

Sept mythes sur notre système de santé

Les coûts de la santé exploseraient parce que les patients se ruent chez le médecin pour des bagatelles, parce que de plus en plus de personnes âgées coûtent de plus en plus cher et parce que les médecins gagnent trop d'argent. Le remède? Des réseaux avec responsabilité budgétaire, plus de concurrence et l'introduction de la caisse unique ... Vrai ou faux?

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information de la SSO (photo: iStockphoto)

1. «Les coûts de la santé explosent!»

En 1975, les dépenses de santé ne s'élevaient encore «qu'à» 10 milliards de francs. En 2010, nous en sommes à 63 milliards. Depuis l'introduction de la Loi sur l'assurance maladie en 1996, les coûts augmentent chaque année de 3% à 4%. Aujourd'hui déjà et dans les faits, les factures des primes chargent les budgets de la classe moyenne. Il faut cependant observer que, depuis maintenant des décennies, l'Etat s'est de plus en plus retiré du financement du système de santé. En 1960, il assumait près du tiers des coûts. Aujourd'hui? Un quart seulement! Pendant cette même période, la part des ménages privés aux coûts de la santé est passée de 55% en 1971 à 66% aujourd'hui. Les dépenses continueront à augmenter, ne serait-ce qu'en raison des progrès de la médecine. Mais il n'y a pas «d'explosion» des coûts de la santé.

2. «Comme la population vieillit, les coûts des soins vont massivement augmenter!»

A l'avenir, il y aura de plus en plus de personnes âgées. Et il y aura plus de patients souffrant de nombreuses maladies simultanément. Mais il faut tenir compte du fait qu'à Bâle, aujourd'hui, l'âge moyen de la population est déjà en train de diminuer. Un fait demeure: les coûts des soins médicaux vont fortement augmenter à l'avenir, et c'est pourquoi les cantons planifient un plus grand nombre de places dans des homes. Cette approche n'est pas la bonne: il faut avant tout donner la préférence aux traitements en dehors de l'hôpital si l'on veut réduire les dépenses. Pour y parvenir, il faut valoriser les soins à domicile et les aides pour la tenue du ménage. En tout premier lieu, il est indispensable de renforcer les cabinets médicaux.

Tant qu'un patient peut être soigné en dehors d'un home, il provoque des coûts nettement moindres. Nous avons aujourd'hui besoin de conceptions bien fondées dans le domaine de la gériatrie (sans omettre le coaching en matière de santé ni la prévention!) et pas de ces extrapolations passées reposant sur les besoins en lits.

3. «Les gens vont trop souvent chez le médecin!»

Si l'on regarde le nombre de consultations chez le médecin par habitant et par an, les Suisses y vont moins souvent que les habitants d'autres pays. Les Suisses consultent un médecin en moyenne quatre fois par an. Au Japon, en Tchéquie ou en Slovaquie, les gens se rendent en moyenne dix fois par an chez le médecin, ainsi que le montre une statistique de l'OCDE. Les pays de l'OCDE ont une moyenne de 6,8 consultations par an.

4. «Les médecins gagnent trop d'argent!»

Les médecins, hommes et femmes, ont un bon revenu. Mais leur temps de formation est très long. De plus, ils doivent assumer le risque entrepreneurial dans leur cabinet libéral, et leurs horaires de travail sont inhabituellement longs en raison des services de garde pour les urgences médicales. Depuis 1971, les revenus des médecins en cabinet privé ont baissé de 40%. Leur revenu annuel moyen correspond aujourd'hui à celui d'un enseignant dans un collège avec environ vingt-cinq ans d'ancienneté dans son métier. Si l'on tient compte de leur formation, de leurs responsabilités et d'un horaire de travail de 60 ou 70 heures par semaine, alors leur revenu n'est pas du tout excessif.

5. «La caisse unique ferait baisser les primes!»

Les partisans de la caisse unique affirment qu'en supprimant les courtiers, les campagnes de publicité et les changements de caisse coûteux en frais d'administration, on pourrait économiser près de 500 millions de francs. De fait, la fin de la chasse aux bons risques serait le point fort de la caisse unique. Mais il ne faudrait pas s'attendre à une baisse des primes avec la caisse unique. La qualité de haut niveau ne serait plus récompensée. Si la pression politique exercée par l'initiative populaire pour l'introduction d'une caisse unique avait enfin pour conséquence ne serait-ce que l'amélioration de la compensation des risques, elle aurait déjà atteint son but!

6. «Plus de concurrence ferait baisser les coûts!»

Un coup d'œil sur les Etats-Unis permet de douter de la pertinence de ce remède. Aucun pays n'en met plus sur le marché que les Etats-Unis. Résultat: ce pays a le système de santé le plus cher du monde, mais de loin pas le meilleur. Il faut toutefois se réjouir de la concurrence: mais à la condition toutefois qu'elle se fasse au profit de la qualité et tout à l'avantage des patients. Le bénéfice pour les patients augmente lorsque les maladies sont traitées efficacement et économiquement. Il augmente aussi quand la prévention permet d'éviter des maladies et des accidents. Mais pour y parvenir, il faut que la qualité des traitements médicaux soit systématiquement mesurée, documentée et, surtout, que des comparaisons deviennent possibles.

7. «Les réseaux avec responsabilité budgétaire sont la solution!»

Les médecins de famille, les médecins spécialistes, les médecins hospitaliers ont toujours collaboré entre eux. Ils assurent les échanges d'informations afin de traiter les patients au mieux et dans les meilleures conditions. En d'autres mots: ils ont depuis toujours constitué des réseaux, mais des réseaux informels. Il n'y aurait aujourd'hui plus de médecine de bonne qualité sans intégration des différents spécialistes dans tout plan de traitement. Les réseaux de soins intégrés (ou *Managed Care*) sont aujourd'hui tout en haut de la liste des points de l'ordre du jour en politique de la santé. Pourquoi? Parce qu'aujourd'hui, en politique, il ne s'agit plus que de faire des économies. Il faut se réjouir que des réseaux de soins intégrés assurent une collaboration étroite entre tous les prestataires tout au long de la chaîne des soins. En Suisse, nombreux sont les réseaux qui travaillent selon ces principes. Mais si l'on veut «orienter» le corps médical au moyen d'incitations financières rien que pour faire des économies, alors il faut faire preuve du plus grand scepticisme.



Les Suissesses et les Suisses vont moins souvent chez le médecin que les habitants d'autres pays.

Des poêles et des hommes

En politique de la santé, le débat est de plus en plus dominé par des modèles économiques. Or ceux-ci menacent de saper la confiance profondément ancrée dans notre culture et qui est si nécessaire au bon fonctionnement de la relation médecin-patient.

Marianne Rychner (photo: iStockphoto)

En politique de la santé, le débat est dominé par deux mots-clés: «managed care» et «DRG» (Diagnosis Related Groups). Deux concepts censés permettre de réaliser des économies tout en maintenant la qualité des prestations, voire en améliorant ces dernières. Dans le modèle du «managed care», les patients sont obligés d'avoir recours à un réseau défini de praticiens, à moins de s'acquitter d'une franchise plus élevée. On restreint ainsi le libre choix du médecin, l'objectif étant d'empêcher les patients de réclamer des prestations inutiles ou de consulter un spécialiste sans lui avoir été adressé. Généralistes, cabinets communautaires et HMO (Health Maintenance Organizations) ont ainsi une fonction de contrôleur d'accès avec «responsabilité budgétaire». Des incitations financières sont censées les encourager à ne pas effectuer de traitements inutiles. Quant aux DRG qui seront bientôt introduits dans le secteur hospitalier, ils s'inscrivent dans la même logique: les caisses-maladie et les pouvoirs publics ne dédommagent plus les hôpitaux pour les coûts effectifs occasionnés par chaque cas, mais sur la base d'un forfait, en fonction de catégories de diagnostic précises. Là aussi, une incitation financière est prévue afin de garder les patients le moins longtemps possible et de contrôler les coûts. Ces deux modèles économiques ne tiennent compte que de manière limitée de la complexité de la pratique médicale, comme l'a montré

une reconstruction empirico-qualitative détaillée de l'interaction entre patient et médecin en cabinet médical. D'un point de vue médicosocial, si l'on se fonde sur la théorie de la professionnalisation développée par le sociologue Ulrich Oevermann, la question décisive qui se pose est la suivante: quels sont les problèmes – de façon idéale-typique – qui se posent dans le cabinet médical? Ici, le patient n'est pas un consommateur: contrairement à l'homo oeconomicus, c'est la souffrance qui le conduit dans un cabinet. L'enjeu, pour lui, n'est pas de satisfaire une envie personnelle et d'obtenir un bien de consommation, la «santé». Mais de s'en remettre à un médecin en qui il a confiance pour que ce dernier intervienne de manière plus ou moins importante dans son intégrité physique et psychique, en prenant parfois des risques importants, afin de soulager sa souffrance.

