

Bienvenue numérique

La SSO souhaite la bienvenue à ses nouveaux membres potentiels, les diplômés et les diplômés universitaires en leur offrant un cadeau très pratique: une clé USB. Sous un emballage soigné, celle-ci contient toutes les informations susceptibles de motiver les intéressés pour adhérer à la Société Suisse d'Odonto-stomatologie.

Urs Laederach, Service de presse et d'information de la SSO (texte et photos)

Jusqu'en 2010, le premier courrier que les nouveaux diplômés recevaient de la SSO était une épaisse enveloppe C4 contenant de la documentation ainsi qu'un abondant matériel promotionnel et d'information sous forme imprimée. Cet outil de marketing présentait un défaut rédhibitoire, comme d'ailleurs la plupart des imprimés de nos jours: à peine sorties des presses de l'imprimerie, certaines parties étaient déjà dépassées... La tenue à jour permanente du contenu imprimé de ce dossier posait un véritable défi logistique. En effet, fallait-il réimprimer une annexe de 24 pages lorsqu'un seul numéro de téléphone avait changé? La liste des membres de la SSO devait-elle être rééditée chaque fois que se produisait une nouvelle adhésion alors que l'OFSP n'avait pas encore délivré l'autorisation d'exercer? Et puis la question piège: que faisaient les destinataires de ce copieux dossier une fois qu'ils en auraient pris connaissance?

Contemporain et élégant

Ce sont ces questions et ces quelques interrogations qui ont incité la SSO à repenser sa manière de souhaiter la bienvenue à ses nouveaux membres potentiels. Dès cette année, ces derniers reçoivent un courrier ultramoderne: sous un emballage semblable à celui d'un CD-ROM se trouve une mince et élégante clé USB. Une courte carte d'accompagnement renseigne sur le contenu qu'elle recèle. La clé et la carte portent tous deux le logo bicolore de la SSO. La clé a une capacité de 4 GB de données, soit 4000 mégaoctets. Elle peut également être remise de main à main, et l'on peut l'utiliser encore à bien d'autres fins, pour le transport d'une longue présentation PowerPoint par exemple, ou bien pour le transfert de données entre les ordinateurs institutionnels, professionnels et privés, voire pour des applications privées telles que jeux, vidéos, musique et bien d'autres encore. La SSO devient ainsi une présence et un accompagnement permanents!

Economies de temps et d'argent

A la SSO, le traitement et la logistique autour de ces nouveaux membres potentiels est une chose. Mais le temps et l'argent en sont une autre. Du

point de vue du travail d'acquisition des informations et de la production, la nouvelle «Bienvenue numérique» aux nouveaux diplômés s'en sort mieux que l'ancienne version imprimée. Elle permet des modifications et des mises à jour jusqu'à la dernière minute. De plus, ce nouveau moyen de transmission de l'information permet dans son navigateur de composer d'un simple clic des adresses et liens internet complexes. Les courriels également peuvent être envoyés d'un seul clic. Les données enregistrées sur la clé USB peuvent



Une présence et un accompagnement permanent: le nouveau clé USB.

être complétées, modifiées ou effacées par le destinataire: c'est un instrument qui pourra accompagner indéfiniment son détenteur, une fois sa mission initiale accomplie. L'identification claire de la clé USB avec la SSO ne manquera pas de rappeler l'origine du précieux présent, année après année, contribuant ainsi à la consolidation de label de qualité de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie.

Multifonctionnel et neutre du point de vue des langues

La clé USB et son conditionnement sont conçus de telle sorte que d'autres applications sont envisageables: on peut imaginer la remettre lors des assemblées des délégués de la SSO, contenant tous les points de l'ordre du jour et leurs annexes sous forme électronique. Elle pourrait aussi contribuer à la réduction de la paperasse lors des séances des commissions et instances de la SSO. Pour toutes ces applications, il suffit de réimprimer la carte contenue dans l'emballage, ce qui peut se faire rapidement et à moindres frais. Le contenant et la clé sont neutres du point de vue des langues. La carte peut être rédigée en trois ou quatre langues, mais aussi en une seule d'entre elles pour une distribution géographique spécifique. La SSO est curieuse de voir comment ce nouvel outil de communication numérique sera reçu et accueilli par les nouvelles et nouveaux diplômé-e-s de la volée 2011!



Dès cette année, les nouveaux membres potentiels reçoivent un courrier ultramoderne: sous un emballage semblable à celui d'un CD-ROM se trouve une mince et élégante clé USB.

Le secret pour garder des dents saines

Lorsque le Professeur Adrian Lussi donne des explications aux visiteurs, il s'accompagne volontiers de graphiques à l'écran, illustrant chaque cas pour lequel il s'engage de bon cœur: la conservation des dents dans leur esthétique et fonction naturelles. Il consacre sa passion à la médecine dentaire préventive et restaurative chez les jeunes comme les moins jeunes. Ses travaux de recherche révèlent un objectif clair et défini: améliorer l'hygiène dentaire de la population suisse.

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

Il s'agit tout d'abord de la conservation des dents, d'une procédure minimale-invasive et d'une intervention sur un espace des plus restreints. Le Professeur Adrian Lussi mentionne ces trois aspects en premier, lorsqu'on l'interroge sur les prescriptions de sa pratique de la médecine dentaire préventive et restaurative. Protéger la structure

dentaire, intervenir si possible au minimum lors des réparations sans détruire, voici le credo de la branche professionnelle qui s'oriente vers la prophylaxie et la reconnaissance préventive des dommages de la dentition et de sa structure définie. Le plus grand défi de la médecine dentaire consiste encore à repérer une anomalie avant que le pa-

tient puisse se rendre compte de ses effets, déclare Adrian Lussi.

Le diagnostic dentaire est comparable à la navigation du capitaine qui découvre un iceberg et doit se charger d'estimer son volume, gouvernant son navire à travers tout l'Antarctique.

Recherche dans le domaine de l'érosion dentaire

Adrian Lussi s'est forgé une reconnaissance internationale grâce à son étude de l'érosion dentaire. Il a débuté il y a plus de 25 ans avec des travaux de recherche dans ce domaine; en effet, cette problématique avait déjà été abordée en clinique spécialisée, dans le but de la préservation des dents d'origine, ce qui l'a fasciné. En tant que chimiste diplômé, il proposait de nouvelles résolutions intéressantes: «Ce domaine jouxte la chimie, c'est ce qui a attiré mon attention.» L'érosion dentaire n'était alors qu'un thème peu discuté en public, la problématique étant sous-esti-

Professeur Dr Adrian Lussi

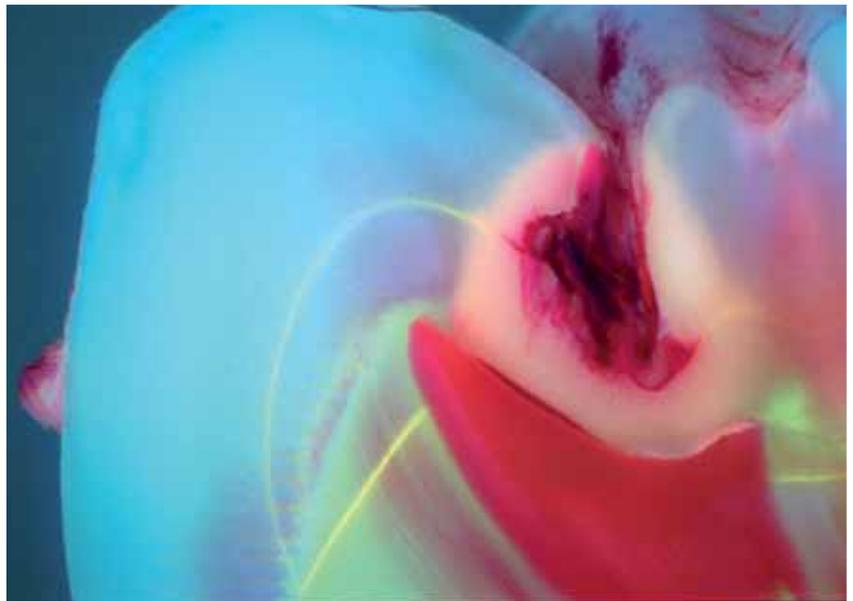
Adrian Lussi dirige la clinique pour la conservation des dents, la prévention et la médecine dentaire pour les enfants (Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin), partie prenante des cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (ZMK), depuis septembre 2006. Il possède toute une collection de diplômes: diplôme de médecin-dentiste, diplôme d'ingénieur chimiste de l'ETH (Ecole polytechnique de Zurich) et enfin diplôme d'enseignant secondaire en chimie (gymnase). Parallèlement à ses titres académiques, il a obtenu la certification de la SSO pour la formation continue en médecine préventive et restaurative de même qu'en endodontologie et médecine dentaire pour les enfants. Ses activités en tant qu'enseignant académique sont complétées par un travail de recherche intense: à son actif, plus de 250 publications de même que trois ouvrages sur la médecine de conservation des dents et l'érosion dentaire. Son équipe comporte quatre-vingts personnes qui se partagent cinquante postes à plein temps.



