'implantation.

La sonde parodontale est l'instrument de choix pour le diagnostic de l'état des tissus péri-implantaires. Quant à l'appréciation du résultat esthétique, les critères du *Pink Esthetic Score* et, dans une moindre mesure, du *White Esthetic Score*, tels qu'ils ont été précisés par BELSER et coll. (2009), se sont imposés pour l'évaluation aussi objective que possible de l'état de la muqueuse (pink = rose) et des dents ou éléments prothétiques (white = blanc).

Une évaluation radiologique devrait rester réservée aux cas d'apparition de signes cliniques de lésions péri-implantaires.

Est-il possible d'éviter à long terme des récessions des tissus mous autour de l'implant?

D^r Daniel Thoma, Université de Zurich

Étant donné que la plupart des récessions gingivales intéressent les dents antérieures, et notamment les incisives centrales et latérales, il s'agit d'une complication fort gênante que le praticien souhaite éviter à tout prix. Qui plus est, les récessions peuvent entraîner une perte tissulaire pouvant atteindre deux millimètres après l'insertion de la reconstruction définitive.

Parmi les facteurs de risque, il y a lieu d'évoquer le praticien d'abord: son expérience et savoir faire, le choix du lieu (localisation trop vestibulaire = risque trois fois plus élevé) et du moment d'implantation (attention à la pose immédiate après extraction!) influencent de manière décisive l'avenir des tissus mous péri-implantaires. Du côté du patient, le biotype de la muqueuse, ainsi que la largeur et l'épaisseur de la zone de gencive kéra-

tinisée jouent également des rôles dont il faut tenir compte. Selon les connaissances les plus récentes en la matière, il semble qu'une largeur et une épaisseur d'au moins 2 mm de muqueuse kératinisée réduisent sensiblement le risque de récessions.

L'utilisation de substances antimicrobiennes est-elle efficace dans le traitement de la péri-implantite?

Prof. Reiner Mengel, Université de Marburg/Lahn, Allemagne

L'un des problèmes essentiels du traitement pharmacologique de la péri-implantite (par principe toujours en complément au débridement méca-

nique, voire à la chirurgie parodontale) est la diversité des germes impliqués dans ces lésions. Outre les «accusés habituels» comme *A. a.*, *P. gingivalis*, *T. forsythus* et *T. denticola*, des études récentes attirent l'attention sur un nombre croissant de lésions (jusqu'à 55%) infectées par des staphylocoques (dorés et *epidermidis*) ou par *Candida*.

Compte tenu du fait que les agents antimicrobiens ou les antibiotiques ne font aucune différence entre germes anodins et pathogènes et que la composition de la microflore «dynamique» est soumise à de rapides modifications, le spécialiste a plaidé, une fois n'est pas coutume, pour une utilisation parcimonieuse, notamment des anti-



Prof. Niklaus P. Lang et D^r Daniel Thoma: Le chemin vers le succès est semé d'embûches.

biotiques. Ce d'autant que le risque d'apparition de résistances est un problème majeur à la lumière de l'émergence de germes multirésistants.

Quel succès peut avoir la chirurgie pour le traitement de la péri-implantite?

Prof. Jürgen Becker, Université Heinrich Heine, Düsseldorf, Allemagne

Comme les parodontopathies, la péri-implantite est une complication multifactorielle. Et tous les experts sont unanimes à dire qu'il faut exploiter le plus possible les possibilités des traitements non chirurgicaux avant d'envisager une intervention chirurgicale.

Bien que la décontamination par le laser Er:YAG soit supérieure à d'autres méthodes (curetage, ultrasons, chlorhexidine) pour la destruction du biofilm, avec, en corollaire, une réduction significative du saignement au sondage, l'effet ne persiste guère au-delà de six mois. Dès que la destruction tissulaire a progressé en profondeur, les méthodes conservatrices doivent céder la place au débridement et à la décontamination à ciel ouvert. Pour l'instant, la majorité des résultats publiés sur le traitement chirurgical de la péri-implantite proviennent d'expériences sur des animaux. Ils ont démontré non seulement la supériorité du débridement, mais également un comblement osseux des lésions, voire une ré-



Prof. Reiner Mengel et Prof. Jürgen Becker (à gauche): Traitement de la péri-implantite: antibiotiques, chirurgie ou traitement conservateur, that is the question!

ostéointégration. Le rôle de greffes osseuses, avec ou sans membranes, continue à être discuté de manière controversée.

Jusqu'à présent, aucune modalité de traitement n'a réussi à s'imposer. L'indication à la chirurgie doit toujours être évaluée en fonction de la morphologie de la lésion. Toujours est-il que certains auteurs sont d'avis que «la chirurgie résective, en combinaison avec une implantoplastie semble influencer favorablement la survie d'implants af-

fectés par des processus inflammatoires et infectieux» (ROMEO et coll. 2005, 2007).

Conclusions

Idée méritoire, donc, des organisateurs de consacrer ce 27^e Congrès annuel de la SSIO à un retour aux sources biologiques sur lesquelles repose l'implantologie. Et de soumettre à un examen critique à la lumière de l'évidence scientifique un certain nombre de concepts, parfois annoncés en fanfare, pour séparer le bon grain de l'ivraie. Sans oublier la question de la gestion thérapeutique des complications, dont les récessions ou autres échecs esthétiques, mais surtout la péri-implantite sont au centre des préoccupations actuelles.