L'être humain dans son entier

L'objectif n'est donc pas une santé absolue, mais de savoir s'il est possible d'atteindre un certain niveau de santé en fonction de l'histoire individuelle du patient avec ses lésions plus ou moins importantes et de son potentiel spécifique d'autogénération. Or pour tenir compte des spécificités propres à un cas particulier, il est indispensable que généralistes et spécialistes envisagent le patient comme un être humain entier, pris dans sa

complexité, et ne se contentent pas d'exécuter un traitement en fonction d'un schéma prédéfini. Il y aura des différences au niveau de la médication, mais aussi de la manière dont le patient contribuera à son propre rétablissement. Ici, certains processus psychothérapeutiques implicites entrent en jeu. La confiance dans le médecin renforce le processus de guérison et en cas d'intervention lourde, elle est même indispensable. Or cette confiance est uniquement rendue possible par la certitude, profondément ancrée dans notre culture, que le médecin agit pour le bien du patient. Ce n'est qu'ainsi que celui-ci peut partir du principe que le praticien n'a pas choisi un traitement pour des motifs intéressés ni – pire encore – dans le but de lui nuire. Cela ne signifie pas que les médecins soient obligés de se sacrifier et de tirer le diable par la queue. Des honoraires appropriés et une considération sociale élevée sont censés empêcher les médecins de se laisser guider, pour des motifs économiques, par la recherche du profit. On objecte souvent qu'il s'agit là d'une idéalisation naïve, d'une argumentation idéologique, d'un prétexte brandi par les médecins pour justifier l'importance de leur revenu et leur exercice tyrannique du pouvoir. Pour étayer cette critique, on cite des incidents scandaleux qui sont le fait d'arrogants «dieux en blouse blanche» s'enrichissant sur le dos de leur patient.

Marianne Rychner est sociologue et enseigne à la Haute école d'économie de Lucerne. Sa thèse de doctorat est consacrée aux limites de la logique de marché dans le domaine médical.

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



Le patient n'est pas un consommateur: c'est la souffrance qui le conduit dans un cabinet.

De tels cas existent, c'est vrai. Mais ceux-ci ne remettent pas en question l'adéquation du modèle de la théorie de la professionnalisation: si l'on dénonce l'abus de confiance, c'est précisément par référence aux exigences éthiques associées à l'image du médecin. Or cette représentation est ancrée dans notre culture et, apparemment, nous estimons qu'elle a sa validité. Elle a aussi pour fonction de rendre possible le lien de confiance entre patient et médecin, une relation nécessaire au traitement. A l'inverse, dans le modèle économique, la maximalisation des gains n'est pas considérée comme un abus, mais comme la normalité.

Les risques du modèle économique

Si le modèle économique supprime les exigences éthiques liées à la position du médecin, il pourrait favoriser l'émergence de ce qu'il dénonce. Les patients se mettront à considérer le médecin

comme un vendeur qui cherche avant tout à maximiser son propre bénéfice, et qu'il s'agit de tester et de comparer avec d'autres, éventuellement meilleurs et moins chers. Or ceci entraîne des coûts, en termes de temps et d'argent. Ce que le «managed care» s'efforce d'endiguer à coups d'incitations a précisément sa source dans cette pensée économique. Il reste à espérer qu'à côté – et peut-être en dépit – des modèles économiques, un certain quotidien médical continuera

à subsister et, avec lui, l'image du médecin œuvrant pour le bien du patient. Car à l'avenir aussi ce ne sont pas des consommateurs, mais des patients désarmés, en souffrance, parfois aussi hypocondriaques, pédants, crédules et méfiants, qui consulteront des médecins qui, espérons-le, utiliseront leur formation scientifique pour appréhender ces êtres concrets dans toute leur complexité. Sinon, il se produira ce que l'écrivain Jeremias Gotthelf mettait en 1844 déjà dans la

bouche du médecin de campagne frustré d'Anne-Bäbi Jowäger: «Je suis de toute façon habitué à ce qu'on tourne en mal tout ce que je fais ici. Ce sont justement ces interprétations malveillantes qui nous font perdre tout intérêt véritable pour nos semblables, et il ne faut plus s'étonner que nous en venions à ne pas considérer les hommes autrement que les chaudronniers considèrent les vieilles poêles qu'on leur donne à réparer.»

Hygiéniste dentaire, corps et âme!

Cornelia Jäggi, de Lohn-Ammannsegg, a été élue à la présidence centrale de Swiss Dental Hygienists en novembre 2010. La première dame des hygiénistes dentaires a une longue expérience de la vie associative. Notre rédactrice s'est entretenue avec la nouvelle élue pour parler de ses idées et de ses objectifs.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photo: mäd/iStockphoto)

RMSO: «Madame Jäggi, quelles ont été les motivations de votre engagement dans votre association professionnelle?»

Cornelia Jäggi: «A part les soins à mes patients, le travail associatif m'a toujours fortement intéressée, car le développement de notre profession y figure au premier plan. C'est ainsi que j'ai été, pendant des années, responsable de l'exposition dentaire qui est organisée à l'occasion de nos congrès annuels. De 1997 à 2003, j'ai été la présidente de la section de la Suisse du nord-ouest. Avant d'être élue en novembre 2010 présidente centrale, j'ai exercé les fonctions de vice-présidente pendant six ans. Plus on se plonge dans la vie associative, plus elle devient passionnante: on

peut faire bouger les choses. C'est un travail aux multiples facettes, passionnant et riche d'enseignements. C'est un vrai défi, et cela me stimule!»

«Votre engagement dans la politique professionnelle a-t-il changé votre vision du monde du travail?»

«Il est évident que le travail associatif donne une vision différente du monde du travail. De mon point de vue, l'esprit d'équipe doit être encore mieux encouragé au sein du cabinet dentaire. On entend encore trop souvent que tout ne s'y fait pas toujours pour le bien du patient. Je ne comprends pourquoi, parfois, des hygiénistes dentaires sont remplacées par des assistantes en prophylaxie qui coûtent moins cher. Il y a cependant de la place pour tous les profils professionnels. L'aspect matériel ne doit pas être mis au premier plan dans un cabinet dentaire. C'est le bien du patient qui doit être au centre de toutes les préoccupations. Engagée à bon escient, l'assistante en prophylaxie est d'un appui précieux et elle est un enrichissement pour toute l'équipe du cabinet dentaire. Mais les patients à risque, ceux qui sont atteints de parodontite, doivent être confiés exclusivement à une hygiéniste dentaire diplômée ES qui a reçu une formation approfondie dans ce but. En général, la disponibilité à apprendre tout au long de sa vie est de la plus haute importance.»

«Dans quelle direction votre association va-t-elle évoluer?»

«Swiss Dental Hygienists, au cours de ces dernières années, s'est donné les priorités suivantes que nous poursuivons de manière ciblée:

- Cadrage clair du profil professionnel de l'hygiéniste dentaire grâce à une formation professionnelle initiale et continue orientée vers l'avenir;
- Engagement résolu pour l'exercice de la profession orienté en fonction de la qualité;
- Positionnement explicite en tant qu'association professionnelle forte au sein du système de santé;
- L'exercice indépendant de notre profession doit être possible dans tous les cantons.»

«Quels sont les points forts de votre association?»

«Notre association professionnelle peut compter sur la coopération résolue de ses membres: en effet, près de 85% de toutes les hygiénistes dentaires sont membres de Swiss Dental Hygienists.» «La formation continue est tenue en haute estime par nos membres. Plus d'un millier de nos mille huit cents membres ont assisté à notre congrès annuel, à nouveau en 2010. Swiss Dental Hygienists est perçue comme une association forte par les milieux de l'économie qui recherchent sa collaboration dans divers projets. Swiss Dental Hygienists est certifiée par le label NPO de l'Institut pour le management des associations (VMI) en collaboration avec l'association SQS. Notre association professionnelle est la première association d'une profession de la santé à obtenir ce label en Europe germanophone. C'est une attestation de qualité de très haut niveau.»

«Quels sont les problèmes qui attendent les hygiénistes dentaires à l'avenir?»

«La population qui compte de plus en plus de personnes âgées a besoin d'un plus grand nombre de spécialistes qualifiés en hygiène dentaire. La péri-implantite chez les porteurs d'implants exige des hygiénistes dentaires de nouvelles formes de traitement reposant sur des techniques nouvelles. Un thème central sera encore et toujours celui des assistantes en prophylaxie. Parfois, et c'est regrettable, elles ne sont pas engagées dans l'équipe du cabinet dentaire en fonction de leur formation continue et de leurs aptitudes apprises. Notre association poursuivra dans ce do-



«L'esprit d'équipe qui règne au cabinet dentaire doit faire l'objet d'encore plus d'encouragements!», estime la nouvelle Présidente centrale, Cornelia Jäggi.

maine sa présence en menant des actions ciblées afin de sensibiliser la population, dans le but de mettre en évidence les différences entre ces deux spécialistes de l'équipe du cabinet dentaire des points de vue de leur formation et de leur qualification.»

«Comment souhaitez-vous développer votre profession? Quelle importance donnez-vous à l'HD au sein de l'équipe du cabinet dentaire?»

«Les exigences toujours croissantes posées à l'hygiéniste dentaire demandent une formation du niveau le plus élevé. Ceci présuppose une adaptation constante des programmes de formation et implique des offres de perfectionnement professionnel. L'accès aux opportunités de formation continue au plan international doit être assuré. La détection précoce des tableaux cliniques, aussi bien en médecine dentaire qu'en médecine générale, est très importante dans le contexte des traitements d'hygiène dentaire. L'intégration de l'hygiéniste dentaire dans le cadre des activités en politique de la santé et dans la recherche scientifique est donc essentielle. Au niveau interdisciplinaire, il faut mieux tirer parti des synergies entre la médecine et la médecine dentaire, pour le bien de nos patients. L'hygiéniste dentaire doit être ancrée et perçue en tant que membre indispensable de l'équipe médicale dentaire. Elle joue au sein de cette équipe un rôle de plaque tournante en faisant intervenir le médecin dentiste ou d'autres spécialistes chaque fois que des traitements plus poussés paraissent nécessaires au-delà de son domaine d'activité. Elle peut aussi déléguer certains travaux spécifiques aux assistantes dentaires ou aux assistantes en prophylaxie.»