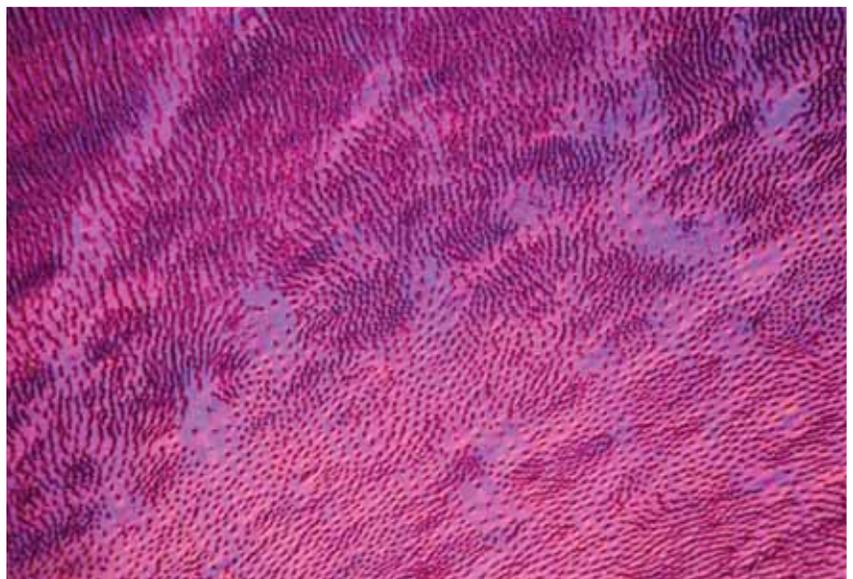
mée par la médecine dentaire. L'érosion semble aujourd'hui aussi habituelle que les maladies parodontales. En voici les raisons: d'une part la consommation croissante de boissons acides, en particulier les energy et softdrinks, d'autre part le reflux dû à des vomissements plus fréquents également. Adrian Lussi démontre ainsi sur son écran comment un simple verre de jus d'orange attaque et fragilise l'émail dentaire au cours des processus abrasifs suivants, et combien de temps la salive a besoin pour réparer l'émail, des heures entières voire des jours. C'est la raison pour laquelle les dents doivent être lavées immédiatement après chaque repas. «La plupart des gens ont déjà eu des caries, mais un tiers seulement de la population présente une érosion dans un état avancé», commente Adrian Lussi, avant d'ajouter: «Il n'y a que dans le cas d'une érosion préexistante ou de risque accru que des mesures spécifiques sont nécessaires, comme le brossage des dents avant les repas. En cas de régurgitation, il faut au contraire uniquement se rincer la bouche.»

La santé publique au centre des préoccupations

Une mission qui tient à cœur à Adrian Lussi est d'apporter un soutien complémentaire à la population, à l'université également et pas seulement dans les cabinets dentaires, adopter une bonne hygiène dentaire et ainsi éviter des dommages dentaires et parodontaux. Ses spécialisations comprennent des mesures préventives afin de prévenir les dommages de la structure dentaire. En prenant l'érosion dentaire pour exemple, Adrian Lussi donne des conseils pratiques: comme une vie sans consommation d'acides paraît actuellement impossible, il recommande de boire les boissons acides quand elles sont froides et d'un seul trait; de cette manière, la substance acide attaquera moins facilement les dents. Ce qui est vraiment nocif, c'est la consommation excessive de boissons en bouteilles ou en canettes, les energy drinks étant à cet égard particulièrement agressifs, comme le démontrent les récentes recherches. Adrian Lussi n'effectue donc pas ses recherches seul dans son laboratoire-tour d'ivoire, mais souhaite plutôt parer aux besoins de la population en matière de santé. Chaque nouvelle découverte fondée sera retransmise auprès des étudiants en formation. Lorsqu'il lance plusieurs projets, il s'agit toujours de contribuer à la santé publique. Adrian Lussi apparaît comme un chercheur éclairé et progressiste, dans la mesure où il se rend compte qu'il ne peut guère changer le mode de vie actuel. Cependant, au moyen d'informations ciblées, il désire encourager un changement volontaire du comportement de chacun.



Dent avec carie et lignes de croissance.



Tubuli dentinaires

De la chimie à la médecine dentaire

Adrian Lussi a commencé sa carrière professionnelle en étudiant la chimie, car il souhaitait comprendre les relations chimiques des processus. Désirant partager son savoir, il a tout d'abord obtenu un poste de professeur de chimie au collège. Toutefois, une vie entière dédiée à l'enseignement de la chimie lui paraissait trop monotone. Raison pour laquelle il a entrepris des études de médecine dentaire à Zurich, en complément à son futur diplôme d'ingénieur chimiste, obtenu un an après. En tant que jeune assistant du Professeur Peter Hotz à l'Université de Berne, il a donc fondé un laboratoire de recherches dédiées à la médecine dentaire, observant et documentant les processus variés de la cavité buccale et démontrant ainsi son

intérêt pour les sciences naturelles. Son esprit curieux de chercheur s'orientait particulièrement vers une carrière académique, c'est pourquoi son expérience professionnelle a profité à l'orthopédie de la mâchoire et à la médecine dentaire pour les enfants, afin de relever de ses fonctions l'émérite Professeur Hotz, ancien directeur de la clinique pour la conservation des dents, la prévention et la médecine dentaire pour les enfants de l'Université de Berne (Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin der Universität Bern).

L'expérience pratique au ZMK de Berne

Le travail quotidien en clinique dentaire est comparable à celui d'un cabinet médical moderne, remarque Adrian Lussi: «Nous travaillons beau-

coup avec le microscope, ce qui représente, avec la maîtrise des techniques CAD/CAM, les exigences requises pour toute l'équipe.» Afin de prodiguer aux étudiants et assistants un enseignement orienté le plus possible sur la pratique, il se fait accompagner à long terme par des médecins en chef externes. En tout, 25 praticiens privés sont engagés dans la formation des étudiants et supervisent la planification des traitements complexes dans le secteur de l'assistantat et conseillent les assistants en cas de difficulté. Dans sa clinique, tous les traitements pratiqués par le dentiste généraliste sont poursuivis: «Nous sommes des raccommodeurs de petits trous, en aucun cas un centre de compétences pour les missions impossibles», plaisante Adrian Lussi, en veillant à ce que la distribution des tâches soit équitable. Chacun de ses médecins en chef remplit une fonction particulière bien définie: recherche clinique, endodontologie, connaissance des matériaux, CD interactif (autodidacte), organisation des consultations pour problèmes de mauvaise haleine... Adrian Lussi est présent partout et organise sa clinique de façon à faire profiter au maximum ses étudiants et chercheurs, mais aussi ses patientes et patients. Adrian Lussi optimise constamment les procédés, transmettant son plaisir d'expliquer et de débattre; lorsqu'un processus part dans la fausse direction, il le corrige immédiatement: «Prenez votre temps», prévient-il les visiteurs, avant de commencer à donner des explications patiemment sur ce qui le fascine dans la médecine dentaire. En effet, il y a vraiment beaucoup d'aspects fascinants dans tout cela.

