

II: De l'échec de la LAMM à la LAMal (1981–1996)

La question du remboursement des soins dentaires a une longue histoire en Suisse. Un épisode marquant en a été, en 1974, le net refus par le peuple et les cantons, de la double proposition de l'initiative populaire «pour une meilleure assurance-maladie» et du contre-projet du Conseil fédéral visant à modifier l'article 34 de la Constitution fédérale concernant la loi sur l'assurance-maladie.

Thierry Delessert, avec la collaboration de Vincent Barras

Nous avons vu dans le précédent article que la SSO avait pris une part déterminante à la campagne du refus. Suite à celui-ci, ce ne sont pas moins de 35 interventions parlementaires proposant des adaptations de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMA) qui sont déposées entre 1975 et 1980. En 1981, le Conseil fédéral présente un projet liant maternité et assurance de soins, sans toucher aux principes de la prime individuelle et de l'assurance facultative. Rejetée à la fin de 1987, la révision de la LAMA est poursuivie en séparant les questions de la maternité et de la santé, et un nouveau projet est présenté en 1991. Prévoyant l'obligation d'assurance, la loi fédérale résultant des débats et compromis parlementaires est adoptée à une courte majorité par les citoyens à la fin de 1994 et institue l'actuelle LAMal, où les soins dentaires sont intégrés de manière limitée. Le présent article, fondé sur l'analyse détaillée des documents officiels de la Confédération ainsi que du *Bulletin professionnel de la SSO*, s'attache à comprendre le processus ayant abouti à cette intégration partielle au niveau de la politique fédérale.

1981: La LAMM, un nouveau projet de loi sur l'assurance-maladie et maternité

En 1981, le Conseil fédéral présente au Parlement un ensemble de mesures ponctuelles corrigeant la LAMA. Ce projet de loi sur l'assurance-maladie et maternité (LAMM) prévoit, dans l'une de ses dispositions, de «rendre possible l'assurance d'exams préventifs et de traitements dentaires.»¹ S'inspirant du «modèle de Flims» de 1972 (voir article précédent), le projet prévoit une assurance dentaire facultative et l'inclusion de certains soins dentaires dans l'assurance de base. En réalité, ces derniers sont définis par la pratique juridique, car, en 1972 déjà, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) avait arrêté, sur la base du même «modèle de Flims», que l'extraction de dents malades et le traitement des plaies et des infections buccales sont des prestations à la charge des caisses-ma-

die. A cette occasion toutefois, la problématique s'était déplacée sur la question du praticien: la profession de médecin-dentiste n'étant pas mentionnée parmi les prestataires reconnus par la LAMA, le recours du patient contre sa caisse-maladie fut par conséquent débouté.²

Dans le projet de 1981, l'inclusion de certains soins dentaires s'accompagne de celle des médecins-dentistes comme prestataires reconnus par les caisses-maladie. Pour l'assurance de base toutefois, les interventions considérées sont limitées: concernant uniquement la chirurgie dentaire et les prestations apparentées, le projet prévoit le remboursement des médicaments et analyses complémentaires prescrits par un médecin-dentiste. Les autres soins relèvent d'une assurance complémentaire facultative prévoyant un remboursement minimal de 50%; les caisses-maladie conservent la liberté de définir les bons et mauvais risques. Enfin, de manière plus générale, et par analogie aux médecins, les médecins-dentistes sont inclus dans l'article 21.³

Le *Bulletin professionnel de la SSO* campe ferme sur la position que la SSO défend depuis les décennies antérieures, selon laquelle un système assurantiel, même facultatif, contredit le principe de la prévention. La ligne argumentative est la suivante: la pratique dentaire libérale permettrait le développement d'une médecine sociale orientée sur une prophylaxie aux résultats plus efficaces que ceux des pays voisins, tels que la France, l'Italie ou la Grande-Bretagne; en outre, l'extension des soins dentaires prévus dans la loi entraînerait une bureaucratisation et une réduction des revenus des médecins-dentistes.⁴ En revanche, dans les différents articles que ce même Bulletin consacre à la question, on ne trouve pas de commentaire relatif à l'assimilation des médecins-dentistes aux médecins dans la loi fédérale. Sans doute celle-ci paraît-elle désormais acquise, comme le prouve l'arrêt du TFA cité plus haut, qui révèle que les soins prodigués par un médecin-dentiste peuvent être compris dans l'assurance de base.⁵

A la même époque, plusieurs autres signes témoignent de cette tendance à l'assimilation: la SSO et le Concordat suisse des caisses-maladie ont adopté en 1979 une convention sur les prestations chirurgicales assimilées aux soins médicaux «obligatoires»; en janvier 1982, une délégation de la SSO est auditionnée comme partenaire de soins reconnu par la commission préparatoire du Conseil national.⁶

Par rapport au projet de 1981, la LAMM du 20 mars 1987 se fait encore plus laconique sur les soins remboursés par l'assurance de base. S'y trouve en effet mentionné uniquement le fait que «les prestations dues au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques pour soins donnés par un dentiste comprennent les traitements, à désigner par le Conseil fédéral, en cas d'affections non évitables du système de mastication et de leurs suites ainsi que le traitement de lésions du système de mastication causées par un accident, lorsque ce traitement n'est pris en charge par aucune autre assurance.»⁷ L'assurance complémentaire dentaire se trouve quant à elle rayée de la loi, alors même que les médecins-dentistes gagnent leurs galons face à la LAMA.