«Celle qui vous a précédée à la présidence accordait une très grande importance à l'exercice indépendant de la profession de HD. Quelle est votre position à ce sujet?»

«Je dois préciser ici que notre association a toujours résolument défendu la possibilité d'exercer avec le statut d'indépendant. Ceci valorise notre profil professionnel. Ces trois modèles pour l'exercice de notre profession sont possibles et ont fait leurs preuves:

- Hygiéniste dentaire diplômée ES salariée;
- Hygiéniste dentaire ES, économiquement indépendante au sein d'un cabinet dentaire collectif;
- Hygiéniste dentaire diplômée ES indépendante et exerçant dans son propre cabinet.»

«Nous devons nous adapter à l'évolution des besoins de nos patients. Par exemple, un patient ne souhaite pas être traité chaque fois par une nouvelle hygiéniste dentaire. La continuité s'écrit ici en lettres majuscules. De plus, tous les méde-

cins-dentistes sont loin de collaborer avec une hygiéniste dentaire. A mon avis, les trois modèles que je viens d'énumérer sont en mesure de couvrir les multiples besoins des patients. Notre association continuera à s'engager résolument afin qu'à l'avenir, l'exercice indépendant de notre profession devienne possible dans tous les cantons suisses.»

«Comment souhaitez-vous collaborer avec la SSO?»

«Je souhaite poursuivre notre excellente collaboration dans divers projets communs et dans l'intention de sensibiliser la population à toute l'importance d'une bonne santé buccodentaire. Aussi bien la SSO que Swiss Dental Hygienists façonnent l'avenir politique en matière de formation. Les deux associations s'engagent pour que soient formées des hygiénistes dentaires hautement qualifiées. C'est le bien du patient qui doit être au premier plan, pour le médecin-dentiste comme pour l'hygiéniste dentaire. Et ce n'est possible qu'avec des spécialistes parfaitement formés. De plus, à mon avis, on pourrait mieux tirer parti des synergies, par exemple en élaborant des brochures ou des dépliants.»

«Comment êtes-vous devenue HD?»

«Je n'étais pas intéressée à poursuivre tout de suite des études après ma maturité en 1979. Par hasard, je suis tombée sur un article décrivant cette profession encore inconnue à l'époque. J'ai été fascinée au point de me décider à devenir hygiéniste dentaire. J'aime bien travailler en

contact avec les gens et j'apprécie un travail de précision et d'exactitude. La biologie, l'anatomie et la chimie étaient mes matières préférées au gymnase, et elle faisait précisément partie de ce programme de formation professionnelle. Maintenant, trente ans ont passé et je continue à être hygiéniste dentaire, corps et âme. Jamais, pas un seul jour, je n'ai regretté d'avoir appris ce métier. Je peux aujourd'hui le proclamer avec fierté: être hygiéniste dentaire, c'est ma vocation!»

«Qu'est-ce qui vous plaît dans votre activité HD?»

«Ce qui me plaît, ce sont les contacts avec des personnes de sexe, d'âge et d'origine différents. Ce qui m'intéresse le plus, ce sont les relations entre les aspects de médecine dentaire et de médecine générale. Cela rend notre métier encore plus attrayant. L'encadrement indépendant de mes patients au plan de l'hygiène dentaire est très important pour moi.»

«Qu'est-ce qui vous plaît aussi en dehors des activités au sein du comité et dans le cadre de votre profession?»

«J'aime bien lire des publications scientifiques et la bonne littérature. L'hiver, on me rencontre souvent sur les pistes dans ma patrie d'élection, les Grisons. En été, je fais beaucoup de randonnées, j'aime bien voyager vers d'autres pays et découvrir leurs cultures. Bien que j'aie peu de loisirs, je fais tout mon possible pour soigner mes relations avec mes amis et accorder le plus de temps possible à la vie de ma famille.»

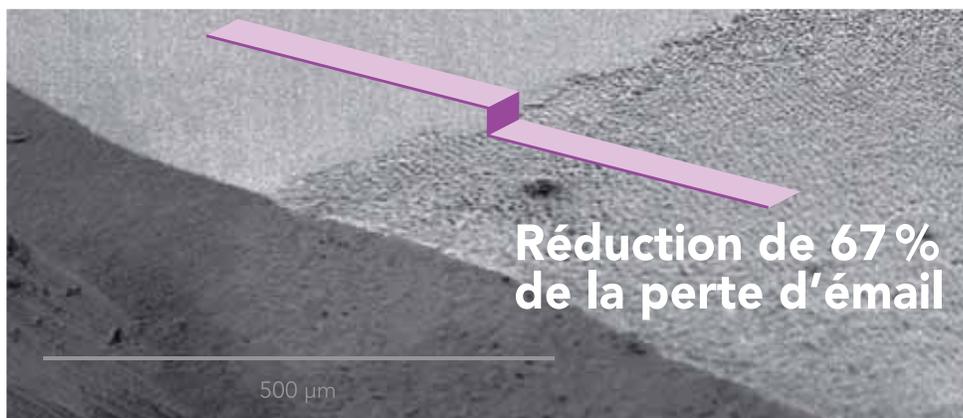
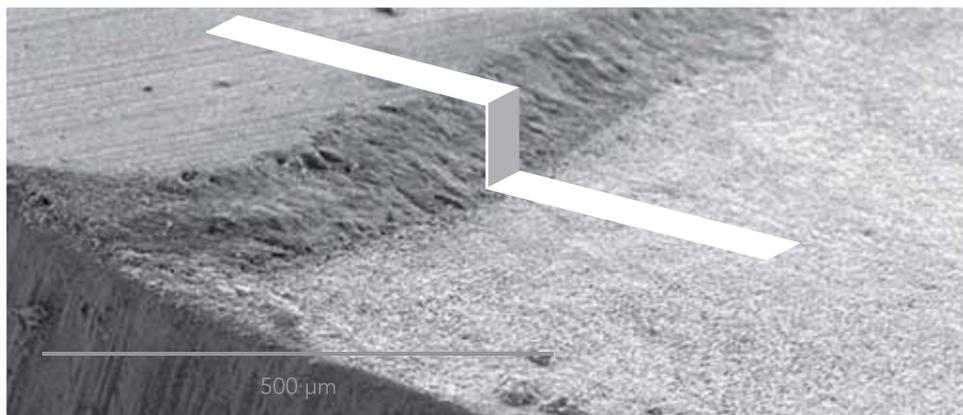


L'hygiéniste dentaire doit être ancrée et perçue en tant que membre indispensable de l'équipe médicale dentaire. Elle joue au sein de cette équipe un rôle de plaque tournante en faisant intervenir le médecin dentiste ou d'autres spécialistes chaque fois que des traitements plus poussés paraissent nécessaires au-delà de son domaine d'activité.

elmex® PROTECTION EROSION réduit significativement la perte d'émail dentaire due aux acides

Ganss et al., IAPD 2009 (Rapport interne)

Perte d'émail dentaire par érosion en cas d'utilisation d'une solution de rinçage sans fluorure



Réduction significative de 67 % de la perte d'émail par érosion en cas d'utilisation de l'eau dentaire elmex® PROTECTION EROSION

NOUVEAU



Cette étude *in situ* avait pour but de déterminer l'efficacité de l'eau dentaire elmex® PROTECTION EROSION contre la perte de substance dentaire dure dans de fortes conditions érosives par rapport à une solution de référence contenant du fluorure de sodium et une autre exempte de fluorure. 24 sujets sains ont porté pendant toute la durée de l'étude de 7 jours des échantillons d'émail et de dentine dans des appareils intra-oraux correspondants et se sont rincé la bouche une fois par jour avec de l'eau dentaire elmex® PROTECTION EROSION ou avec les solutions de référence. Les échantillons étaient déminéralisés chaque jour extra-oralement pendant 6 x 5 minutes avec une solution d'acide citrique (pH 2.3).

La perte de substance dentaire dure due aux acides a été déterminée par profilométrie comme la différence de hauteur entre une zone de référence protégée et la zone d'essai. Par rapport à la solution sans fluorure, l'eau dentaire elmex® PROTECTION EROSION a entraîné une réduction de 67 % de la perte d'émail (de 47 % pour la dentine), tandis que la référence contenant du fluorure de sodium a présenté seulement une réduction de 19 % (dentine 23 %). Dans de fortes conditions érosives, l'eau dentaire elmex® PROTECTION EROSION offre par conséquent une protection significativement meilleure contre la perte d'émail dentaire qu'une solution de référence contenant du fluorure de sodium ou exempte de fluorure.