Les attraits de la médecine dentaire

Pour l'enseignement de l'histologie et de la pathohistologie comme pour la recherche diagnostique et la thérapie minimale-invasive des caries et de l'érosion, des centaines de dents ont été colorées et taillées pendant des dizaines d'années. Déjà à l'époque du Professeur André Schroeder, le travail exigeant du D^r h. c. H. Stich a été exécuté dans un esprit d'initiative et avec amour du détail. Adrian Lussi révèle son enthousiasme pour les attraits de ces travaux de précision, en particulier pour l'enregistrement de ces détails: «Sans usage de Photoshop, uniquement au moyen de méthodes de coloration et de lumière polarisée, voici la véritable beauté naturelle.» Ces planches spécifiques (coupes) apparaissent sur un calendrier depuis

Société Suisse de Médecine Dentaire Préventive et Restaurative

La Société Suisse de Médecine dentaire Préventive et Restaurative (SVPR) a pour objectif de promouvoir une meilleure hygiène buccale au sein de la population suisse, au moyen d'une prophylaxie de base individuelle ou de groupe et au moyen de cours de formation continue et approfondie des médecins-dentistes en matière de prévention et restauration dentaire.

Attestation de formation continue

Tous les médecins-dentistes intéressés peuvent s'inscrire à la préparation du certificat de formation continue SSO/SVPR pour la médecine préventive et restaurative. Le programme de formation continue s'étend sur trois ans, il est dispensé par un directeur de programme qualifié dans un établissement reconnu par la SSO.

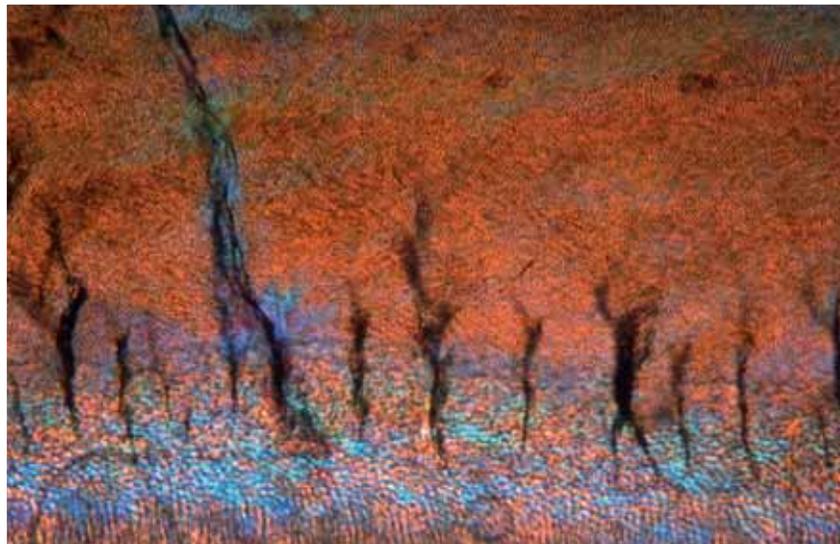
Source: Société Suisse de Médecine Dentaire Préventive et Restaurative (SVPR). Pour de plus amples informations: www.svpr.ch

dix ans: «L'art de la médecine dentaire»; les dentistes font d'ailleurs cadeau de leurs trouvailles dentaires et les envoient à la clinique à Noël.

Perspectives d'avenir en matière de restauration dans la médecine dentaire

L'avenir de la médecine dentaire minimale-invasive et de la prophylaxie appartient au microscope, Adrian Lussi en est persuadé: traiter la dent de façon à perdre le moins de matériau possible. En font partie le développement des nouvelles techniques adhésives et des matériaux de restauration (composite, céramique) de même que le développement de la technologie Cerec. La céramique convient mieux aux amalgames (plombages) de taille importante et s'adapte parfaite-

ment grâce à la technique actuelle CAD/CAM. Adrian Lussi a l'intention d'effectuer de plus amples recherches dans le domaine du diagnostic précoce de la carie et la prévention de l'érosion dentaire, par exemple au moyen de l'évaluation de certains agents déterminés qui modifient la pellicule. Pour les traitements de racine, il s'agit d'améliorer la fabrication des instruments, encore plus polyvalents dans leur application. Les méthodes de rinçage doivent également être perfectionnées. Lussi est convaincu que dans le futur, les médecins-dentistes vont employer de plus en plus fréquemment le microscope pour soigner leurs patients: «La visibilité est bien meilleure et l'ergonomie aussi!»



Limite émail-dentine avec touffe et lamelle d'émail.

Reforme de Bologne et LPMéd dans le miroir du temps

Le programme des études de médecine et l'examen final fédéral au goût du jour: quelles sont les conséquences de la réforme de Bologne et de la LPMéd?

Professeur Dr N. U. Zitzmann, Professeur Dr R. Weiger (coordinateurs du processus de Bologne aux UZM et Présidente, resp. membre de la Commission suisse d'exams) (photos: mäd)

La première volée ayant accompli les cinq années d'études instituées par la réforme dite de Bologne se présentera cette année, le 8 août 2011, au nouvel examen final fédéral. Nous pouvons désormais percevoir les conséquences de la réforme de Bologne et de la LPMéd à la lumière des expériences vécues par les cliniques universitaires de médecine dentaire de l'Université de Bâle. L'ancien examen d'Etat et les études selon «l'ancien» programme appartiennent désormais au passé! C'est cette année que la première volée «nouvelle manière» suivant la réforme de Bologne aura subi pour la première fois le nouvel examen conformément aux dispositions de la LPMéd, le 8 août 2011. Que recèlent ces nouveautés et quelles en sont les conséquences? Elles résultent essentiellement de deux processus différents. Ils ont été intégrés plus ou moins en parallèle au nouveau curriculum de médecine dentaire, bien que d'origines totalement différentes.

La réforme de Bologne

C'est en 1999 que les ministres de l'éducation de l'Union européenne ont signé à Bologne une déclaration sur la nouvelle organisation de la formation universitaire. Son but était d'améliorer la comparabilité des programmes d'études et des titres universitaires décernés dans les différents pays de l'UE, tout en favorisant et en facilitant la mobilité entre les pays de l'Union ainsi que le passage d'une université à l'autre, aussi bien en cours d'étude qu'après l'obtention d'un diplôme. Les points forts de l'application de la déclaration de Bologne sont l'assurance de la qualité des programmes d'études, l'encouragement du caractère interdisciplinaire des curriculums, la promotion de la mobilité des étudiants et la garantie de l'égalité des chances. A l'occasion de plusieurs conférences de suivi et d'encadrement (Prague 2001, Berlin 2003, Bergen 2005, Londres 2007, Louvain-la-Neuve 2009, Vienne/Budapest 2010), les ministres de l'éducation ont poursuivi la réalisation concrète des réformes des universités et l'ont étendue. Ce sont ainsi aujourd'hui 47 pays qui participent à ce processus de réforme auquel la Suisse s'est associée dès 1999. La Conférence des Recteurs des Universités Suisses (CRUS) s'est

vu confier en 2004 par la Conférence universitaire suisse (CUS) le mandat de mettre la déclaration de Bologne en œuvre jusqu'en 2011, en appliquant les directives émises par la CUS Directives pour le renouvellement coordonné de l'enseignement des hautes écoles universitaires suisses dans le cadre du processus de Bologne. La CUS est un organe commun de la Confédération et des cantons. C'est elle qui assume la responsabilité politique de l'application des directives de Bologne.