L'ensemble de ces éléments témoigne du remaniement du projet advenu lors des débats parlementaires au Conseil national en 1984. Les conflits entre les députés se centrent alors particulièrement sur les questions de la maternité, de la sélection des «bons risques» par les caisses-maladie et de la tarification des prestations médico-hospitalières; la question de l'assurance complémentaire dentaire est en revanche considérée comme non prioritaire. La formulation finale de la loi, adoptée en tant que proposition de la commission préparatoire sans aucune discussion, inclut également l'adoption de l'analogie entre médecins-dentistes et médecins.⁸

Lobbying parlementaire de la SSO et réduction des prestations

Lors des débats au Conseil des Etats en décembre 1986, le sénateur radical zougais Othmar Ander-

matt, rappelant ses prises de positions de 1973 (voir article précédent), les appuie de tout le poids de ses 37 ans de pratique professionnelle: non seulement la prophylaxie dentaire a fait des progrès spectaculaires, réduisant l'incidence des maladies buccodentaires, mais encore le remboursement des soins dentaires risquerait d'inciter les patients à négliger les mesures de prévention. La pleine participation constitue une double mesure sociale: d'une part, les patients sont incités à chiffrer précisément le budget alloué au soin de leur dentition et à faire des choix réfléchis tant en matière d'hygiène que de choix d'une technique et d'un praticien; d'autre part, les coûts de ces soins ne pèsent pas sur l'assurance-maladie de base.⁹ Othmar Andermatt plaide également en faveur de l'introduction du «ticket modérateur» que prévoit le projet fédéral, par le biais de franchises et de quotes-parts à charge des patient-e-s. A bien des égards, la dent devient le symbole d'un capital santé que l'individu est supposé gérer rationnellement, par les mesures de prévention et d'hygiène qu'il adopte, ainsi que par le libre choix de son praticien. Dans cette logique, la pleine facturation des soins constitue le moyen efficace d'inciter tout-e citoyen-ne à adopter un bon comportement sanitaire envers lui ou elle-même, ainsi qu'à devenir l'agent (et ceci vise tout particulièrement les mères de famille) d'une prophylaxie dentaire bien comprise.¹⁰

Le fait qu'Othmar Andermatt soutienne ainsi la nouvelle formulation légale révèle que la SSO est intervenue afin de faire adopter une formulation légale différente du projet initial du Conseil fédéral. Peter Müller-Boschung, président de la commission pour la politique de la santé de la SSO, estime rétrospectivement que le projet fédéral ouvrait la porte à un remboursement des soins dentaires préventifs et relate que l'ensemble des institutions de formation des médecins-dentistes s'y opposait. La formulation finalement adoptée prévoit de faire couvrir les «affections non évitables du système masticatoire» par l'assurance de base: elle permet ainsi d'éliminer du catalogue de prestations la prévention et le traitement des caries, tout en cadrant avec précision les remboursements obligatoires. En avril 1983 déjà, à la demande de la commission préparatoire du Conseil national, la délégation de la SSO élabore une liste d'affections «non imputables» aux patient-e-s: les conséquences d'affections du système sanguin, du métabolisme, de l'hérédité, de tumeurs malignes ainsi que les parodontopathies juvéniles progressives.¹¹ Dès lors, la SSO travaille activement avec l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) pour qu'une telle liste soit concrétisée dans une future ordonnance d'application en marge des débats parlementaires, et promeut le texte légal révisé auprès de ses membres.¹²

En été 1987, l'Union suisse des arts et métiers lance un référendum contre la LAMM. L'opposition porte surtout sur l'assurance-maternité. Mais, en ce qui concerne l'assurance-maladie, l'association patronale s'oppose également au principe d'une tarification centralisée des actes médicaux.¹³ Alliées à cette dernière, les petites formations politiques conservatrices soutiennent le référendum, alors que les partis politiques nationaux et les syndicats sont en faveur de l'adoption de la LAMM. D'importantes variations cantonales existent toutefois: les partis radicaux de la majorité des cantons suisses alémaniques, au nom de la liberté d'entreprise, ainsi que les branches agrariennes de l'UDC s'opposent à une «assurance-maternité» peu populaire dans les campagnes. Le PDC se révèle être le principal soutien de la loi fédérale, notamment parce que l'assurance-maternité permettrait d'éviter des avortements.¹⁴ Plus discrètement, la FMH soutient le camp du refus, essentiellement en raison du secret médical, lequel aurait été mis à mal par une tarification dévoilant les diagnostics aux caisses-maladie.¹⁵ Le 6 décembre 1987, la LAMM est finalement rejetée par 72% des votant-e-s (1 418 231 non, 571 447 oui).¹⁶

La révision est morte? Vive la révision!

Le chantier de la réforme est immédiatement relancé, et le Conseil fédéral nomme une nouvelle commission d'experts dès janvier 1988, dotée du mandat de ne traiter que la branche maladie de la LAMA. Au même titre que la FMH, la SSO est d'emblée une interlocutrice privilégiée des experts. En effet, suite au refus populaire de 1987, les soins dentaires demeurent partiellement intégrés dans l'assurance-maladie, du fait de l'arrêt du TFA sur les «soins occasionnés par une maladie grave» de 1972, de l'accord de la SSO avec le Concordat suisse des caisses-maladie de 1979, ainsi que dans les cas de traitements dentaires relevant d'une assurance dentaire privée. Un arrêt du TFA d'avril 1990 complète paradoxalement l'ensemble de ce dispositif en stipulant que l'extraction de dents saines à titre préventif et ordonnée médicalement – en l'occurrence, il s'agissait d'éviter une endocardite infectieuse – ne tombe pas sous les prestations garanties par la LAMA, et renvoie la question aux autorités politiques.¹⁷

Le *Message du Conseil fédéral* du 6 novembre 1991 considère cet arrêt comme un exemple d'injustice sociale que la future LAMal devra corriger. Aussi, se basant sur les décisions du TFA, un nouvel article sur les soins dentaires est introduit, qui stipule que ces derniers doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire «s'ils sont occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles», «s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles», ou lorsqu'il existe «des lésions du système de mastication causées par