Une question de cœur

Une maladie et tous les défis qu'elle pose consomment toutes les forces du malade et de son entourage: forces physiques, psychiques ou intellectuelles. Il est donc d'autant plus important de connaître ses ressources et d'y puiser sciemment et consciemment les forces nécessaires. En effet, il nous reste suffisamment d'énergie pour encourager autrui à voir ce qu'il y a encore de positif et de beau dans leur vie, malgré la maladie. C'est là l'objectif poursuivi par la Journée des malades. Le chirurgien cardiaque René Prêtre lance ainsi un appel aux enfants en bonne santé afin qu'ils partagent de temps en temps leur monde à eux avec celui des enfants malades.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photo: Télévision suisse)

Nous possédons aujourd'hui un potentiel impressionnant pour guérir des maladies, pour apaiser des souffrances et pour influencer sur le cours de notre vie. Les progrès et les succès de la médecine, à côté de leurs réussites, voient naître des situations médicales complexes de plus en plus nombreuses. Ils nous placent devant des décisions éthiques difficiles, telles que les nombreuses questions qui surgissent lorsque l'on envisage une transplantation d'organe ou quand on doit rédiger les directives anticipées d'un patient. Et puis il y a l'économisation et la politisation en marche de notre système de santé. C'est révélateur: pour la première fois, l'Office fédéral de la santé publique est dirigé par un juriste! Désormais, des considérations techniques et économiques influent sur nos visions du monde. Au vu de la grande diversité démographique en Suisse, ces visions ne peuvent être que très différentes les unes des autres. Cette pluralité d'opinions inquiète aussi bien les patients que leurs proches et impose dès lors des contraintes inutiles dans la vie des malades. Le discours sur la manière cor-

recte d'aborder la maladie et ses conséquences ne peut pas être entièrement laissé entre les mains des politiciens et des économistes de la santé. Le débat doit se dérouler encore et toujours dans le cadre le plus ouvert, celui d'un débat impliquant le grand public. La Journée des malades vise précisément et chaleureusement à ouvrir la discussion autour de la maladie. A la différence de la politique et de l'économie, l'institution de la «Journée des malades» se concentre intentionnellement sur la compréhension des malades et de leurs proches.

L'isolement des malades

Depuis que la femme médecin suisse, le D^r Marthe Nicati, a désigné en 1939 le premier dimanche de mars comme la journée nationale des malades, l'institution s'efforce de créer un environnement social dans lequel la maladie n'est pas oubliée et dans lequel les malades ne sont pas exclus. Le facteur déclenchant pour la Journée des malades a été l'isolement des malades en séjour dans les sanatoriums pour tuberculeux à Leysin,

Organisations participantes

- Curahumanis
- CDS – Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé
- GELIKO – Conférence nationale suisse des ligues de la santé
- Promotion Santé Suisse
- H+ – Les hôpitaux de Suisse
- Ligue suisse contre le cancer
- Physiosuisse
- Pro Mente Sana
- Pro Senectute Suisse
- Ligue suisse contre le rhumatisme
- santésuisse
- Association Alzheimer Suisse
- pharmaSuisse
- Association suisse des infirmières et infirmiers
- Association suisse des droguistes
- Fédération des Églises protestantes de Suisse
- Fondation suisse de cardiologie
- Ligue suisse contre l'épilepsie
- Croix-Rouge suisse
- Alliance suisse des samaritains
- Société suisse des médecins-dentistes SSO
- Spitex – Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
- Fédération des médecins suisses FMH

de plus en plus oubliés par leurs amis et par leurs proches. L'idée a immédiatement été reprise par les médias: c'est ainsi que l'on a parlé pour la première fois en 1939 de cette «Journée des malades» qui venait d'être introduite. En 1943 déjà, elle était connue et célébrée dans tout le pays.

Chaque année, les organisations participantes (voir l'encadré) choisissent une devise nouvelle pour la Journée des malades. En 2011, celle-ci est «Une question de cœur», très proche de René Prêtre, pédiatre et médecin chef de la chirurgie cardiaque à l'Hôpital de l'Enfance de Zurich, qui a formulé cet appel. Ce professeur de Zurich, médecin de l'année en 2009, sauve en effet chaque année de nombreuses vies d'enfants et dont l'approche toute empreinte d'humanité est d'un si grand soutien pour les parents, année après année. Lisez son appel:

*Cher enfant, cher ami,
A ton âge, je ne rêvais que de football. Je voulais être joueur professionnel et rêvais de gagner beaucoup de titres. J'ai pu beaucoup jouer et j'ai eu un tel plaisir avec ce sport et avec mes coéquipiers que, aujourd'hui encore, je chéris cette période magnifique. Je croyais que je ne devais ma place dans une bonne équipe qu'à un don que le ciel m'avait donné et à de l'entraînement. Aujourd'hui je sais que ce rêve a pu se réaliser parce que je jouissais aussi d'une bonne santé.*



S'il vous plaît, pensez de temps à autre aux enfants malheureux et aidez-les chaque fois que vous le pouvez. Vous ne vous imaginerez jamais à quel point vous leur faites plaisir, simplement en leur montrant que, pour vous aussi, ils existent et font partie de votre monde.

A votre âge – comme vous sûrement – j'étais convaincu que la santé, tout le monde l'avait; et qu'il n'y avait que les grandes personnes pour se plaindre de l'avoir perdue. Avec le temps, j'ai appris que la réalité était différente. Certains d'entre nous viennent au monde avec une atteinte à leur santé, sans qu'ils en soient responsables et sans qu'ils l'aient méritée. Simplement, le destin ne leur a pas donné la même chance qu'aux autres, qu'à nous. En plus de souffrir dans leur corps, ils sont réduits à nous regarder nous amuser et à nous envier de cette chance qui, à eux, leur a été refusée.

Vous n'êtes pas responsables de cette injustice et vous devez continuer à vous amuser et à profiter à fond de la vie. Mais vous devez aussi penser à ces camarades moins fortunés, et les aider si vous le pouvez. Vous ne vous imaginerez jamais à quel point vous leur faites plaisir, simplement en leur montrant que, pour vous aussi, ils existent et font partie de votre monde.

Genèse de la Journée des malades

Madame Marthe Nicati, D^r méd., (1898–1958), femme médecin expérimentée et femme de cœur, a consacré sa vie aux malades. De 1939 à

1945, elle a exercé les fonctions de médecin assistant au sanatorium «Les Alpes vaudoises» à Leysin. Des milliers de malades de la tuberculose se soignaient dans cette localité. Elle a constaté que nombre d'entre eux souffraient de la solitude, exclus de leur famille et de la société. Elle a donc eu l'idée géniale de lancer la «Journée des malades» et elle a choisi le premier dimanche de mars pour cette commémoration. Tout d'abord, la journée n'a concerné en 1939 que Leysin et ses environs. C'est en 1943 qu'elle a fait l'objet d'une reconnaissance officielle. Elle est depuis lors célébrée chaque année et dans tout le pays.

Orateurs invités bienvenus!

Le D^r Michael Bornstein, privat-docent, est convaincu de l'utilité de la collecte d'or dentaire organisée par la Croix-Rouge suisse (CRS) afin de lutter contre la cécité due à la pauvreté dans des pays en développement. C'est pourquoi, cette année encore, la Croix-Rouge suisse a présenté son action de collecte à ses étudiantes et à ses étudiants. Luisa Schmid-Messerli, D^r méd. dent., de Berne, assistait à cette présentation.

Beatrix Spring, Croix-Rouge suisse (Texte et photos)

Une fois encore, ce fut une expérience inoubliable pour une cinquantaine d'étudiantes et d'étudiants lorsqu'ils ont appris comment deux couronnes en or extraites suffisaient pour rendre la vue à un malade en Asie ou en Afrique. «J'ai fait une randonnée en vélo au Tibet», m'a raconté l'étudiant Beat Wicki juste après l'exposé: «J'ai perçu alors les problèmes et l'état de besoin dans lequel vivaient les gens de là-bas. Je suis absolument convaincu du bien-fondé de cette collecte et de son utilité. Elle mérite que nous lui apportions notre soutien!»

Le D^r Bornstein, PD, l'a souligné lors de sa conclusion: «La collecte est d'ores et déjà en cours: «Chaque centime compte!». Il faut absolument penser à la cécité due à la pauvreté et à la misère.» Un film documentaire de la CRS, «Quand la pauvreté rend aveugle» a convaincu les étudiantes et les étudiants de la nécessité impérieuse de cette aide. La responsable du programme pour l'Asie, Monika Christofori-Khadka, a ensuite montré comment des normes de qualité et la compétence des collaborateurs impliqués dans le projet peuvent permettre de mener à bien le plus durablement possible différents projets dans divers pays.

«Je collabore très volontiers!»

Luisa Schmid-Messerli, D^r méd. dent., médecin-dentiste qui pratique à Berne, a immédiatement reconnu, il y a quelques années, tout ce que la cécité causée par la pauvreté pouvait représenter pour les personnes concernées. Elle a décrit sa collaboration à cette action, tout en montrant aux

personnes présentes à quel point il était aisé de motiver les patients en faveur de la collecte de vieil or: «Nous devons expliquer brièvement aux patients ce qu'est l'action «Vieil or pour redonner la vue». Ensuite, ils font toujours un don.» La conscience du manque de perspectives de ces personnes aveugles l'a motivée pour collaborer au sein du groupe de travail de la CRS chargé de la collecte de vieil or. Lors de ses réunions annuelles, elle expose ses expériences et apporte des idées et des propositions créatives, tout en

donnant son soutien à la cheffe du projet en cours d'année également. Luisa Schmid-Messerli désire que le plus grand nombre possible de médecins-dentistes appuient ce projet: «Notre collecte vit grâce au bouche-à-oreille...», souligne cette praticienne engagée. «Des négociants en or ne cessent de nous appeler pour se procurer du vieil or dentaire. Le cours élevé de l'or nous impose de les satisfaire. Une opération de la cataracte avec implantation d'un cristallin artificiel ne coûte qu'une cinquantaine de francs. Cela suffit pour rendre à la fois la vue et un avenir à quelqu'un! Avec si peu d'argent, vous pouvez exercer une influence positive sur le destin de toute une famille», nous explique Luisa Schmid-Messerli.