Dans le cadre du processus de Bologne, les changements suivants se sont avérés indispensables dans toutes les universités des cantons suisses et dans les deux écoles polytechniques fédérales pour toutes les filières et cycles d'études:

- Introduction d'un système de formation à trois niveaux:
 - Cours de bachelor (CB) sur trois ans (premier cursus),
 - Cours de master (CM) sur deux à trois ans (deuxième cursus),
 - Formation postgrade;
- Evaluation unifiée des prestations académiques conformément au Système européen de transfert et d'accumulation de crédits (European Credit Transfer and Accumulation System – ECTS);
- Rédaction d'un travail de master dans le cadre des cursus de master.

En principe, le grade académique de bachelor est censé permettre l'accès au marché du travail, c'est-à-dire autoriser l'accès à une profession. Cependant, la possession des titres de *Bachelor of Dental Medicine* et de *Bachelor of Medicine* n'autorise ni l'exercice de la médecine, ni celui de la médecine dentaire en raison de la complexité des curriculums en médecine humaine et en médecine dentaire. C'est la possession du titre de master qui en est la condition préalable. Par ailleurs, d'autres recommandations ont été émises, facultatives. En font partie l'articulation des contenus de l'enseignement en modules (par exemple: agrégation de cours qui sont en relation entre eux, séminaires, cours pratiques) et introduction de modules à options donnant aux étudiants la possibilité d'approfondir leurs connaissances dans tel ou tel domaine déterminé. Ces dispositions n'ont

cependant pas de caractère obligatoire et doivent être adaptées en fonction des différents cursus.

Les études en médecine dentaire selon le processus de Bologne s'articulent en un cursus de bachelor en trois ans et un cursus de master en deux ans. Le cursus de master est de trois ans en médecine humaine. Il faut accumuler 60 crédits pour chaque année d'études (crédits annuels –CA). Il faut donc 180 CA dans le cursus de bachelor (CB), puis 120 CA dans le cursus de master (CM). Au cours de ce dernier, chaque étudiant doit rédiger un travail de master valant à lui seul de 15 à 60 CA dans la deuxième année de CM. Ce travail peut correspondre à un projet scientifique ou à l'approfondissement d'une question clinique ou scientifique. Il peut aussi prendre la forme de la description du cas complexe d'un patient.

Introduction des titres universitaires

Les titres universitaires correspondants ont été introduits dans le contexte de cette nouvelle structure: *Bachelor of Dental Medicine* et *Master of Dental Medicine*. Ce dernier est la condition préalable pour se présenter à l'examen fédéral (précédemment à la cinquième année d'études). Le troisième cursus du processus de Bologne comprend la formation postgrade et aboutit au titre de *Philosophic Doctor* (PhD) généralement obtenu en trois ans. Il cohabite toujours avec le titre académique traditionnel de Docteur en médecine dentaire (Dr méd. dent.), de Docteur en médecine (Dr méd.) et de Privat-docent après habilitation (PD). Il existe par ailleurs des cursus postgrade donnant le titre de *Master of Advanced Studies* (MAS – Diplôme d'études européennes approfondies). Dans ce contexte, en raison de leur grande proximité terminologique, il faut veiller à ne pas confondre le *Master of Dental Medicine* (master indiquant la conclusion du cursus *graduate*) avec le diplôme de formation postgrade qu'est le *Master of Advanced Studies*. Ce dernier est l'équivalent du titre de *Master of Science* utilisé jusqu'ici dans l'espace scandinave et anglophone. Le MAS est décerné aux médecins-dentistes ayant suivi avec succès la formation postgrade correspondante.

Il est toujours possible d'obtenir à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle le titre traditionnel de Docteur en médecine dentaire avec la soutenance d'une thèse. Depuis 2010 cependant, il faut faire état d'au moins un an d'activité scientifique à plein temps en médecine dentaire. La rédaction de la thèse peut être entreprise pendant le cursus précédent et, par exemple, développer et approfondir le thème abordé dans le travail de master.

A quoi ressemblent désormais les études à Bâle? En raison des étroites relations des matières entre elles et de la structure modulaire des curriculums,

il est toujours indispensable d'accumuler les 60 CA d'une année d'études pour accéder à l'année suivante. Aucune compensation n'est possible d'une année sur l'autre. Etant donné que la délivrance des CA dépend en principe de la réussite aux contrôles des prestations, les contenus théoriques des cours sont évalués lors de la troisième année du CB et de la première année du CM sous la forme d'un examen écrit à l'issue des cours. Ces examens rapprochés des cours ont une influence positive sur le contenu didactique dans la perspective d'un apprentissage continu. Ils permettent l'approfondissement des connaissances de base ainsi qu'une meilleure préparation aux activités cliniques. L'évaluation des prestations pratiques dans les cours cliniques pratiques intervient en parallèle à l'aide de livrets de cours comprenant les traitements prodigués aux patients (ill. 1). Les contrôles ou tests principaux se passent et se notent sur une période donnée. Ils portent sur des mesures de traitement clinique déterminées accomplies et évaluées en un temps prescrit. Ils servent à la préparation des examens cliniques (précédemment: examens pratiques dans le cadre de l'examen d'Etat) à la fin du CM. Pendant la 2^e année du CB ont lieu les «contrôles en

cours de formation» (CCF) suivant cours et colloques. Ils comprennent des contrôles écrits (40 minutes au maximum), des contrôles assistés par ordinateur (40 minutes au maximum), des rapports, présentations de cas, exposés, travaux de projet, examens oraux (avec assesseur, maximum 30 minutes). A Bâle, sous la forme de «contrôles cliniques», les examens pratiques précédents de l'examen d'Etat sont maintenus à la faculté (présentations cliniques avec présentation de cas et examen oral). La réussite à ces contrôles est une condition préalable à l'obtention des 60 CA de la 2^e année du CM (précédemment: 5^e année d'études) et du titre de *Master of Dental Medicine*. A Bâle, on a renoncé au profit des cours cliniques à introduire des modules optionnels en raison de la complexité des exigences de formation pendant le cursus de master et du temps disponible. La participation à tous les cours est donc obligatoire. De plus, on peut et l'on doit mettre à profit les périodes sans cours pour la rédaction du travail de master. On sera ainsi assuré que la formation clinique se poursuivra sur de bonnes bases, que l'on évitera d'abréger les temps de traitement et que sera garantie l'acquisition des compétences indispensables à la qualification professionnelle.

La nouvelle Loi fédérale sur les professions médicales universitaires et le nouvel examen final fédéral

La nouvelle Loi sur les professions médicales universitaires en Suisse a été élaborée encore avant l'introduction du processus de Bologne. Elle a été adoptée par l'Assemblée fédérale et sous sa forme définitive en 2007. Elle met l'accent sur l'assurance qualité (voir également les art. 15 et 21 de la LPMéd) des professions médicales (médecine, médecine dentaire, médecine vétérinaire, pharmacie et chiropratique). Dans la nouvelle loi, la responsabilité des cursus d'études des professions médicales incombe aux facultés. Celles-ci doivent toutefois se faire accréditer par l'Organe d'accréditation et d'assurance qualité des hautes écoles suisses (OAQ). Celui-ci a pour mandat de contrôler la qualité de l'enseignement et de la recherche dans les hautes écoles universitaires de Suisse. Pour ce faire, après une autoévaluation, une équipe externe internationale d'experts et de spécialistes de l'assurance qualité procède à une expertise. Celle-ci porte sur les conditions de formation, les modalités d'examen et la qualité de la formation. Il est également vérifié que sont satisfaites les exigences posées par le catalogue des



Brochure «Info Zahnmedizinstudium» contenant prescriptions, directives, catalogue des objectifs d'apprentissage, livret de cours

objectifs d'apprentissage, valable pour toute la Suisse, que les enseignements prescrits sont dispensés et que les objectifs visés sont atteints. L'accréditation intervient alors, avec le droit de dispenser la formation pendant une période de sept ans. Les documents relatifs à Bâle peuvent être consultés sur la page d'accueil (ill. 2) des cliniques de médecine dentaire: <http://zahnerhaltung.unibas.ch/akkreditierung/>.