un accident». En outre, afin de ne pas entraîner d'abus, les «maladies graves» sont définies de manière restrictive.¹⁸ Mais les auteurs du *Message* semblent regretter de ne pas pouvoir introduire davantage de prestations, notamment sous le mandat de prévention incombant aux caisses-maladie: on souligne le fait que «l'accueil réservé à cette innovation dans la procédure de consultation a été (...) mitigé. Les deux arguments essentiels que l'on fait valoir contre une telle nouveauté sont, d'une part, les coûts correspondants et, d'autre part, l'affirmation que la plupart des soins dentaires sont occasionnés par une mauvaise hygiène dont les assurés sont responsables.»¹⁹ La limitation des prestations correspond au mot d'ordre régulièrement avancé par la SSO depuis plusieurs décennies: l'assurance, sociale ou volontaire, saperait la prévention et risquerait d'entraîner un surcoût pour l'ensemble des assuré-e-s. La commission politique de la SSO continue de peser de tout son poids auprès des experts afin d'éviter que les soins dentaires préventifs soient inclus dans les actes remboursés. Toutefois, sa proposition d'introduire un alinéa supplémentaire prévoyant, conformément à sa proposition des années 1980, la couverture des «affections non évitables du système masticatoire» n'est pas retenue.²⁰ Quant aux séquelles d'accident, le principe n'est admis qu'à titre de compromis politique.²¹ Ainsi, les porte-parole politiques de la SSO estiment de manière générale que l'assurance obligatoire est inutile, mais que la formulation légale des soins dentaires couverts va «dans le bon sens»: l'essentiel à leurs yeux est de ne pas «torpiller» la «responsabilité personnelle indispensable à la prévention en médecine dentaire».²² Une conséquence non négligeable de cette inclusion limitée des soins dentaires au sein de la LAMal est le fait que les médecins-dentistes ne sont assimilés à des médecins qu'en mesure de cette limitation.²³ La SSO se satisfait toutefois de cette situation, car un système de tarification pour les assurances sociales a déjà été introduit auprès de ses membres dans les années 1980, et l'intégration partielle aux praticiens rémunérés par l'assurance sociale écarte le risque d'un mode de facturation forfaitaire, qui présente à ses yeux le risque majeur d'un abaissement de la qualité des soins. Lors de la consultation des groupes politiques en 1982, les prises de position de la SSO rencontrent un soutien auprès des associations patronales et de l'UDC. A l'inverse, le Parti socialiste et les syndicats, fidèles à leur ligne traditionnelle, émettent le vœu d'une intégration des soins dentaires dans la LAMal. La FMH, le Concordat suisse des caisses-maladie, le Parti radical et le Parti démocrate-chrétien évitent quant à eux de se prononcer, ou sinon de manière très allusive. Bien avant les débats parlementaires, la SSO rejoint sans ambiguïté le camp



Voici la preuve du progrès social: «J'ai une anesthésie peu coûteuse pour tous les patients des caisses-maladie.»³¹

défendu par le Parti radical, l'UDC, les associations patronales et les caisses-maladie contre le principe de l'obligation d'assurance.²⁴

Pour un catalogue restrictif de prestations

Les nouvelles dispositions légales retenues par les experts sont complétées par le Parlement fédéral lors des débats des années 1992–1993. A nouveau, la SSO joue de son influence et de ses relations politiques pour que soit adoptée une acception restrictive du remboursement des soins dentaires. Comme dans la décennie précédente, elle intervient auprès des commissions préparlementaires des deux Chambres fédérales afin de faire adopter l'alinéa prévoyant de couvrir les «affections non évitables du système masticatoire». En plenum, les seuls contradicteurs sont les conseillers fédéraux présents. Ces derniers demandent en effet d'écarter cet alinéa aux motifs que la notion de «non évitable» serait difficile à appliquer et qu'elle risquerait d'introduire la négligence personnelle comme motif de réduction des prestations. L'alinéa est toutefois adopté à une large majorité, et, signe d'un consensus sur la restriction des actes de médecine dentaire remboursés par la LAMal, aucun-e député-e ne propose une extension des prestations.²⁵ Au final, le nouvel article 31 sur les soins dentaires répond autant aux arrêts du TFA qu'aux vœux de la SSO, en prévoyant la seule prise en charge des soins dentaires occasionnés «par une maladie grave et non évitable du système de la mastication», «par une autre maladie grave ou ses séquelles», ou «s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles»; les lésions du système de la mastication suite à un accident sont quant à elles prises en charge de manière subsidiaire.²⁶ Un référendum est lancé par les associations pa-

tronales et l'UDC contre la LAMal, et le camp du non se dessine plus nettement en Suisse allemande où se forme une alliance hétérogène entre sections cantonales de partis bourgeois, médecins dénonçant l'étatisation du système de santé, cliniques privées inquiètes de leur avenir et Parti Suisse du Travail estimant injuste le maintien de la prime individuelle.²⁷ La loi est soumise en votation populaire le 4 décembre 1994, en même temps qu'une initiative socialiste «pour une saine assurance-maladie», déposée quant à elle en 1986 déjà. Au cours de la campagne, la SSO laisse la liberté de vote à ses membres sur la question de la LAMal. Si elle milite pour le oui sur le strict point de vue de l'article sur les soins dentaires, conforme aux positions qu'elle a défendues, elle estime sur un plan plus général que l'introduction de soins préparifés est contradictoire relativement à «l'entrepreneur propriétaire d'un cabinet», et que l'obligation d'assurance porte préjudice aux citoyen-ne-s à cause de l'augmentation prévisible des primes. La SSO préconise en outre le rejet de l'initiative socialiste, car cette dernière mènerait à un financement par cotisation sociale paritaire – réactualisant ainsi une nouvelle fois ses arguments des années 1970.²⁸

Le peuple (1 504 177 non, soit 76,5%, contre 460 674 oui) et l'ensemble des cantons rejettent largement l'initiative. Quant à la LAMal, elle est acceptée à une courte majorité de 1 021'175 oui contre 950'360 non (51,8%),²⁹ et entre en vigueur le 1er janvier 1996. Avec l'adoption du nouveau régime assurantiel, la SSO poursuit sa collaboration avec l'OFAS et les caisses-maladie afin de définir rapidement le catalogue des prestations remboursées et les modalités tarifaires, tout comme elle propose à ses membres des «formations LAMal» qui doivent leur permettre d'adapter leur pratique aux nouvelles exigences.³⁰

La persistance de l'argumentaire de la SSO par rapport à la question du remboursement des soins dentaires attire l'attention sur des principes essentiels, fortement articulés entre eux, qui déterminent la dynamique de la profession de médecin-dentiste en Suisse depuis la fin du 19^e siècle: l'importance de la prophylaxie, l'insistance sur la responsabilisation individuelle, la défense de «la libre profession». Nous examinerons dans les deux prochains articles la manière dont la profession de médecin-dentiste s'est construite à partir de cette époque, en lien avec l'idéologie libérale.