La collecte du vieil or repose sur la transparence

L'auteure de ces lignes a expliqué comment la collecte était organisée et comment la CRS infor-



Des écolières et des écoliers apportent déjà leur aide pour les examens oculaires au «Camp des yeux».

mait le grand public. Chaque année, tous les médecins-dentistes membres de la SSO reçoivent un rapport annuel succinct sur une page A4. De leur côté, les membres du groupe de travail reçoivent des rapports détaillés sur l'engagement des dons avec une vue d'ensemble précise des recettes et des dépenses, sur le type de dons et sur les produits provenant des métaux précieux. Le vieil or qui a été collecté contient en effet aussi une part de métaux précieux en provenance de bijoux et de pièces de monnaie. En raison de la publicité très agressive que pratiquent les courtiers et du cours élevé de l'or, nombre de personnes privées se laissent malheureusement séduire et vendent leurs bijoux contre des espèces sonnantes et trébuchantes. Ce sont là des revenus qui font cruellement défaut à notre collecte de vieil or. Ce n'est que grâce au soutien fidèle des médecins-dentistes que la CRS peut poursuivre son action de lutte contre la cécité causée par la pauvreté.

L'activité en relation avec les dons d'or demande les soins les plus attentifs. En effet, toute critique négative pourrait causer du tort à la collecte.



Au «Camp des yeux» de Dunai, le D^r Dhungel, ophtalmologue, examine les yeux des écoliers avec la plus grande attention.

Celle-ci, depuis bientôt trente ans, jouit d'une excellente réputation et n'a jamais fait de manchettes négatives. Il faut que cela reste ainsi. Nous

comptons sur votre collaboration. Nous remercions de tout cœur toutes celles et ceux qui apportent déjà leur soutien à ce projet.



Le D^r Michael Bornstein, PD, en compagnie de ses étudiant-e-s et de Luisa Schmid-Messerli, D^r méd. dent. (à droite, à l'extérieur): le groupe «Vieil or pour redonner la vue» à nouveau invité pour 2011!

«Le médecin doit d'abord être un homme»

Le Dr Hugo Obwegeser, professeur honoraire, peut contempler une carrière couronnée de succès. Il est aujourd'hui considéré comme le fondateur de la chirurgie maxillofaciale moderne. Tout a commencé avec un os...

Isabel Plana, Zurich (texte et photo)

A Graz en Autriche, au début des années cinquante. Le jeune chirurgien maxillaire Hugo Obwegeser tient dans sa main une mandibule humaine, la retourne, la contemple sous toutes ses faces. Il réfléchit... Et puis lui vient une idée qui va exercer une influence décisive sur toute sa carrière et sur tout le domaine de la chirurgie maxillaire et faciale: au lieu de la scier en travers, comme c'est la coutume dans la pratique, on pourrait la scier dans sa longueur, et la séparer de haut en bas. «L'avantage, c'est que l'os croît dans de meilleures conditions, en raison de l'interface d'une plus grande surface», nous explique le Professeur Obwegeser. Nous le trouvons assis dans le séjour de sa demeure de Schwerzenbach. Exactement comme il y a soixante ans, il tient dans sa main une mandibule et fait la démonstration de l'intervention pour la journaliste peu versée en chirurgie. Aujourd'hui, «l'ostéotomie sagittale des branches montantes de la mandibule» qu'il a développée est la méthode opératoire la plus souvent pratiquée pour remédier à de nombreuses dysmorphoses maxillofaciales dues à des infirmités congénitales ou à des causes accidentelles. Mais, au début, le Dr Obwegeser a dû faire face à un tollé...

Comme la Vierge devenue mère

Lorsqu'Hugo Obwegeser a présenté sa méthode lors d'un congrès tenu dans une clinique renommée, les spécialistes n'ont fait que secouer la tête: «C'est une cochonnerie! Ce que ce type nous raconte va à l'encontre de tous les manuels!», aurait proféré le patron de la clinique. Le Dr Obwegeser s'en souvient et sourit: «Mes découvertes sont toujours allées à l'encontre de la doctrine dominante», nous dit-il. «Si je ne l'avais pas fait, je n'en serais pas là où j'en suis aujourd'hui.» Le profes-

seur honoraire et ancien patron de la chirurgie maxillaire et faciale de l'Université de Zurich vient de fêter son 90^e anniversaire. Son œuvre de pionnier et son esprit d'innovation ont fait sa réputation. Tout au long de sa carrière, il a été à l'origine de plusieurs méthodes opératoires révolutionnaires, il a publié nombre d'articles scientifiques et écrit un ouvrage spécialisé. Cet Autrichien est aujourd'hui considéré comme le fondateur de la chirurgie maxillofaciale moderne. A l'occasion de son 90^e anniversaire, l'Université de Zurich organise un symposium rétrospectif sur son œuvre. Hugo Obwegeser sourit: «J'en suis venu à la chirurgie maxillofaciale comme la Vierge à la maternité: par hasard!»

Pathologie ou famille

Une fois ses études de médecine terminées en 1945 et après un assistantat en chirurgie générale, le jeune Hugo Obwegeser s'est intéressé à la pathologie, un domaine de la médecine qui étudie sur des cadavres les maladies et leurs causes. «J'ai été fasciné par la pathologie. Un cadavre nous dit tout. C'était incroyablement intéressant que de découvrir tout ce que l'on peut apprendre en observant des échantillons de tissus au microscope.» Il a travaillé deux ans dans ce domaine, sans le moindre salaire. Ce furent des temps difficiles, peu de temps après la fin de la Deuxième Guerre mondiale. Il n'y avait pas grand-chose à manger, les équipements médicaux et les dispositifs d'hygiène étaient insuffisants. «Nous n'avions pas de gants chirurgicaux. Nous disséquions les cadavres à mains nues, sans protection», se souvient-il. «L'un après l'autre, mes confrères en pathologie ont été atteints de tuberculose. J'ai été le seul avec mon chef à y échapper.» Le jeune

médecin a décidé ensuite de se mettre à la recherche d'un autre poste, rémunéré celui-là, sans succès. Le hasard a voulu qu'un professeur de chirurgie maxillofaciale de Graz rende visite à l'Institut de pathologie et qui, lors d'un entretien avec Hugo Obwegeser, lui a offert un poste. «Je serais bien resté en pathologie», raconte l'intéressé, «mais je voulais épouser ma fiancée et fonder une famille, ce qui n'était pas possible sans disposer d'un revenu.»

Un roi comme patient

C'est à Graz qu'Hugo Obwegeser a accompli sa formation en médecine dentaire, chirurgie maxillofaciale. C'est à Graz également qu'il a attiré l'attention par ses prestations en chirurgie. Il devient enseignant à l'Université de Zurich en 1954. Trois ans plus tard, il change d'emploi parce que son salaire mensuel de 1200 francs ne suffisait guère pour subvenir aux besoins de son épouse et de ses six enfants. Il est alors promu aux fonctions de médecin chef de la chirurgie maxillofaciale à Zurich. «Ils ne voulaient surtout pas que je m'en aille», explique-t-il en souriant. En effet, l'Autrichien était l'enseigne de l'institut zurichois. Des patients venaient s'y faire opérer, et ceci du monde entier, nous raconte le Professeur Obwegeser: «J'ai même soigné le roi du Bhoutan!»

Tout en tête

Hugo Obwegeser aime raconter l'histoire de cet enfant italien de 11 ans venu au monde avec deux nez et dont le visage en était tout déformé. Lors d'une opération qui a duré 21 heures, de 8 h du matin à 5 h du matin la nuit suivante, lui et son équipe ont corrigé les malformations. Le Dr Obwegeser a opéré le garçon gratuitement, comme bien d'autres de ses patients. Pour lui, le bien du patient était plus important que les honoraires. «Le médecin doit d'abord être un homme», nous dit-il. «On ne doit jamais utiliser le patient pour faire des essais.» Il touche sa tempe du doigt: «J'avais toujours tout en tête. Quelquefois, la nuit, quand je ne pouvais pas m'endormir, je pratiquais des opérations virtuelles. Toutes mes méthodes sont nées de mes connaissances. Je savais que ce que je faisais était juste.» Totalement lucide jusqu'à son âge avancé, il écrit actuellement son deuxième ouvrage, ses «mémoires professionnels», comme il le décrit. Le fait qu'un symposium se tienne en son honneur ne l'impressionne guère: il hausse les épaules: «Ça passera...». Et puis il a encore un sourire coquin et se replonge dans la contemplation de la mandibule qu'il tourne et retourne dans sa main.



Hugo Obwegeser a révolutionné la chirurgie maxillaire avec l'ostéotomie sagittale de la branche montante de la mandibule.

Cet article est publié avec l'aimable autorisation de l'auteure et du Glattaler, journal régional de Zurich.