En confiant aux facultés la responsabilité des cursus, elles ont également été chargées du contrôle des étudiants des points de vue de leurs connaissances, de leurs aptitudes et de leurs compétences. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) n'intervient donc plus dans les contrôles de la première à la cinquième année d'études. Le premier projet de la nouvelle Loi sur les professions médicales universitaires prévoyait même de renoncer complètement à l'examen final fédéral (l'ancien examen d'Etat) et de décerner le diplôme fédéral dès la réussite des cursus accrédités. Après le veto du Parlement, l'examen final fédéral reste placé sous la haute autorité de la Confédération (Commission des professions médicales – *Medizinalberufekommission*, MEBEKO, section formation). Des considérations de coût ne sont pas étrangères à cette restructuration qui, d'ailleurs, transfère aux universités une large part de la charge administrative: ces économies ont à l'évidence un effet positif sur les comptes de la Confédération. L'entrée en vigueur de la nouvelle LPMéd entraîne l'abrogation de la Loi fédérale du 19 décembre 1877 et de l'Ordonnance concernant les examens de médecin-dentiste émise le 19 novembre 1980 par le Département fédéral de l'intérieur (RS 811.112.3).

Conformément à la LPMéd, l'examen fédéral doit être passé après la conclusion réussie du cursus universitaire. Il est la condition préalable à l'obtention du diplôme fédéral. Celui-ci, à son tour, est la condition à l'exercice indépendant de la profession et à la poursuite des formations postgrade en médecine dentaire. C'est pourquoi, du point de vue de la politique de la santé, l'examen selon la LPMéd met l'accent sur l'exercice de la profession et sur le contrôle des connaissances orientées vers la pratique. En plus de l'application de procédures diagnostiques correctes, de la maîtrise de la pose du diagnostic en se fondant sur des connaissances interdisciplinaires, de la planification des traitements, des thérapies et des mesures de prophylaxie, il a été expressément souligné que le professionnalisme ainsi que les aspects éthiques, économiques et juridiques doivent être dûment pris en considération. C'est la raison pour laquelle ces points se retrouvent dans le Catalogue suisse des objectifs d'apprentissage (*Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*).



Rapport d'autoévaluation sur l'accréditation (Bâle)

Examen final fédéral

Extrait de la LPMéd:

Art. 14 Examen fédéral

¹ La formation universitaire s'achève par la réussite de l'examen fédéral.

² L'examen fédéral doit permettre de déterminer si les étudiants:

- possèdent les connaissances, les aptitudes, les capacités, les compétences sociales et les comportements nécessaires à l'exercice de la profession médicale choisie;
- remplissent les conditions pour suivre la formation postgrade nécessaire.

A quoi ressemble donc l'examen final fédéral à partir de 2011?

C'est en 2006 que le groupe de travail «Nouvel examen fédéral en médecine dentaire» a été mis sur pied sous la présidence de l'OFSP, avec un représentant de chacune des quatre universités (Prof. Belser pour Genève, Prof. Brägger pour Berne, Prof. Zitzmann pour Bâle, successivement le D^r Hirzel, le Prof. Hämmerle, et le Prof. Attin pour Zurich). La mission première de ce groupe de travail consistait en l'actualisation du Catalogue suisse des objectifs en médecine dentaire. En effet, ce document ne se borne pas à présenter les fondements de la formation et l'accréditation des cursus de médecine dentaire, mais il précise également le contenu de l'examen final fédéral conformément aux dispositions de la LPMéd. A côté de celles portant sur les objectifs de formation généraux et spécifiques à la profession, les «Lignes directrices relatives à la qualité en médecine dentaire» de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO) font partie intégrante de ce catalogue des objectifs

d'apprentissage. C'est pourquoi chaque objectif s'est vu affecter un niveau de compétence dont l'atteinte, à l'issue des études, constitue une condition préalable à l'obtention du titre universitaire de *Master of Dental Medicine* (voir également sur le site de l'OFSP: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00408/00557/index.html?lang=fr>).

Extrait du Catalogue suisse des objectives (*sic!*) en médecine dentaire:

Niveaux de compétence pour les connaissances théoriques:

Niveau 1: L'étudiant connaît les bases théoriques d'une notion clinique et est capable d'expliquer les objectifs et les domaines d'indication;

Niveau 2: L'étudiant dispose de connaissances théoriques élargies englobant les objectifs, les domaines d'indication, les éléments et le déroulement de l'acte clinique.

Niveaux de compétence pour les aptitudes et capacités pratiques:

Niveau 1: L'étudiant connaît le déroulement de la procédure clinique et a assisté à son application;

Niveau 2: L'étudiant est capable de réaliser la procédure clinique sous surveillance;

Niveau 3: L'étudiant est capable de réaliser la procédure clinique de manière indépendante.

Dans une deuxième étape, le groupe de travail a ensuite élaboré un concept pour l'examen final fédéral, tenant compte des exigences de la LPMéd. En font partie l'examen décentralisé pour les candidats de toute la Suisse, mais au même moment et dans des conditions identiques.

Cette approche de normalisation était nécessaire afin de garantir le bon déroulement du contrôle des objectifs formulés dans la LPMéd et dans le but de répondre aux exigences qualitatives internationales. On s'est inspiré de l'exigence formelle d'instaurer un examen final comparable sur tout le territoire suisse, plaçant tous les candidats devant les mêmes exigences et pouvant se dérouler simultanément dans tous les lieux d'examen. Les discussions avec les représentants de l'OFSP et de l'Institut d'enseignement médical de l'Université de Berne (IML – *Institut für Medizinische Lehre*) ont très vite mis en lumière que les examens pratiques tels qu'ils intervenaient jusqu'à présent dans le cadre de la première partie de l'examen d'Etat n'étaient plus praticables en raison des possibilités de recours («le patient à Bâle pouvait avoir une carie plus profonde que celui de Zurich, d'où un contrôle plus simple ici que là, etc.»). Certes, des examens identiques sur mannequin ou modèle auraient peut-être été possibles comme avec l'*Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) en médecine humaine, mais ceci aurait signifié un retour en arrière en troisième année du CB. Il y a donc été renoncé en raison des exigences cliniques élevées et des compétences d'ores et déjà acquises dans le cursus de master. Cette situation de départ a, de plus, eu les conséquences suivantes:

- Tous les contrôles pratiques cliniques dans les principales matières de la médecine dentaire ont été repoussés dans le cursus de master et ont lieu vers la fin de la 2^e année du CM;
- L'examen fédéral (examen CM) revêt la forme écrite;
- L'examen repose sur le Catalogue suisse des objectifs; sa structure est interdisciplinaire et orientée vers la pratique.

L'élaboration d'un projet de concept pour l'examen final a ensuite été entreprise par le groupe de travail avec l'assistance de collaborateurs de l'IML (D^r R. Krebs et M^{me} S. Weiss), également chargés par l'OFSP de l'évaluation des examens. Il s'articule selon deux dimensions principales et tient compte, dans une troisième dimension, des groupes «particuliers» de patients:

Dimension 1: problèmes en relation avec le patient

- 1 Douleur;
- 2 Traumatisme, fracture;
- 3 Carie, érosion, attrition;
- 4 Croissance, évolution en relation avec l'éruption dentaire, troubles du développement, malpositions;
- 5 Aspects fonctionnels: mastication, lacunes, dents absentes, prothèses défectueuses, implants, phonétique;

- 6 Aspects esthétiques;
- 7 Autres problèmes tels que modifications des muqueuses.

Dimension 2: actes de médecine dentaire

- 1 Examen et procédure diagnostique;
- 2 Diagnostic, diagnostic différentiel, pronostic, planification du traitement, comportement en situations d'urgence;
- 3 Prophylaxie;
- 4 Thérapie;
- 5 Professionnalisme, aspects éthiques, économiques et juridiques.

Dans une troisième dimension, on tiendra suffisamment compte des groupes particuliers suivants de patients, en plus des groupes normaux d'adultes:

- Enfants;
- Personnes âgées;
- Patients spéciaux;
- Personnes handicapées;
- Patients présentant des maladies systémiques;
- Patients souffrant de problèmes psychosomatiques;
- Patients présentant des addictions;
- Patients ayant des comportements dommageables pour la dentition et/ou la cavité buccale.