¹ *Feuille Fédérale*, 1981 II, 1072.

² ATF 98 V 69.

³ *Feuille fédérale*, 1981 II, 1094–1123.

⁴ Voir par exemple *Bulletin professionnel de la SSO*, 60, 3, 1982, 92–97; 60, 4, 1982, 167–170; 60, 9, 1982, 419.

⁵ Nous analyserons dans l'article suivant de cette série l'évolution des rapports entre la profession médicale et celle de médecin-dentiste.

⁶ *Bulletin professionnel de la SSO*, 60, 3, 1982, 97; 97, 3, 1987, 389.

⁷ *Feuille fédérale*, 1987 I, 973–974.

⁸ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil national*, séance du 3. 10. 1984, 1359.

⁹ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil des Etats*, séance du 2. 12. 1986, 672.

¹⁰ Voir à cet égard Bernhard C. Schär, «Karies, Kulturpessimismus und KVG. Zur Geschichte der Zahnmedizin in der Schweiz», *Traverse. Zeitschrift für Geschichte*, 15, 2008, 99–116.

¹¹ *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 97, 3, 1987, 391–392.

¹² *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 97, 4, 1987, 523.

¹³ *Journal de Genève*, 16. 11. 1987, 11.

¹⁴ *Journal de Genève*, 16. 11. 1987, 11; 24. 11. 1987, 20; *Gazette de Lausanne*, 23. 11. 1987, 12.

¹⁵ *Bulletin des médecins suisses*, 2008, 89:32, 1345.

¹⁶ *Journal de Genève*, 9. 12. 1987.

¹⁷ ATF 116 V 114.

¹⁸ *Feuille fédérale*, 1992 I, 139–140; 251.

¹⁹ *Feuille fédérale*, 1992 I, 139.

²⁰ *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 101, 3, 1991, 388–389.

²¹ *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 101, 4, 1991, 500.

²² *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 101, 6, 1991, 811.

²³ *Feuille fédérale*, 1992 I, 147.

²⁴ *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 101, 6, 1991, 814.

²⁵ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil des Etats*, séance du 17. 12. 1992, 1301–1302; *Conseil national*, séance du 5. 10. 1993, 1843–1844.

²⁶ *Recueil Officiel*, 832.10.

²⁷ *Journal de Genève*, 21. 11. 1994, 15.

²⁸ *Internum SSO*, 1994, 136–137.

²⁹ *Feuille fédérale*, 1994 III, 1571.

³⁰ *Internum SSO*, 1995, 74–75; 1997, 38, 97 et 139. Outre les nombreux articles parus durant ces mêmes années dans la *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, où divers membres de la SSO définissent leur position quant au processus législatif en cours, voir aussi la brochure *Le médecin-dentiste en 2010. Réalités et perspectives de la profession pour l'an 2010*, rédigée par le groupe de travail «Le médecin-dentiste en 2010» de la SSO, et publiée en 1997, qui résume les principes de politique professionnelle de la SSO à la fin de ces deux décennies de campagne intense, ainsi que les perspectives envisagées pour les décennies ultérieures.

³¹ *Der Zahnartz und die Karikatur*, 1980, 115.

Nouvel élan pour la caisse unique

En mars 2007, les citoyens suisses ont rejeté massivement la caisse unique. Actuellement, les représentants du PS, les Verts, les associations de patients et la Fédération romande des consommateurs osent une nouvelle tentative – sous de meilleurs auspices.

Markus Gubler, Service de presse et d'information SSO (photo: Keystone)

A la fin janvier, un comité composé de représentants du PS, des Verts ainsi que des membres associés de la défense des patients et des consommateurs s'est à nouveau mobilisé pour l'introduction d'une caisse maladie publique. Selon la volonté des défenseurs de l'initiative, la création d'un organe à la fois public et juridique pour l'assurance de base s'avère nécessaire pour remplacer les quelque 80 caisses-maladie existantes. Les primes seraient préétablies par les cantons et calculées en fonction du niveau des coûts. Des offices cantonaux seraient chargés de prélever les primes et de rembourser les prestations.

Par cette nouvelle initiative, la gauche effectue une nouvelle tentative: en 2007, les citoyens suisses avaient rejeté largement une initiative comparable. L'initiative proposée alors exigeait non seulement une caisse unique, mais encore des primes fixées en fonction du revenu individuel – contrairement à la nouvelle initiative. Avec la nouvelle initiative, l'assurance de base devrait «au moins» être uniformisée. Cette fois-ci, les chances de réussite sont nettement plus élevées: les partisans de l'ancienne initiative rejetée aux urnes ont tiré une leçon de cette défaite, tandis que les représentants des partis bourgeois doutent de plus en plus du bienfondé de la concurrence entre les caisses.

Chasse coûteuse aux assurés en bonne santé

Ainsi, la conseillère aux Etats des Libéraux argoviens, Christine Egerszegi, se déclare favorable à l'introduction de la caisse unique «sans œillères

idéologiques». Pour M^{me} Egerszegi, la saine concurrence entre les assurances sociales de base ne fonctionne pas. Jusqu'à maintenant, les caisses-maladie sont parties à la chasse aux assurés jeunes et en bonne santé: une lutte contre le temps qui se révèle coûteuse. Pour les frais de courtage et les campagnes publicitaires, les caisses-maladie déboursent en effet chaque année 200 millions de francs. Au moyen d'une caisse unique et publique, les primes seraient rentabilisées pour les prestations de l'assurance de base et non pas dilapidées pour couvrir les frais des activités de marketing, soulignent les partisans de l'initiative. De même, les coûts administratifs élevés des changements de caisses seraient supprimés, représentant annuellement plusieurs centaines de millions de francs ponctionnés sur les primes.