Management odontologique

Pour sa traditionnelle conférence d'automne, le 9 décembre dernier, la Société neuchâteloise des médecins-dentistes accueillait M. Rodolphe Cochet pour présenter le thème de «management odontologique». L'audience était constituée principalement de médecins-dentistes, mais aussi de directeurs de clinique, assistantes et hygiénistes dentaires.

Philippe Mojon, Neuchâtel (photos: mäd)

C'est à l'instigation du président de la SNMD, le Dr François Guyot, que l'invitation avait été lancée et c'est lui qui introduisit le conférencier du jour. Il commença son introduction en nous contant avec humour, son expérience personnelle et ses frustrations avant de rencontrer M. Cochet. Celui-ci est consultant en management pour cabinet dentaire, chargé d'enseignement dans différentes universités francophones et chef de rubrique dans plusieurs revues de médecine dentaire.

Le programme de l'après-midi était dense puisque pratiquement tous les thèmes du management d'un cabinet devaient être abordés. La salle de conférence affichait complet avec des participants de la plupart des cantons romands.

Manager: prévoir, organiser et coordonner

M. Cochet définit les termes «manager» et «management» en rappelant que le cabinet dentaire n'est pas une entreprise dont le but serait la production de services à caractère commercial. Il reprend la définition d'Henri Fayol sur les trois tâches essentielles du «manager»: prévoir, organiser et coordonner. Le médecin-dentiste doit avoir des compétences exclusives (soins) et transversales (management). Manager le cabinet c'est gérer le cabinet et encadrer une équipe, ce qui contribue à la qualité de ses services au même titre que les compétences cliniques du praticien.



Le conférencier du jour Monsieur Rodolphe Cochet

Améliorer le management du cabinet dentaire permet donc d'améliorer la qualité des services mais en aucun cas, souligne le conférencier, l'objectif est de faire du marketing. Beaucoup d'annonces promettent d'augmenter le chiffre d'affaires du cabinet en utilisant des techniques de marketing. Sur le long terme, ces techniques sont contre-productives car mal perçues par les patients. Ces derniers recherchent un soignant et non un vendeur. Une discussion s'en suivit sur l'orientation commerciale ou non du cabinet dentaire, le Dr Zimmerli par exemple considère que le médecin-dentiste est un «artisan» qui a donc l'amour de son métier, mais qui doit aussi en tirer un revenu à la hauteur de ses compétences.

Entre idéal et réalité

Le conférencier aborda ensuite le thème des ressources humaines et du rôle de chacun dans un cabinet dentaire. Idéalement, un cabinet dentaire devrait avoir une secrétaire de direction, une assistante dentaire qui se concentre sur l'assistance au fauteuil et une aide pour assurer la stérilisation et la désinfection. Il reviendra plus tard durant sa conférence sur l'inefficacité d'une assistante qui assume plusieurs tâches. La gestion concurrente de plusieurs tâches de travail, dit-il, correspondant à des métiers ou cursus de formation différents, est l'antithèse absolue de l'efficacité et de l'excellence. Suite à cette assertion, un débat animé s'engagea entre l'orateur et certains participants, dû probablement à l'écart entre l'idéal de management et la réalité des échelles de salaires suisses.

M. Cochet déplora l'absence d'enseignement du management durant les études, alors que la gestion, la comptabilité, l'informatique sont abordées mais peu utiles, car se sont des tâches que le médecin-dentiste peut déléguer contrairement au management qui doit être réalisé par le médecin-dentiste dirigeant le cabinet.

Les démissions récurrentes dans le personnel peuvent être un problème de management. Il n'existe pas de recette unique pour motiver son personnel. Chaque membre d'une équipe a des leviers de motivation et de performances qui lui sont propres. Le praticien doit pouvoir trouver le mode

de management qui s'adaptera au profil professionnel de chaque personne de son équipe et plutôt que d'adopter un mode de management général. Il faut être tantôt plus autoritaire (diriger), plus délégatif (responsabiliser), plus participatif (associer), ou plus persuasif (convaincre). Selon la théorie des deux facteurs, développée par Frederick Herzberg, les facteurs de motivation sont reliés au contenu du travail (responsabilités, réalisations), alors que les facteurs d'insatisfaction sont reliés à l'environnement du travail (sécurité d'emploi, salaire, avantages sociaux).

Le conférencier expliqua alors comment il a développé son site www.dentalemploi.com qu'il a créé pour faciliter la recherche de personnel ou la recherche d'un emploi. L'utilisation du site est gratuite. L'autre site important est celui dédié à son activité de conseil en management odontologique: www.rh-dentaire.com. Sur ce site, on peut télécharger gratuitement les articles du conférencier grâce à un accord qu'il a obtenu des maisons d'édition. On peut également faire une préinscription pour un audit de management de son cabinet avec des questionnaires en ligne. Ces questionnaires ont été validés selon des techniques de psychométrie classiques et permettent ensuite d'analyser le profil de chaque employée. Tout aussi important, les compétences et les lacunes managériales du médecin-dentiste sont aussi analysées. Ceci permettra de mettre en place toute une série de mesures pour améliorer le management du cabinet. Le conférencier relèvera cependant que certains médecin-dentistes sont moins à l'aise que d'autres dans leur rôle de leader. Ceci ne devrait pas empêcher une recherche de l'amélioration du management. M. Cochet fit alors référence au concept de management dit «Qualité totale» d'origine japonaise et de la roue de Deming, soit un moyen permettant de repérer avec simplicité les étapes à suivre pour améliorer la qualité dans une organisation.

Rapport à l'argent: Le médecin-dentiste est toujours maladroît quand il aborde les questions d'argent avec son patient. Il faudrait mettre en avant les qualités du cabinet dentaire (plateforme technique, qualité du personnel et de l'accueil, formation continue, etc.). Selon M. Cochet, la présentation d'un devis est une tâche qui peut être déléguée efficacement à la secrétaire de direction. La plupart du temps un problème de rentabilité du cabinet est en fait un problème de management.

Edicter un règlement

L'un des moments le plus attendus de la conférence fut la partie dédiée aux dysfonctionnements et à la communication. Aménager des temps de discussion (réunion de travail) avec son personnel est essentiel, au moins deux heures par mois



Un débat animé s'engagea avec l'orateur et se prolongea pendant les pauses.

prises sur le temps de traitement selon M. Cochet. Un briefing en début de journée devrait être la règle afin que chacun sache quel sera le programme du jour. L'entretien de fin d'année est également essentiel pour maintenir une bonne motivation parmi le personnel. La formation du personnel est un point essentiel, mais là les différences entre la France et la Suisse sont importantes. Enfin, pour motiver les assistantes, il est important de leur offrir la possibilité de suivre des cours de formation continue. Afin d'éviter les conflits, il faudrait, entre autres, édicter un règlement précis destiné au personnel, qui inclut les sanctions en cas de non-respect des règles et qui définit les tâches de chacun.

Pour conclure, on peut dire qu'un bon manager de cabinet devrait garder constamment en tête les deux questions suivantes: quelle image se font mes patients de mon cabinet et quelle est l'opinion de l'équipe sur son dirigeant. L'après-midi fut donc riche en information, et l'audience remercia chaleureusement M. Cochet pour son excellente présentation. Nul doute que certains changements s'opéreront dans les cabinets dentaires romands, ces prochains mois!

Congrès / Journées scientifiques

Paul Herren Award 2010

Le «Paul Herren Award» a été remis le 9 décembre 2010 pour la deuxième fois déjà. La Clinique d'Orthodontie de l'Université de Berne a fondé ce prix en mémoire des mérites du Professeur Paul Herren. Ce prix est décerné chaque année à des personnalités de l'orthodontie en reconnaissance des performances excellentes dans les domaines de l'enseignement, de la clinique ou de la recherche.

Pascal Menzel, CDM Berne (texte et photos)

Le directeur général de l'Ecole de Médecine Dentaire de l'Université de Berne, le *Professeur Daniel Buser*, a tout d'abord salué les 260 invités, qui s'étaient rendus dans le magnifique Hôtel Bellevue Palace de Berne. Il a commencé sa rétrospective en parlant de la période de 1954 à 1981, dans laquelle le *Professeur Paul Herren* était directeur de la Clinique d'Orthodontie. Le *Professeur Buser* avait fait sa connaissance étant étudiant et se souvient de sa forte personnalité avec beaucoup de chaleur. C'est avec le *Professeur André Schröder* que le *Professeur Herren* avait réussi à établir la médecine dentaire dans la Faculté de Médecine de l'Université de Berne. Grâce à ses recherches et à son activité clinique le *Professeur Herren*, et ainsi l'Ecole de Médecine Dentaire de l'Université de Berne, ont obtenu une grande notoriété au-delà nos frontières. Pour

conclure, le *Professeur Buser* a présenté au public le livre anniversaire des 90 ans de la Clinique Dentaire de Berne ainsi que des 60 ans de l'association des anciens étudiants (VEB).

Le *Professeur Christos Katsaros*, Directeur de la Clinique d'Orthodontie de l'Université de Berne, a rendu hommage au lauréat du Paul Herren Award 2010. *Vincent G. Kokich* dirige son cabinet privé à Tacoma (Washington) à côté de son activité en tant que Professeur d'Orthodontie à l'Université de Seattle. Le *Professeur Kokich* a beaucoup publié. Dans ses premières années de sa carrière il s'est investi dans la recherche élémentaire dans le domaine de la croissance suturale et du développement cranio-facial. Il a ensuite effectué beaucoup d'études cliniques au sujet des traitements interdisciplinaires. Il est un orateur très apprécié et a tenu plus de 1000 cours et présen-



Le *Professeur Daniel Buser* a ouvert la cérémonie de la remise du Paul Herren Award 2010 à l'Hôtel Bellevue Palace de Berne.