Pour assurer la congruence entre les quatre lieux d'enseignement (Berne, Genève, Zurich et Bâle), l'élaboration des questions de l'examen final a été confiée à dix groupes de travail comprenant chacun un représentant (et un suppléant) des quatre lieux d'enseignement. Ces groupes de travail traitent des matières suivantes:

Médecine préventive, parodontologie, stomatologie et chirurgie, cariologie, endodontologie, médecine dentaire pédiatrique, orthopédie maxillaire, prothèses fixes, prothèses amovibles, gérodontologie et implantologie.

Les matières exogènes (ORL, dermatologie par exemple) sont prises en compte dans les domaines voisins (diagnostic par exemple). Elles sont cependant en priorité intégrées aux examens des facultés. Les questions d'examen doivent, dans toute la mesure du possible, se référer à un problème concret présenté sur une fiche (description d'une situation clinique). Exemple: «Une patiente âgée de 32 ans se présente en urgence au cabinet dentaire. Elle souffre de fortes douleurs depuis deux jours dans l'ensemble de la cavité buccale.» D'autres symptômes, illustrations cliniques ou radiographies sont joints et l'on attend un diagnostic adéquat, un traitement ou un pronostic.

Le groupe de travail «Nouvel examen final fédéral» poursuit depuis cette année ses travaux en tant que «Commission d'examen en médecine dentaire» sous la même présidence et compte parmi ses membres une représentante de la SSO

chargée de la défense des intérêts des médecins-dentistes établis.

Résumé

De nombreux changements se sont avérés indispensables dans les curriculums de la médecine dentaire dans le contexte des deux processus parallèles que sont la nouvelle Loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd) et la réforme de Bologne. En sont attendus une plus grande transparence, des examens modernisés encourageant l'apprentissage continu ainsi qu'un examen final unifié pour toute la Suisse. Comme auparavant, il relève de la mission et de la responsabilité des universités, dans le cadre du curriculum et par le biais des examens des facultés, de s'assurer de l'atteinte des objectifs de formation et des aptitudes professionnelles. Tel était naturellement déjà le cas au cours des précédentes décennies. Mais le nouveau régime l'officialise formellement avec les titres universitaires de *Bachelor of Dental Medicine* et de *Master of Dental Medicine*.

Le transfert des responsabilités et la limitation du nombre des examens placés sous la surveillance de la Confédération au seul examen final soulagent certes les comptes de celle-ci, mais imposent en revanche des charges supplémentaires aux universités. Pour les candidats, la nouvelle mouture des contrôles signifie un examen exigeant, indépendamment du lieu et de l'examineur, demandant un savoir étendu et orienté vers la pratique. Point positif: le rassemblement des quatre institutions de formation en médecine dentaire dans le cadre de l'élaboration et du consensus sur les questions de l'examen fédéral. Comme les spécialistes représentant les quatre lieux d'enseignement se mettent d'accord sur son contenu, cette collaboration interuniversitaire favorise une coexistence constructive. L'élaboration d'un catalogue commun d'objectifs d'apprentissage garantit également le consensus sur le profil et les compétences des futurs diplômés suisses en médecine dentaire.

Dernière nouvelle

En avril 2011, le Conseil fédéral a mis sur pied la Commission d'examens pour la médecine dentaire. Il en a désigné la présidente et les membres pour 2011. Ce sont le Prof. Urs Belser et le D^r François Jaccard pour Genève, le Prof. Thomas Attin et le D^r Claudia Antonini pour Zurich, le Prof. Urs Brägger et le D^r Christoph Ramseier pour Berne, le Prof. Roland Weiger et le Prof. Nicola Zitzmann (Présidente) pour Bâle, ainsi que le D^r Nadine Kohler en qualité de représentante de la SSO.

Intégrité scientifique et comportement scientifique incorrect

Pour la plupart des scientifiques, l'intégrité scientifique est une évidence. Ils sont d'avis qu'un comportement scientifique incorrect n'est rencontré que rarement et ils ne peuvent l'imaginer survenir dans leur propre institution. Selon l'expérience internationale, cette opinion est cependant à relativiser.

Emilio Bossi*, professeur émérite, docteur en médecine, Berne (photo: Fotolia.com)

Des exemples de comportement incorrect se retrouvent à plusieurs reprises. Des cas flagrants sont rapportés par les médias: entre autres, en Corée du Sud le soi-disant clonage réussi de blastocystes humains dont des cellules souches embryonnaires auraient été cultivées, qui s'est révélé un faux¹, ou la «preuve» reposant sur une base de données inventée de toutes pièces en Norvège, selon laquelle des médicaments anti-inflammatoires réduisent l'incidence du cancer de la bouche². La Suisse est également concernée. Citons ici l'exemple particulier d'un théologien d'éthique convaincu de plagiat³.

Intégrité scientifique

L'intégrité scientifique est une attitude morale de base. Elle présuppose la réflexion éthique, l'auto-critique et l'autodiscipline. L'exercice consciencieux de la recherche forme une condition de base d'une bonne recherche. Lorsqu'elle manque, la réputation de la recherche en est gravement affectée, la compréhension de nouvelles évolutions et l'acceptation d'innovation sont compromises, tout autant que la disponibilité sociale de financer la recherche.

Définitions de comportements scientifiques incorrects

Tableau I: L'attitude déloyale est une mystification intentionnelle, pouvant toutefois être causée par négligence. Elle survient lorsque des données non existantes sont inventées (fabrication) ou des résultats sont faussés (falsification), déformant par là des connaissances scientifiques et exposant peut-être la société à des dangers. Il existe d'autres comportements également inacceptables parce qu'ils trompent la communauté de recherche, comme la paternité littéraire incorrecte ou la fausse évaluation intentionnelle de projets et de résultats. Outre son manque de collégialité inhérent, le plagiat peut mener à une déformation de résultats, lorsque les résultats plagiés sont méta-analysés: un

faux poids en résulte. Des comportements inacceptables (autrefois dénommés «Questionnable research practices») représentent une autre catégorie de comportement incorrect parce qu'ils ne concordent pas avec la recherche impeccable (entre autres, un traitement de données négligé).

Fréquence de comportements scientifiques incorrects

A cause d'une utilisation incohérente de définitions de comportements incorrects et de statistiques incomplètes, des données fiables de fréquence de comportements inadéquats manquent. Toutefois, selon 18 sondages publiés, dont la comparabilité est acceptable, une méta-analyse a pu être réalisée⁴. Le tableau II donne un résumé succinct de certains résultats.

Ces résultats donnent à réfléchir. Peu importe de savoir s'ils sont généralisables. Ils ont été recensés entre autres aux USA et concernent essentiellement la recherche biomédicale.

Facteurs de risques de comportements scientifiques incorrects

Selon un aperçu de publications sur les causes de comportements incorrects⁵, on compte des facteurs liés à la structure de la personnalité, notamment le narcissisme, le sentiment de légitimité (la

personne pense mériter un résultat parce qu'elle travaille assidûment), la conviction de connaître d'avance la réponse à la question posée et une perception déformée de la vérité et tronquée de la réalité. Des facteurs externes jouent également un rôle: la pression sur la carrière («publish or perish»), un encadrement insuffisant, une mauvaise ambiance de travail, des conflits humains, le sentiment d'être injustement traité (par exemple, en cas de refus de demandes et de publications), ainsi qu'un manque de culture autocritique au poste de recherche concerné. Envisageable est également l'influence inacceptable des sponsors sur les chercheurs. Il est donc particulièrement important d'expliquer le financement d'études et son origine. Les conflits d'intérêts doivent être exposés avec sincérité et transparence; s'ils ne sont pas déclarés et surgissent malgré tout, tout projet impeccable peut carrément perdre toute sa valeur.