Les cantons de Suisse orientale jouent un rôle précurseur

Dans plusieurs cantons de Suisse orientale, des procédures de clarification sont en cours depuis plus d'une année au sujet de la mise en place de caisses uniques régionales. Rolf Widmer, du Conseil exécutif du PDC Glaris, est l'initiateur du projet. En compagnie de ses homologues de Thurgovie, St-Gall, Schaffhouse et Appenzell Rhodes-Extérieures, il souhaite obtenir des frais de gestion plus bas pour cette caisse unique. Au début mars 2011, les membres du Conseil exécutif vont décider de poursuivre ou non la planification. Dans ce sens, une étude a été demandée à

l'Institut d'économie de la santé de Winterthur. L'étude en question doit mesurer la faisabilité financière du projet et clarifier avant tout son ampleur sur le plan national, afin de déterminer si la Loi sur les assurances-maladie doit être révisée et si la Constitution doit également être modifiée.

Les médecins réclament plus de transparence

Parallèlement à l'aspiration à une caisse unique nationale et régionale, les médecins de toute la Suisse ont eux aussi lancé leur initiative. Ils favorisent une séparation complète de l'assurance de base et de l'assurance privée du domaine complémentaire. Les assureurs-maladie ne devraient plus proposer assurance de base et complémentaire en même temps. Selon les initiateurs, le système actuel conduit à un manque de transparence, du fait que les deux formes d'assurances sont pratiquées par les caisses-maladie avec le même personnel et les mêmes infrastructures. Investissement, prestations et moyens sont confondus de façon illicite et produisent une augmentation artificielle des primes. Il apparaît donc nécessaire de séparer totalement l'assurance-maladie obligatoire des assurances complémentaires privées.

Meilleure compensation des risques à partir de 2012

La planification des organes exécutifs cantonaux et la pression politique exercée par les diverses aspirations de la population n'ont pas manqué leur effet: le Parlement a recherché une amélioration et a donné son accord à l'optimisation de la compensation des risques entre les caisses-maladie. A partir de 2012, les caisses qui bénéficient d'une majorité d'assurés jeunes et en bonne santé doivent verser une compensation des risques aux caisses dont la majeure partie des prestataires sont des personnes âgées et en mauvaise santé.



Au cours d'une conférence de presse tenue à Berne, les représentants du PS, des Verts et des coalitions de défense des patients suisses et des consommateurs romands présentent le projet de caisse-maladie publique.

Lettre de lecteur

Un article de Patrick Jevan sur le thème «Anesthésie générale au cabinet dentaire en mode ambulatoire» a paru dans le numéro 1/2011 de la RMSO. Nous estimons que les déclarations faites dans cet article ne reflètent qu'insuffisamment la réalité. En conséquence, nous souhaitons apporter ici un éclaircissement sur l'exposé des faits «du cabinet pour le cabinet».

Dr méd. Frank Duwe (texte et photo)

La société narkose.ch AG est une entreprise qui œuvre dans toute la Suisse dans le domaine de l'anesthésie. Elle a été fondée et est exploitée par des anesthésistes, dont les compétences fondamentales comprennent, depuis 13 ans, des anesthésies ambulatoires réalisées dans des cabinets médicaux et dentaires. Notre entreprise, sur mandat de nos partenaires médicaux, pratique plus de 20 000 anesthésies par an.

En l'occurrence, l'anesthésie générale pratiquée dans un cabinet dentaire pour des travaux dentaires est également un point fort important. Dans ce domaine, nous effectuons dans l'ensemble de la Suisse près de 3 000 narcoses par an.

Nous nous permettons donc d'apporter ici quelques informations complémentaires.

Indications

Cet article (peut-être encouragé par le groupe GDO mentionné dans cet article) donne l'impression qu'une narcose complète pour des traitements dentaires est surtout réservée aux patients souffrant d'odontophobie. En effet, il s'agit principalement de cas, chez nos patients, d'enfants ainsi que de personnes lourdement handicapées physiquement ou mentalement, chez lesquelles, dans la situation donnée, il n'y a malheureusement que le choix possible du traitement sous narcose ou de la renonciation totale. Bien entendu, les patients qui ont peur ont également droit à un traitement approprié sous anesthésie. Dans chaque cas, le dentiste définit l'indication d'une narcose nécessaire au traitement, compte tenu de ce qu'il connaît de son patient et des rapports de confiance qu'il entretient avec lui.

Personnel, matériel et équipement

Les indications figurant dans l'article, concernant les équipements nécessaires au local d'anesthésie, afin de satisfaire le standard de sécurité de notre société spécialisée, sont exactes. Nous souhaitons cependant signaler formellement, à ce sujet, que le cabinet dentaire n'a à effectuer aucun paiement anticipé. Il incombe au personnel soignant anesthésiste de créer toutes les conditions préalables en personnel et en équipements pour réaliser la narcose dans les règles de l'art. Nous effectuons, par principe, toutes les anesthésies générales ambulatoires en équipe, c'est-à-dire

en présence d'un médecin anesthésiste et d'un membre du personnel soignant anesthésiste, ainsi que, dans certains cas, même de deux anesthésistes. Nos collaborateurs disposent d'une expérience professionnelle de nombreuses années et d'une expertise spécialisée dans le domaine de l'anesthésie ambulatoire. Ils sont évidemment responsables que l'anesthésie soit pratiquée selon les règles de l'art, et il est de leur devoir d'assurer la sécurité pleine et entière de leur patient.

Qualification et responsabilité

La responsabilité d'une anesthésie bien pratiquée incombe à l'anesthésiste. Quant au dentiste, il est responsable du traitement approprié à apporter à la denture. Ceci selon le principe valable pour toute la médecine, selon lequel il n'y a absolument aucun flou sur le partage du travail et la limitation factuelle de la responsabilité. C'est pourquoi il est aussi totalement erroné de présumer que dès l'apparition de problèmes bénins, «de toute façon ce sera le cabinet dentaire qui sera cloué au pilori» (comme le formule le Dr Divoré).