Lors de sa présentation le *Professeur Vincent G. Kokich* a parlé entre autres du remplacement des incisives latérales supérieures manquantes.

ecstasy of implant replacement» était majestueuse dans tous les domaines.

Le *Professeur Kokich* a tout d'abord montré différents cas d'incisives latérales supérieures manquantes. Celles-ci avaient été remplacées soit au moyen de l'orthodontie y compris la remodelisation de la canine, soit par un implant dentaire. Le plus important d'après lui est que l'on trouve la meilleure solution pour chaque situation spécifique. Il y a six points clés qui sont à respecter lors du remplacement de latérales supérieures par des implants selon le *Professeur Kokich*.

La première condition est un espace adéquat. Pour cette raison il est important que l'orthodontiste, le chirurgien oral et le médecin-dentiste s'occupant de la reconstruction se retrouvent pour discuter de la situation. La place nécessaire est obtenue en augmentant l'espace et aussi grâce à la réduction approximale d'émaille dans la région postérieure. Ceci n'est pas seulement important pour la pose de l'implant dentaire, mais aussi pour l'adaptation des tissus mous. Après avoir obtenu l'espace nécessaire, l'angulation de la racine de l'incisive centrale et de la canine doit être maintenue afin de permettre l'implantation ultérieure. Pour cela il favorise la rétention fixe au lieu d'une solution amovible. La troisième condition concerne

le niveau de la gencive de l'incisive centrale. Celui-ci dépend de la croissance et peut encore diminuer avec le temps, mais dans certains cas il est nécessaire de pratiquer une chirurgie gingivale pour rehausser la gencive de l'incisive centrale. D'autres thèmes concernent la hauteur de la papille péri-implantaire ainsi que le moment de l'implantation. Les implants ne devraient pas être posés lors la croissance, durant laquelle il y a encore une éruption physiologique des dents avoisinantes. Le dernier point concerne la crête alvéolaire. Pour garder l'épaisseur osseuse, la canine de lait doit être maintenue le plus longtemps possible et être extraite peu avant l'implantation. En cas de perte, la canine permanente peut être déplacée orthodontiquement afin de créer l'os nécessaire. Des études à long terme ont par ailleurs montré, que l'os crée de cette manière n'est pratiquement pas résorbé, même dans la partie antérieure.

En observant ces six points, l'orthodontiste crée une situation optimale pour l'implantologue et pour le médecin-dentiste s'occupant de la reconstruction.

Cette manifestation couronnée de succès a été soutenue par GAC-Dentsply ainsi que par 3M-Unitek et a été clôturée par un apéro dînatoire.

tations à travers le monde entier. Le *Professeur Kokich* a également été actif dans différentes fonctions administratives, par exemple en tant que Président de l'American Academy of Esthetic Dentistry ou en tant que Président de l'American Board of Orthodontics. Le *Professeur Katsaros* a aussi souligné que le lauréat avait reçu un grand nombre de prix et de distinctions et qu'il était membre ou membre honoraire de diverses sociétés scientifiques. De plus, il a été nommé rédacteur en chef de l'American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics à partir de janvier 2011.

Le prix a été remis au *Professeur Vincent G. Kokich* par le *Professeur Peter Eggli*, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Berne. Le lauréat a remercié chaleureusement le *Professeur Katsaros*, l'initiateur du prix, ainsi que la Faculté de Médecine de l'Université de Berne, mais aussi sa famille pour le grand soutien tout au long de sa carrière. Sa présentation de 90 minutes avec le titre «Missing maxillary lateral incisors: The agony and



Le Doyen de la Faculté de Médecine, le *Professeur Peter Eggli* (à gauche), et le *Prof. Vincent G. Kokich* lors de la remise du prix.

IDS 2011: point de convergence du marché dentaire mondial

L'IDS est la plus grande foire au monde pour les médecins-dentistes, les laboratoires dentaires et tous les spécialistes intéressés au commerce international des produits spécialisés pour la médecine dentaire. Cette rencontre périodique a lieu tous les deux ans, cette année du 22 au 26 mars 2011 à Cologne.

Sybille Scheuber, CMD Berne (texte et photos)

On attend mille huit cents exposants venus de cinquante-six pays sur près de 14 3000 mètres carrés: une offre très vaste et riche de nouveaux produits et de nouvelles prestations. L'IDS est considérée comme la plate-forme idéale pour la présentation des tendances de demain dans le secteur de la médecine dentaire.

La marque distinctive de l'IDS est une affluence considérable, aussi bien d'exposants que de visiteurs. La Suisse ne sera pas en reste pour présenter de nouveaux produits, à côté de l'Allemagne, de l'Italie, des Etats-Unis et de la République de Corée.

A quoi doit-on s'attendre?

L'une des tendances manifeste de ces dernières années est le *numérique*. De la prise d'empreintes à l'aide de scanners oraux jusqu'au traitement par fraisage des matériaux les plus divers, le numérique trouve de plus en plus de partisans convaincus. Les matériaux céramiques, les métaux et les matières synthétiques conviennent en effet parfaitement aux procédés CAO/FAO. Les opportunités révolutionnaires ainsi ouvertes aux médecins-dentistes sont à rechercher en priorité dans

les disciplines de la *prothétique* et de l'implantologie. La radiologie 3D et le transfert sur un gabarit n'ont pas cessé de se perfectionner et ont fait de remarquables progrès. Des avancées sont également à signaler dans le domaine de l'*implantologie*: les facteurs de croissance humains recombinant produits artificiels qui se lient au matériau de substitution de l'os ainsi que les BMP (Bone Morphogenetic Proteins) qui favorisent la résorption du matériau de substitution de l'os constituent un enrichissement intéressant de l'offre.

La prise de conscience du rôle essentiel de la *prophylaxie* des affections bucco-dentaires s'affirme toujours plus. Elle prend d'autant plus d'importance dans le contexte actuel du vieillissement de la population. Un grand nombre de produits et d'auxiliaires pour les soins buccodentaires, aussi bien professionnels que chez soi, sont offerts aux médecins-dentistes et aux professionnels des cabinets dentaires, au service de la prophylaxie individuelle efficace de leurs patients. Les caméras intra-orales, les procédés par fluorescence assistés par caméra, les systèmes radiologiques numériques permettent le *diagnostic* plus

sûr et plus moderne des caries et des affections du parodonte. Pour préserver une dent jusqu'à un âge avancé, un *traitement radiculaire* effectué dans les règles de l'art représente encore un défi non négligeable pour nombre de praticiens. La préparation manuelle ou mécanique du canal radiculaire, le rinçage efficace, des matériaux et des instruments modernes pour le conditionnement à l'abri des bactéries seront présentés aux visiteurs de l'IDS. On y verra également des instruments sophistiqués au service de l'endorevision, des procédés de microchirurgie mini-invasive, des systèmes avancés de tenons radiculaires, désormais parvenus à maturité et qui ne sont plus réservés aux seuls spécialistes en endodontologie. L'IDS offre aux médecins-dentistes intéressés et aux membres de leur équipe la meilleure opportunité de s'informer exhaustivement sur tout l'éventail des concepts modernes de traitement ainsi que sur les évolutions les plus récentes dans les domaines de la thérapie et du diagnostic, notamment par des entretiens avec des spécialistes présents sur les stands des exposants ou avec des utilisateurs avertis.

Cher lecteur, sachez-le toutefois: la meilleure des expositions ne sert à rien si elle n'a pas su éveiller votre intérêt!

L'exposition ne sera pas la seule à attirer les nombreux visiteurs. La ville de Cologne également propose de nombreuses possibilités culturelles dans les domaines de la musique, du théâtre et de l'art. Les visiteurs auront ainsi l'occasion de varier les plaisirs.

Les visiteurs de l'IDS pourront profiter des conditions spéciales exclusives offertes par la Deutsche Bahn et par la compagnie aérienne Lufthansa. Tous deux proposent aux voyageurs des conditions avantageuses pendant cette période. Vous pouvez



L'IDS organise régulièrement en décembre une rencontre à l'intention de la presse spécialisée pour la préparation optimale de la manifestation.

réserver vos vols sur la plate-forme de la Lufthansa <http://www.lufthansa.com/Event-Buchung> en donnant le code d'accès «DEVSN». Pour le transport ferroviaire, vous pouvez vous procurer des billets aller et retour au prix avantageux de CHF 125.– en vous rendant sur le site www.idscologne.de (code d'accès «IDS»). Le site web www.hotelzimmerbuchung.com vous donnera accès à un contingent attrayant de chambres d'hôtel avantageuses à Cologne et dans les environs: voyage et hébergement sont ainsi garantis! Il vaut la peine de réserver assez tôt, car on s'attend à une grande affluence. Une application IDS gratuite vous attend pour vos iPhone et Blackberry afin de faciliter la coordination et l'orientation lors de votre visite des stands sur le très vaste site de l'exposition. Il est très aisé de se procurer les cartes d'accès. Les e-tickets peuvent être imprimés sur votre propre ordinateur, une fois commandés et payés sur le site www.ids-cologne.de.