Mesures préventives

La considération des facteurs de risques précités forme une base importante de mesures préventives. En ce qui concerne une accusation de «perish or publish» aux organes académiques, sachons que l'évaluation d'un curriculum scientifique est nécessaire et que des publications en forment une bonne base, étant le média élémentaire par lequel les chercheurs rendent compte de leur travail. Il existe bien sûr des méthodes plus intelligentes pour évaluer une activité de publications qu'une simple énumération. Les pubicteurs et les évaluateurs de demandes et manuscrits doivent être conscients que l'originalité d'un sujet, l'exactitude des données, la fiabilité des résultats et l'importance des conclusions revêtent une importance plus grande que des résultats rapides et un grand nombre de publications.

Parmi d'autres facteurs prophylactiques comptent la conduite exemplaire de supérieurs hiérarchiques et la considération de la thématique de



L'exercice consciencieux de la recherche forme une condition de base d'une bonne recherche.

* Président du comité d'«Intégrité scientifique» des Académies suisses des sciences

Tab. I Différentes formes et quelques exemples de comportements scientifiques incorrects («Définitions» de comportements incorrects)

Comportements incorrects qui déforment les résultats scientifiques et pouvant ainsi représenter un danger social: – falsification de données (y inclus la rétention intentionnelle de données) – invention de données inexistantes (fabrication)
Comportements incorrects nuisant à d'autres scientifiques et pouvant éventuellement déformer des résultats scientifiques: – le plagiat
Comportements incorrects nuisant à d'autres scientifiques par ex.: – la paternité d'auteur incorrecte – la fausse évaluation intentionnelle de projets et résultats
Pratiques scientifiques inacceptables, qui font douter du sérieux du chercheur et de la recherche par ex.: – le traitement négligent de données – la répartition de résultats sur plusieurs publications, dans l'unique but d'allonger la liste des publications

Tab. II Fréquences de comportements scientifiques incorrects avoués et observés: méta-analyse de 18 sondages auprès de scientifiques de différentes disciplines (4)

Taux proportionnel de scientifiques ayant avoué leur propre comportement inadéquat:	
Faux, fabrication: 0,3 à 4,9%	Valeur moyenne: 2,6%
Pratiques scient. inacceptables jusqu'à 33,7%	Valeur moyenne: 9,5%
Taux proportionnel de chercheurs ayant observé le comportement inadéquat de collègues:	
Faux, fabrication: 5,2 à 33,3%	Valeur moyenne: 16,7%
Pratiques scient. inacceptables: 6,2 à 72%	Valeur moyenne: 28,5%

«l'intégrité scientifique», notamment dans l'enseignement informel, partiellement aussi formel. L'observation de «bonnes pratiques» tant professionnelles, mais aussi sous forme de principe^{6,7}, doit être la norme; leur stricte observation exclut largement une conduite incorrecte.

Conditions d'une recherche responsable

Une conduite scientifiquement intègre exige le respect des limites de la liberté de recherche ainsi que la véracité, l'esprit ouvert au sein du groupe de recherche, la transparence et le dialogue avec la communauté scientifique et le public.

Dans les différentes phases d'un projet de recherche, une conduite intègre est soutenue par l'observation de normes spécifiques, dont certaines sont évoquées superficiellement ci-après. Une discussion plus détaillée figure dans la publication «L'intégrité dans la recherche scientifique. Principes de base et procédures» des Académies suisses des sciences⁸.

Dans la phase de planification, la faisabilité du projet de recherche doit être vérifiée pour éviter des déformations ultérieures de données devant assurer l'aboutissement du projet. Il est également recommandé de vérifier aussi tôt que possible les droits d'auteur et la série des auteurs dans les publications. Comme déjà évoqué, il faut expliquer le financement et d'éventuels conflits

d'intérêts. Les accords entre chercheurs et sponsors, d'autres groupes de chercheurs et instances doivent se faire par écrit. Un modèle d'accord de collaborations internationales a été proposé par un groupe de travail de l'OCED⁹.

Au cours de la réalisation d'un projet, il faut tenir une documentation précise et fiable. Données et matériaux doivent être conservés de façon à exclure toute perte ou manipulation. Après la publication des résultats, il faut proposer de l'aide à des chercheurs externes qui souhaitent reproduire la recherche.

La publication de résultats de recherche doit être sans préjugés et complète; cacher intentionnellement des données est à considérer comme une falsification. Subdiviser les résultats en publications séparées pour allonger les titres édités est indigne, de même que publier les mêmes résultats à différents endroits, sans déclaration (auto-plagiat).

L'«organisation de défense de l'intégrité» et le processus en cas de soupçon de comportements scientifiques incorrects

Les académies recommandent particulièrement à toutes les institutions de recherche et de promotion de disposer de normes claires et d'un interlocuteur désigné pour un laps de temps défini, pour la protection de l'intégrité scientifique. Des

instituts plus petits peuvent vérifier s'ils l'effectueront en commun ou s'ils se joignent à une organisation existante. Si une telle organisation n'existe pas, l'expérience indique que la réaction impréparée à un soupçon est souvent malheureuse; elle sera souvent erronée et discréditera l'institution, et avec elle la science en soi.

Les académies ont proposé un modèle de structure d'organisation d'intégrité, et comment procéder en cas d'allégation de comportements scientifiques incorrects. Ces propositions figurent dans les publications précitées⁸.

Pour la majorité des chercheurs, une conduite scientifique responsable va de soi. Pour le bien de la science et de la société, il s'agit de garder le nombre d'infractions aussi bas que possible. A cet effet, il faut s'occuper formellement de la matière par des organes comme les Académies suisses des sciences, et de la prise de conscience de la problématique dans le quotidien de la recherche par les institutions de recherche elles-mêmes. Faire de l'intégrité scientifique une science en soi n'est pas du tout l'objectif. Une sensibilisation à ce sujet l'est, cependant. Tel est le but du présent article.

Bibliographie

- Normile D, Vogel G, Couzin J C: South Korean Team's remaining human stem cells claim demolished. *Science* 2006; 11: 156–157
- Marris E: Doctor admits Lancet Study is fiction. *Nature* 2006; 439: 248–439
- La faculté de théologie de Genève secouée par une affaire de plagiat. *Le Temps* 6.12.01.
- Fanelli D: How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data; 2009; *PlosONE*, Volume 4, Issue 5, e5738.
- Giles J: Breeding cheats. *Nature* 2007; 445: 242–243
- European Science Foundation. European Code of Conduct for Research Integrity. Le texte intégral est disponible dans le rapport «Fostering Research Integrity in Europe», sur www.esf.org
- Singapore Statement on Research Integrity, 2010, www.singaporestatement.org
- Académies suisses des sciences: L'intégrité dans la recherche. Principes de base et procédures 2008. www.academies-suisse.ch
- OECD Global Science Forum: Investigating Research Misconduct Allegations in International Collaborative Research Projects. A Practical Guide. Avril 2009. www.oecd.org/sti/gsf

Ce texte se base entre autres sur les directives éditées par les Académies suisses des sciences⁸ et représente une version modifiée d'un article paru dans la *Revue suisse des médecins*, 2010; 91: 16.

Maltraitance infantile: une mission pour la société

C'est souvent à l'occasion d'une consultation ambulatoire de chirurgie ou de pédiatrie que le premier diagnostic est posé. Le traitement et surtout la résolution des causes à l'origine des problèmes ne relèvent pas d'aspects strictement médicaux, mais bien plutôt du domaine social, ainsi que le décrit un article publié dans l'édition 2/2005 de la publication Unfallchirurgie (voir également: «Maltraitance infantile – son importance en médecine dentaire», Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie. Vol. 118 4/2008).