Confortablement installés dans les fauteuils en velours rouge de la salle 5 de l'Arena Filmcity, les participants ont eu l'occasion de se livrer à un moment de réflexion sur leurs propres méthodes implantologiques et de les comparer à celles exprimées dans les quatorze présentations des experts réunis pour la circonstance.

On se réjouit d'ores et déjà du prochain Congrès annuel de la SSIO qui n'aura pas lieu l'année prochaine, mais seulement en 2012, dans le cadre du congrès commun des sociétés suisse (SGI-SSIO), allemande (DGI) et autrichienne (ÖGI) du 29 novembre au 1^{er} décembre 2012 au KKL à Lucerne. La SSIO tiendra seulement une Assemblée des délégués dans le cadre du congrès de la Fondation Implants Suisse qui se déroulera du 1^{er} au 3 septembre 2011 au Kursaal de Berne.

Prix de recherche SSIO

Trois travaux de jeunes chercheurs étaient en lice pour le prix récompensant la meilleure présentation brève. Après mûre réflexion, le jury a attribué ce prix à Manuel Sancho Puchades pour son travail intitulé «Effect of rhPDGF-BB on localized bone regeneration». Bravo!



Au nom de la SSIO, le Dr Claude Andreoni, président, remet le prix pour la meilleure présentation brève à Manuel Sancho Puchades, jeune chercheur au Département de prothèse dentaire de l'Université de Zurich.

Implants – sites infectés

Waasdrop J A et al.:
Immediate placement of implants into infected sites: A systematic review of the literature

J Periodontol 81: 801–808, 2010

Diverses études ont montré que le placement immédiat d'un implant sur un site présentant une infection périapicale ou parodontale représente un risque d'échec. Des études plus récentes ont cependant montré des résultats favorables en recourant à cette technique. Les avantages de placer immédiatement un implant sur un site infecté signifie moins de délai thérapeutique, moins de procédures, ainsi que la possibilité de loger un implant dans une position axiale optimale. Les données publiées ont été examinées systématiquement par les auteurs afin de déterminer si la présence d'une infection localisée mettait en péril l'ostéo-intégration et si l'application de certains

protocoles pouvaient contribuer à un meilleur résultat.

Une recherche d'articles rédigés en anglais fut effectuée sur MEDLINE/PubMed en couvrant une période comprise entre 1982 et novembre 2009. Les données à la fois des études animales et humaines furent prises en compte tout en excluant les études sans groupe contrôle adéquat, les casuistiques humaines strictes et les suivis de moins d'une année. Douze articles furent finalement sélectionnés, dont quatre études animales et huit études humaines.

La plupart des travaux investigués se concentraient sur des sites atteints d'infections périapicales, bien que la classification véritable restât peu claire. Les études animales indiquaient des taux de survie implantaire élevés. Toutefois, le contact ostéo-implantaire était plus élevé dans les groupes contrôle que dans les groupes expérimentaux. Des taux élevés de survie implantaire furent aussi constatés parmi les études humaines concernant des sites parodontalement et périapicalement

infectés. Les protocoles thérapeutiques comprenaient un débridement alvéolaire exhaustif, ainsi qu'une association systématique et agressive d'antibiotiques.

Les résultats de placements d'implants dans des sites ainsi infectés étaient comparables à ceux obtenus en posant des implants dans des sites préalablement assainis. Aucune différence ne fut constatée par rapport à la stabilité implantaire, l'esthétique gingivale et les paramètres radiographiques. Tous les cas furent inclus dans un protocole thérapeutique de débridement complet et de support antibiotique systématique. Ce protocole a probablement contribué aux résultats cliniques positifs.

La pose immédiate d'un implant dans un site atteint d'infection parodontale ou périapicale était jadis contre-indiquée jusqu'à ce que des études permettent de modifier ce paradigme. Certaines études montrent même qu'une adjonction agressive d'antibiotiques n'est pas nécessaire, mais ce point reste controversé. D'autres travaux devraient encore mettre en relation l'usage d'antibiotiques avec le type d'infection et mettre en évidence la seule nécessité de débrider et/ou de procéder à une ostéotomie périphérique.

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. med. dent. Susanne Scherrer, Genève;

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

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Dr. Aine 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 von Forschung und Wissenschaft sowie Praxis und Fortbildung finden Sie auf der SSO-Homepage:

www.sso.ch → FÜR ZAHNÄRZTE → MONATSSCHRIFT ZAHNMEDIZIN.

Vous trouverez les instructions pour les auteurs de recherche et science et pratique quotidienne sur la page d'accueil de la SSO:

www.sso.ch → POUR LES MÉDECINS-DENTISTES → REVUE MENSUELLE.

www.sso.ch → POUR LES MÉDECINS-DENTISTES → REVUE MENSUELLE.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

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

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

Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin

Förlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich

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

Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Insertionstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

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

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

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

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

Gesamtherstellung / Production

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

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

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

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 284.80*

Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 65.40*

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 35.85*

* inkl. 2,4% MWST / inclu TVA 2,4%

Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 298.–

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 35.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 319.–

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

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

2010 – 120. Jahrgang / 120^e année; Auflage / Tirage: 5700 Ex;

WEMF/SW-Beglaubigung 2010 – Total verkaufte Auflage: 4765 Ex.

ISSN 0256-2855