La rencontre avec la presse spécialisée propose un riche programme culturel en plus de l'avant-première.

Revues

Fêlure dentaire

Banerji S et al.:
Cracked tooth syndrome.
Part 1: Aetiology and diagnosis
Br Dent J 208: 459–463, 2010

Le syndrome de la fêlure dentaire se réfère à une fissure de profondeur et de direction inconnues, qui risque de progresser en atteignant la pulpe et le ligament parodontal. Le tableau classique en est une douleur aiguë apparaissant en mordant ou en consommant des boissons et/ou des aliments froids. Cette sensation peut durer plusieurs mois et survient aussi lorsque le patient relâche la pression en mastiquant des aliments fibreux, en consommant des substances sucrées, en grinçant les dents ou en effectuant des mouvements d'excursion mandibulaire. Il est souvent difficile d'identifier la dent source des symptômes. La situation peut évoluer en pulpite irréversible ou en lésion périapicale si le trait de fracture atteint la chambre pulpaire, voire même développer une fracture verticale complète.

Le patient souffrant de fêlure dentaire a en général entre 30 et 60 ans. Un taux d'incidence sur une population de 8175 personnes indique un pourcentage de 9,7% sur une période de 6 ans.

Les dents cariées ou restaurées sont les plus vulnérables. Cependant, 35% des cas de fêlures atteignent des dents saines. Les molaires inférieures sont les plus souvent concernées, et les prémolaires inférieures restent les moins affectées.

Les premières molaires inférieures sont aussi les plus fréquemment cariées ou restaurées, soit plus susceptibles. L'effet de coin produit par la proéminence du tubercule de Carabelli de la première molaire supérieure sur la première molaire inférieure peut contribuer au risque.

Les tenons parapulpaire, l'application de résines sans recours à la déposition de couches successives et une pression excessive lors de scellements d'inlays, d'onlays ou de bridges sont des actes opératoires qui exposent les dents aux fêlures. D'autres facteurs comprennent les alliages d'amalgame de moindre qualité, les amalgames contaminés par l'humidité, ainsi qu'une condensation excessive lors de leur application. L'élimination excessive de structure dentaire lors d'une préparation cavitaire peut aussi fragiliser une dent, de même que les différentiels d'expansion thermique entre la dent et le matériau de restauration. La cause immédiate d'une fêlure dentaire apparaît en général en mordant un objet dur brusquement et avec force. Un traumatisme occlusal ou une interférence sur des cuspidés fragilisés peuvent générer une fêlure, de même que la perte d'un guidage antérieur.

Un trismus, une zone morphologique plus faible, des sillons profonds, des furcations importantes, des chambres pulpaires volumineuses, des angles cuspidés aigus, le tubercule de Carabelli, une linguoversion des molaires inférieures sont d'autres causes de fractures.

Les auteurs citent aussi les piercings de la langue, le fendillement dentaire dû aux instruments rota-

tifs à haute vitesse, les érosions et les variations thermiques. Les tissus dentaires deviennent aussi plus cassants avec l'âge.

Le diagnostic d'une fêlure n'est pas toujours aisé. Les symptômes en sont variables et parfois bizarres. Environ 20% des patients sont référés à un endodontiste avant de poser un diagnostic de fêlure. S'il est précoce, le pronostic en est souvent favorable. La détection d'une fêlure passe par un examen attentif des signes, en particulier la sensibilité au froid et à la pression forcée. Les traits de fractures sont en général parallèles aux forces exercées sur le plan cuspidien. Les fêlures sont en général plus superficielles et moins douloureuses lorsque les restaurations sont étendues. Les petites restaurations ont souvent des fêlures qui s'approchent de la pulpe. Les traits sont souvent verticaux et prennent une direction mésiodistale le long de la surface occlusale, jusqu'à atteindre une ou deux extrémités de la dent.

Les douleurs imitent souvent les symptômes d'une parodontite aiguë, d'une pulpite réversible, d'une hypersensibilité dentinaire, d'une sensibilité galvanique, d'une sensibilité postopératoire liée au relargage des résines, de restaurations fracturées, de surocclusion, de traumatisme occlusal en présence de parafunctions, de névralgie trigéménée et de troubles psychiatriques.

Les fissures ne sont pas souvent visibles, et les loupes ou la transillumination peuvent être indiquées dans le processus diagnostique. Une sonde droite et pointue peut déceler des failles ou tester les bords d'une restauration importante. Les lésions apparaissent souvent lorsque la restauration est éliminée.

Les clés du pronostic résident dans la localisation et l'étendue de la fissure. Les lésions horizontales

confinées à la dentine et situées au plus à 3 mm en-dessous de l'attache parodontale ont un pronostic favorable. Ce dernier est sans espoir lorsque la lésion est une fracture mésiodistale complète et que le fragment ne peut être retiré ou exposé par une gingivoplastie ou une alvéoloplastie.

D'autres facteurs pronostiques incluent la morphologie coronaire et radulaire, les traitements antérieurs et les forces fonctionnelles. Un diagnostic précoce épargne la péjoration d'une fracture. La perte de vitalité pulpaire représente un élément négatif.

La compréhension de l'épidémiologie, de l'étiologie, de la physiopathologie, des défis diagnostiques et du pronostic des fêlures dentaires vont aider le clinicien dans sa gestion du problème.

Michel Perrier, Lausanne

Esthétique maxillo-faciale

Assael L A:

Maxillofacial health, beauty, and Chi: Andy Gump and the avatars

J Oral Maxillofac Surg 68: 499-500, 2010

Le «Chi» ou «qi» de la médecine chinoise se réfère à l'énergie vitale ou au sens du moi d'un individu. Il définit ainsi qui nous sommes et ce que nous choisissons de devenir. Dans le film «Avatar», les traits des Na'vi restent étrangers à nos concepts de la beauté et évoquent plutôt un personnage monstrueux. Cependant, leur santé, leur vie communautaire, la cohérence de leur environnement, leurs relations personnelles et leur accomplissement physique, soit leur Chi, leur donnent leur véritable beauté. D'une manière similaire, Andy

Gump (personnage célèbre de bande dessinée américaine) est dépourvu de mandibule et porte une moustache qui cache un stoma cervical. Il bénéficie toutefois d'un Chi suffisamment fort pour diriger intelligemment sa famille, pour philosopher et s'élever au rang de Monsieur Tout-le-monde en dépit de sa difformité. Il deviendra même candidat à la présidence des Etats-Unis.

Chaque jour, le chirurgien maxillo-facial traite des patients dont l'apparence est éloignée de la norme, mais qui n'assument pas leur existence avec le même succès que les Na'vi ou Andy Gump. Ces carences peuvent être vaincues dans leur propre environnement en construisant une notion forte du moi ou du Chi.

Le Chi représente la force du moi qui assure l'auto-efficacité. Celle-ci permet à l'individu de vivre sa malformation ou sa carence avec succès. Un Chi élevé apporte un sentiment de santé, d'accomplissement, de bien-être et de succès. La susceptibilité aux blessures et à la maladie apparaît lorsque le Chi est diminué. Augmenter son Chi passe aussi par le sport, les arts martiaux, le yoga, la méditation, la religion, la participation à des événements familiaux, l'éducation d'enfants, l'interaction sociale, la création artistique et l'aide aux autres. Andy Gump et les Na'vi ont un Chi très élevé qui gomme leurs défauts, évite le stéréotype ou la marginalisation, et promeut l'intégration.

Le chirurgien peut encourager ses patients à entreprendre des activités quotidiennes qui vont favoriser leur bien-être avant et après leur traitement. Ils vont ainsi s'engager dans un processus d'accomplissement dans leurs activités courantes. Le rétablissement est plus rapide et effectif lorsque les patients s'engagent dans la vie sociale et publique rapidement après une chirurgie réparatrice.

Les chirurgiens devraient éviter de catégoriser leurs patients d'après leur apparence et risquer de stigmatiser leur aspect «horrible». Il faudrait dire aux enfants souffrant d'une fente labio-palatine qu'ils sont beaux et les encourager à être présents et actifs dans des cercles sociaux. Les problèmes cliniques devraient cependant être objectivés. Il vaut mieux entendre qu'on a une hypoplasie mandibulaire, soit une interruption précoce de la croissance maxillaire, plutôt que de parler de difformité. La réponse d'un patient sera plus positive lorsque les mots «dysharmonie» ou «chirurgie correctrice» seront utilisés. Insister sur une perspective d'amélioration catalysera l'établissement d'une attitude positive face au traitement et au rétablissement.

Le chirurgien peut aussi choisir des procédures qui vont aider le patient dans ses rapports avec la vie communautaire et ses activités journalières. Il devra aussi apprécier la capacité et la volonté du patient à choisir le traitement approprié en influençant son Chi dans le processus de guérison. Un visage ne reflète pas nécessairement l'âme d'un individu. Les patients qui subissent des procédures chirurgicales orthognathiques, reconstructives ou correctives de la face peuvent être encouragés par leur chirurgien. Se concentrer simplement sur les objectifs positifs de la réparation d'une dysharmonie peut favoriser le développement du sens du moi individuel. Andy Gump incarne l'importance de s'accepter et d'avoir du succès par ce qui nous rend différent, et non en dépit de nos imperfections. Les Na'vi montrent que les humains qui trouvent la beauté dans d'autres individus ou même dans d'autres espèces peuvent découvrir celle qui est en eux.

Michel Perrier, Lausanne