Sécurité

Le principe suivant, valable dans le monde entier pour le domaine de la médecine opératoire ambulatoire, stipule que toute intervention, et donc l'anesthésie nécessaire pour ce faire, doit être, pour le patient, au moins aussi sûre qu'un acte identique effectué dans un hôpital. Les exigences de qualité sont, dans ce secteur, donc a priori, déjà élevées. Une importance particulière incombe, dans ce cadre, à l'évaluation critique que font les

anesthésistes pour des patients inscrits pour une anesthésie ambulatoire. Dans certains cas, une narcose ambulatoire doit, bien sûr, être refusée à des patients souffrant d'une maladie générale grave ou pour toute autre raison de sécurité. Cette prestation est très appréciée par tous nos collègues effectuant des interventions chirurgicales, car elle va au-devant des besoins de sécurité de chaque cabinet médical et contribue à instaurer une confiance décisive.

Bilan

Les anesthésies générales peuvent être effectuées de manière sûre, selon les besoins des patients, dans *tout* cabinet dentaire, par des membres du personnel soignant anesthésiste qualifiés observant les normes en vigueur. Cette tâche est une constante de notre quotidien professionnel, auquel nous nous consacrons avec conviction et avec toute notre expertise. Notre collaboration effectuée en toute confiance, depuis de nombreuses années déjà, avec de nombreux cabinets dentaires dans toute la Suisse, montre, de notre point de vue, la fiabilité de ce concept. Les réactions positives de nos patients, de leurs parents et de leurs soignants nous le confirment constamment.

Réplique de Patrick Jevan

L'auteur tient absolument à préciser qu'il dément catégoriquement que la parution de cet article soit encouragée par une société quelconque, et en particulier GDO, et maintient ce qui a été déclaré dans le précédent article au sujet du flou dans le partage des responsabilités sur le plan légal entre médecin-dentiste et anesthésiste en se référant à l'article du professeur Daniel Bandon, pédiatre français spécialiste des interventions sous AG et MEOPA, qui dans son article intitulé «MEOPA, anesthésie générale, pourquoi et comment orienter les patients», déclare dans le chapitre discussion: «La loi rend le chirurgien et l'anesthésiste solidairement responsables du déroulement de l'intervention et dit que nul ne peut ignorer ce que fait son collaborateur.»



Le monitoring

Importations illégales de médicaments via internet: la tendance ne faiblit pas

A en croire des extrapolations effectuées par Swissmedic et par les autorités douanières, ce sont plus de 50 000 envois illégaux de médicaments qui arrivent chaque année en Suisse. Depuis 2008, les importations (des exhausteurs de l'érection aux produits éclaircissant pour la peau) ont quasiment triplé. Or, les consommateurs ne se rendent pas compte que la qualité des médicaments qu'ils se procurent via internet peut être très variable; de plus, ces produits peuvent présenter des risques sérieux pour la santé. Dans certains cas, il s'agit même de véritables contrefaçons.

Prof. hon. Hermann Berthold* (photo: iStockphoto)

Swissmedic, Institut suisse des produits thérapeutiques, contrôle régulièrement les importations de médicaments, en collaboration avec les autorités douanières de la Confédération suisse. Il constate depuis plusieurs années une augmentation constante des importations illégales de médicaments. Ces importations sont susceptibles de présenter des risques graves pour la santé des personnes qui s'y adonnent. Alors que le chiffre était encore de 687 en 2008, il atteignait déjà 1154 envois illégaux en 2009. Les douanes ont communiqué pour 2010 à Swissmedic le nombre de 1861 envois suspects. Ceci représente une augmentation de 61% par rapport à l'année précédente, et même presque un triplement par rapport à 2008. Selon les extrapolations de Swissmedic et des douanes, on peut tabler sur 50 000 importations illégales de médicaments par an. La commande de produits thérapeutiques via internet suit à l'évidence la tendance générale des achats effectués par le biais de moyens électroniques. Si l'on tient compte des prix des médicaments fixés par l'Office fédéral de la santé publique et qui sont relativement élevés en comparaison avec les pays qui nous entourent, il s'agit là d'une tentation à laquelle on peut comprendre

* Senior Consultant en chirurgie maxillofaciale et chargé des questions relatives aux produits thérapeutiques à la SSO

que certains puissent céder. Mais la satisfaction de l'acheteur qui croit avoir fait une bonne affaire peut rapidement se muer en déception.

Tout d'abord, l'Institut suisse des produits thérapeutiques a communiqué que 1735 procédures administratives ont été engagées par Swissmedic contre les acheteurs. Ces procédures sont onéreuses. Elles sont ouvertes pour des motifs de sécurité des médicaments. 81% des envois ont été détruits à l'issue de la procédure. Dans les cas «graves», lorsque que des préparations dangereuses ont été importées dans le but évident d'en faire le commerce, c'est une procédure pénale qui menace l'importateur.

Risques considérables

Ensuite, la plupart des personnes qui surfent sur internet ne sont pas au courant du fait que la qualité des médicaments commandés par ce moyen peut être très variable et associée à des risques considérables pour leur santé. Dans les cas les plus défavorables, ces produits sont des contrefaçons.

Comme en attestent les analyses faites au laboratoire de Swissmedic sur 120 importations saisies de produits exhausteurs de l'érection, 40% des échantillons présentaient de «graves déficits qualitatifs». Parmi dix échantillons déclarés comme composés de «substances purement végétales»,

huit d'entre eux contenaient des «agents chimiques actifs» non déclarés.

Les résultats des analyses de laboratoire sur des produits amaigrissants saisis sont tout aussi inquiétants. Ces préparations proviennent principalement d'Asie et, pour la plupart, contiennent de la sibutramine non déclarée et en dosage excessif. Des agents actifs de synthèse ajoutés aux prétendus «médicaments naturels et exclusivement d'origine végétale» ont été mis en évidence dans la quasi-totalité des produits disponibles sur internet.

Des médicaments illégaux sont proposés sur des pages web dans toutes les variantes imaginables. En raison des résultats des analyses, leur emploi présente nombre de risques, voire de dangers potentiels (Mosimann, Streuli):

1. Le médicament contient effectivement la substance déclarée sur le blister, mais les indications de dosage sont absentes, tout comme la mention des précautions à prendre et qu'il faut respecter en relation avec la prise de la plupart des médicaments délivrés sur ordonnance. Et puis la question des conditions d'hygiène lors de la fabrication reste posée...
2. La substance active déclarée est sur ou sous-dosée dans les comprimés, et de mauvaise qualité.
3. Les comprimés contiennent une toute autre substance que celle indiquée sur l'emballage. Il n'est pas rare de ne trouver que de l'amidon, ou bien même des substances hautement toxiques, telles que des métaux lourds, de la thyroxine ou du dinitrophénol (ce dernier en particulier dans les préparations amaigrissantes). D'Asie, nous parviennent même des exhausteurs de l'érection qui, au lieu d'un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5, contiennent en surdosage du glibenclamide (un anti-diabétique oral), ce qui a déjà entraîné des complications dans plusieurs cas.

L'Origine

Quant à l'origine des envois de médicaments saisis, Swissmedic indique la répartition actuelle suivante: 45% des préparations proviennent de l'Inde, 35% d'Europe (notamment du Royaume-Uni, de l'Allemagne, de la Grèce et du Portugal), 9% d'autres pays d'Asie à part l'Inde (Chine, Thaïlande, Turquie par exemple), 3% des Etats insulaires des tropiques et 2% d'Amérique du Nord.

La répartition en pour-cent des catégories de produits se présente comme suit: 33% d'exhausteurs de l'érection, 19% de produits amaigrissants, 9% de préparations destinées à la musculation.

6% sont des médicaments pouvant potentiellement entraîner une dépendance (surtout des somnifères), et 3% sont des produits hormonaux pour éclaircir la peau ou pour bronzer.



La qualité des médicaments commandés sur Internet peut varier considérablement. Dans les cas les plus défavorables, il s'agit de contrefaçons de médicaments.

Du point de vue de Swissmedic, il faut relever les taux de croissance en continue augmentation depuis trois ans pour les importations illégales de médicaments en provenance de l'Inde: 30% en 2008, 38% en 2009. En plus des 45% relevés en 2010, 45% des préparations confectionnées en Inde et importées de ce pays contenaient également de nombreux médicaments venus d'Europe de l'Ouest. Les examens de laboratoire ont montré que près de la moitié des médicaments présentaient de graves insuffisances, telles que l'indication d'une teneur fautive en substance active ou l'adjonction

d'un principe actif non mentionné. Alors qu'une préparation originale européenne est annoncée, le client ne reçoit en fin de compte qu'une imitation de mauvaise qualité.

Ces pratiques que nous venons d'évoquer démontrent une fois de plus que les exploitants de sites web distribuant des médicaments ne sont motivés que par des intérêts purement commerciaux. De plus et pour la plupart, ils n'ont aucune connaissance du domaine médical!

Au vu des résultats des enquêtes effectuées, Swissmedic met à nouveau en garde et de manière pres-

sante contre toutes commandes de médicaments via internet. En effet, ces produits sont susceptibles de provoquer de graves problèmes de santé. Dans le contexte de l'évolution actuelle, aussi bien dans le domaine du trafic de stupéfiants que de la croissance continue des importations, il faut désormais admettre que «le commerce illégal de produits thérapeutiques a atteint les dimensions globales du crime organisé. Moins risqué et au moins aussi lucratif, il ne manquera pas de surpasser bientôt le commerce de la drogue» (Mosi-mann, Streuli).

Revue

Carie: traitement chimio-mécanique

Peric T et al.:

Clinical evaluation of a chemomechanical method for caries removal in children and adolescents

Acta odontol Scand 67: 277-283, 2009

Les multiples inconvénients de l'ablation de la carie dentaire au moyen d'instruments rotatifs ont encouragé le développement de méthodes chimio-mécaniques. L'application directe de Carisolv ramollit les tissus cariés qui peuvent être ainsi éliminés sans léser la dentine saine ou l'émail. La plupart des essais cliniques documentés ont été effectués sur des dents permanentes. La tolérance des enfants aux interventions dentaires est moins élevée que celle des adultes, et il est souvent plus

difficile d'obtenir la coopération des patients pédiatriques. Cette étude clinique compare la méthode chimio-mécanique à l'approche conventionnelle au moyen d'instruments rotatifs dans l'ablation de la carie chez les enfants et les adolescents.

L'étude comprenait 120 patients entre 3 et 17 ans, dont 50 étaient en bas âge, 54 scolarisés et 16 en phase d'adolescence. Ils furent divisés en 2 groupes de 60 participants. Dans le premier groupe, la carie fut éliminée selon la méthode chimio-mécanique, tandis que le second groupe subissait l'instrumentation conventionnelle. Un questionnaire préopératoire fut rempli pour chaque patient. Les paramètres mesurés comprenaient l'élimination clinique complète de la carie, l'évaluation de la douleur pendant l'intervention, le recours à une anesthésie locale, la durée du traitement, la préférence du patient et le succès clinique du traitement après un an.

La méthode chimio-mécanique permet d'éliminer la carie complètement dans 92% des cas, les 8%

restants présentant des lésions résiduelles à la jonction amélo-dentinaire. La technique conventionnelle quant à elle élimina la carie dans 100% des cas. Aucune pulpe ne fut exposée, et 12 patients nécessitèrent une approche combinée des deux techniques. Dans 3 cas, l'accès à la lésion carieuse se révéla problématique, dans 4 cas il fut nécessaire de procéder à des ajustements de la préparation, et dans 5 cas la carie résiduelle située à la jonction amélo-dentinaire dut être éliminée au moyen d'instruments rotatifs.

Le recours à une anesthésie locale fut de moindre nécessité dans le premier groupe. Le pourcentage de satisfaction s'élevait à 85% dans ce groupe et à 47% dans le second groupe. La moyenne du temps d'intervention atteignait 11,2 minutes pour le premier groupe et 5,2 minutes pour le second. Aucun participant ne développa de sensibilité postopératoire, et aucune complication endodontique ne se manifesta par la suite. Les taux de succès clinique pour les deux méthodes atteignaient respectivement 95% (méthode chimio-mécanique) et 90% (méthode conventionnelle). Les deux approches se révélèrent ainsi comparables chez des patients pédiatriques. La méthode chimio-mécanique fut efficace en réduisant notamment le besoin d'anesthésier et en étant bien tolérée par les patients. Il convient cependant de mentionner que certaines caries ne purent être ainsi éliminées, et que le temps d'intervention était plus prolongé dans tous les cas.

Le fraissage est souvent perçu comme la plus désagréable expérience d'un traitement dentaire en s'avérant être la cause principale de la vision négative du médecin-dentiste. Si la méthode chimio-mécanique pouvait être aussi efficace que les techniques conventionnelles lors du traitement de la carie dentaire, son intégration dans l'équipement médico-dentaire serait bienvenue. Les patients n'en seraient que plus heureux, et le travail du clinicien plus aisé. Il reste encore à améliorer les problèmes liés au temps d'intervention et à l'ablation de la carie dentaire au niveau de la jonction amélo-dentinaire.

Michel Perrier, Lausanne



Congrès de la Société suisse pour la Chirurgie Orale et la Stomatologie (SSOS), Berne, le 1^{er} septembre 2011

Concours de communications libres destiné aux médecins-dentistes assistants en formation postgrade

Dans le cadre du congrès annuel de la SSOS, les médecins-dentistes assistants en formation ont la possibilité de présenter une brève communication scientifique faisant l'objet d'un concours. Ce dernier est ouvert aux confrères et collègues qui poursuivent actuellement une formation postgrade en Chirurgie orale, de même qu'à ceux qui l'ont terminée depuis 12 mois au plus. Le temps de parole est limité à 10 minutes, et le sujet doit être en rapport avec la Chirurgie orale ou la Stomatologie. La communication fait l'objet d'une appréciation immédiate.

Le résumé (abstract) doit être rédigé sous forme digitale au format IADR (objectifs, matériel et méthode, résultats, conclusion) et parvenir par courrier électronique au secrétariat SSOS, au plus tard le 30 juin 2011.

Une somme de CHF 1000.- récompense le meilleur exposé. En cas d'ex aequo, le montant du prix sera partagé entre les lauréats. Tous les participants acceptés à participer sont invités gratuitement au congrès.

Courriel: caroline.chetelat@ssos.ch

PD Dr Michael Bornstein

Objet: «Concours Berne 2011»

Secrétaire SSOS



Universität de Genève

Décès de Gilbert Bochet

Le vendredi 7 janvier 2011, Gilbert Bochet est décédé de façon complètement inattendue et tranquillement dans son lit, quelques jours avant son 65^e anniversaire. Il laisse un frère et Imelda, son amie de longue date, auxquels nous aimerions exprimer nos plus sincères condoléances.



Gilbert Bochet

Gilbert Bochet était chef de clinique dans la Division de gérodonologie et prothèse adjointe de l'Ecole de médecine dentaire et médecin-dentiste installé en ville. Gilbert était originaire de Cartigny, dans la campagne genevoise. Il a passé sa maturité latine au Collège de Genève en 1966. En 1971, il a reçu son diplôme fédéral de médecin-dentiste et a ensuite travaillé avec le Pr Nally dans le Département de prothèse, où il a obtenu son doctorat en 1979.

Depuis cette époque, Gilbert était chargé d'enseignement dans la Division de prothèse adjointe. En 1994, il a obtenu le titre de «spécialiste en prothèse dentaire» avec reconnaissance fédérale. Gilbert a donc passé 40 ans de sa vie professionnelle à l'Ecole dentaire de Genève; bref, il faisait pratiquement partie des meubles, et il est difficile à s'imaginer qu'il ne sera plus jamais parmi nous.

Gilbert était une vraie encyclopédie vivante: il suffisait de lui poser une question pour recevoir un ample exposé sur le sujet. Il était un enseignant doué et patient, avec des connaissances vastes et variées. Il était non seulement expert en ce qui concerne l'histoire, la nature et les beaux-arts, mais il adorait également la technique, en particulier l'aviation et l'horlogerie. Dès 1983, il fut co-examineur des examens fédéraux, et nos étudiants craignaient ses questions sur les matériaux dentaires, la brasure, la soudure, la corrosion et l'eutectique. Mais il les a toujours défendus. «Je l'engagerais sans réserve dans mon cabinet» était un argument irréfutable. Gilbert était aussi très apprécié de ses patients et des collaboratrices de son cabinet.

Dans les associations professionnelles, il a servi comme vice-président de la Société Suisse de Prothèse Dentaire et comme président de la Commission d'information professionnelle et scientifique de l'AMDG.

Gilbert était un collègue, enseignant, soignant et ami de très longue date pour nous. Son sourire éclatant, son humour sortant de l'ordinaire, ses histoires, son amitié et sa gentillesse vont nous manquer. Nous garderons de lui un souvenir marquant.

Frauke Müller, Ejvind Budtz-Jørgensen, Serge Borgis, Alain Rentsch et toute l'équipe de la Division de gérodonologie et prothèse adjointe de l'Université de Genève.

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

Téléfon 031 310 20 88, Telefax 031 310 20 82

E-Mail-Adresse: info@sso.ch

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

Rédaction «Recherche · Science»

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:

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

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

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

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

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

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.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

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

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

Téléfon 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

Förribuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich

Téléfon 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 / Exemplaires de la Revue: sur demande au Service de la publicité et des annonces.

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

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

Gesamtherstellung / Production

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

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

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

Abonnementspreise / Prix des abonnements

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

Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 65.40*

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 35.85*

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

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

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 35.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

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

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

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

2011 – 121. Jahrgang / 121^e année; Auflage / Tirage: 5700 Ex.;

WEMF/SW-Beglaubigung 2011 – Total verkaufte Auflage: 4765 Ex.

ISSN 0256-2855