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

«Ces dernières années, le grand public est devenu notablement plus attentif à la maltraitance et à la négligence infantiles. Malheureusement, l'examen du corps d'un enfant maltraité n'inclut pas celui des lésions à l'intérieur de la cavité buccale, bien qu'au moins 50% de tous les cas documentés de maltraitance infantile comprennent également des blessures orofaciales et ou intra-orales. Ces cas se présentent parfois dans les services hospitaliers d'urgences dentaires, et le médecin-dentiste sera peut-être le seul en mesure de reconnaître précocement les effets d'une maltraitance chez un enfant, et de protéger ce dernier par des mesures appropriées. D'une manière générale, il importe que le médecin ou le médecin-dentiste, ainsi que le personnel soignant et infirmier procèdent également à un examen de la cavité buccale lors de l'appréciation de l'état général du patient. Les médecins-dentistes doivent être en mesure d'examiner des enfants qui leur sont adressés avec des lésions orofaciales et de poser les bons diagnostics: s'agit-il d'un traumatisme accidentel ou d'un geste intentionnel? La constatation de traumatismes et leur origine est un critère essentiel du diagnostic en présence de

souçons de maltraitance. Condition préalable: le médecin-dentiste doit inclure les conséquences d'une maltraitance dans son approche du diagnostic différentiel», a écrit le Dr Curt Goho, de l'American Board of Pediatric Dentistry.

Croissance du nombre de cas et de leur importance

Le groupe de protection infantile et de conseil aux victimes de l'Hôpital pédiatrique de Zurich a constaté une augmentation de 16% des cas signalés de maltraitance infantile en 2010. Le nombre de cas documentés (487) est inquiétant: c'est le plus élevé depuis que l'on procède à des relevés (1969).

Les cas les plus fréquemment signalés relèvent de l'exploitation sexuelle supposée ou avérée, suivis par les sévices corporels, la maltraitance psychique et la négligence. L'augmentation des signalements de maltraitance infantile a des aspects variés: d'une part, il est évident que la maltraitance infantile est un phénomène relativement fréquent. En plus de l'Hôpital de l'enfance, il y a à Zurich plus d'une douzaine d'autres points de contacts où les cas de maltraitance d'un enfant peuvent être si-

gnalés. Les chiffres sont partout en augmentation. Des estimations internationales, plutôt prudentes, partent de l'hypothèse que 10 à 20% des enfants seront victimes de mauvais traitements avant leur 18^e anniversaire. Les chiffres concernant l'ensemble des cliniques pédiatriques de Suisse seront publiés au début de l'été 2011.

Taux élevés de dépistage

Il y a unanimité sur un point: ce n'est pas le phénomène de la maltraitance infantile en lui-même qui augmente, mais le nombre croissant de signalements permet des taux de dépistage plus élevés: les spécialistes et les personnes en contact avec les enfants sont de plus en plus attentifs aux multiples symptômes de maltraitance infantile et ce sont eux qui font le si important premier pas en signalant leurs constatations à une instance appropriée. L'augmentation du nombre de cas signifie aussi que le nombre de maltraitements qui restent cachées est en diminution. Il faut s'en réjouir: seules les victimes identifiées peuvent être assistées.

Soutien ciblé aux spécialistes

C'est toutefois la qualité des signalements qui est déterminante pour pouvoir constater effectivement les mauvais traitements infligés à des enfants. Il est indispensable, pour garantir cette qualité, que les spécialistes disposent d'informations ciblées, par exemple à quel moment peut-on avoir un soupçon fondé et à quel moment est-il opportun de signaler à une autorité de protection de l'enfance (autorité de tutelle) ou de faire procéder à une enquête par une instance de protection des mineurs. Pour qu'un enfant reçoive une assistance effective, les informations relatives à la manière d'aborder les auteurs supposés, la définition précise du rôle des spécialistes impliqués et la délimitation des compétences pour les activités des autorités de protection de l'enfance, des centres de conseil aux victimes et des groupes de protection des mineurs sont tout aussi importantes. Le guide annexé donne des réponses précises à ces questions. Il a été rédigé par Ulrich Lips, Dr méd., chef du groupe de protection de l'enfance de l'Hôpital de l'enfance de Zurich, à la demande de la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfance.

«Intervenir activement nécessite beaucoup de courage. Plus on est certain de faire ce qu'il faut, mieux on sera en mesure de franchir ce pas», estime Jacqueline Fehr, présidente de la Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant.

Bibliographie

Brown D W, Anda R F, Tiermeier H, Felitti V J, Edwards V J, Croft J B, Giles W H: Adverse Childhood Experiences and the Risk of Prema-



Si l'anamnèse ne joue pas, regardez de plus près autour de la bouche.



ture Mortality. *Am J Prev Med.* 2009; 37(5): 389–396
 Corso P S, Edwards V J, Fang X, Mercy J A: Health-related quality of life among adults who experi-

enced maltreatment during childhood. *Am J Public Health.* 2008; 98(6): 1094–1100
 Danese A, Moffitt T E, Harrington H, Milne B J, Polanczyk G, Pariante C M, Poulton R, Caspi A: Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009; 163(12): 1135–1143
 Douglas K R, Chan G, Gelernter J, Arias A J, Anton R F, Weiss R D, Brady K, Poling J, Farrer L, Kranzler H R: Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addict Behav.* 2010; 35(1): 7–13
 Fergusson D M, Boden J M, Horwood L J: Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2008; 32(6): 607–619
 Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009; 373(9657): 68–81
 Holly L, Wegman H L, Stetler C: A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on

Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosomatic Medicine.* 2009; 71(8): 805–812
 Lane W G: Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? *Child Abuse Negl.* 2009; 33(2): 76–83
 Slade E P, Wissow L S: Spanking in Early Childhood and Later Behavior Problems: A prospective Study of Infants and Young Toddlers. *Pediatrics.* 2004; 113(5): 1321–1330
 Starling S P, Heisler K W, Paulson J F, Youmans E: Child Abuse Training and Knowledge: A National Survey of Emergency Medicine, Family Medicine, and Pediatric Residents and Program Directors. *Pediatrics.* 2009; 123(4): 595–602
 Trocmé N (2008): Epidemiology of child maltreatment. *Child welfare research: Advances for practice and policy.* D. Lindsey and A. Shlonsky. Oxford, University Press: 2008; 15–24
 Zielinski D S: Child maltreatment and adult socio-economic well-being. *Child Abuse Negl.* 2009; 33(10): 661–665

La longue route vers la lumière

Même dans le Dolpo, en Transhimalaya, une région que l'on ne peut même pas atteindre à pied, la Croix-Rouge traite les maladies des yeux dans des camps mobiles. Ce Jeudi saint, des représentants de la Croix-Rouge suisse et Patrik Albert, D^r méd. dent., ont montré aux étudiants en médecine de l'Université de Zurich à combien peu de frais il était possible de venir en aide aux personnes défavorisées, même dans des régions très difficiles d'accès.

Beatrix Spring, Croix-Rouge suisse (texte et illustrations)

«Dépassons les frontières de notre domaine de spécialisation. Apprenons comment, à très peu de frais, nous pouvons réaliser quelque chose d'extraordinaire en faveur des personnes défavori-

sées»: c'est ainsi que le D^r Claudia Antonini a débuté les deux derniers cours de ce Jeudi saint. Les étudiantes et les étudiants se sont montrés attentifs et intéressés dès le début. Le D^r Patrik Albert, médecin-dentiste d'Erlenbach, s'engage activement pour la collecte du vieux or et de l'or dentaire. Il en est venu rapidement au cœur de son sujet: «A l'avenir, on utilisera moins d'or en médecine dentaire. En effet, les nouveaux matériaux de la couleur des dents vont s'y substituer. C'est pourquoi il importe, et c'est très facile, d'attirer l'attention des patients sur la collecte de la Croix-Rouge suisse (CRS) chaque fois que l'on extrait de l'or dentaire de leur bouche, et de les motiver à lui en faire don.» Patrik Albert a souligné que ses patients ont toujours été d'accord. Lui-



Enveloppe commune et prospectus



Patients récemment opérés

même, depuis trois ans, est membre de ce groupe de travail qui gère la collecte de vieil or de la CRS. L'objectif, c'est de lutter grâce à la collecte d'or dentaire et autres objets en or tels que bijoux et autres pièces de monnaie contre la cécité due à la misère, si tragique et si répandue en Asie et en Afrique. L'idée de la récolte du vieil or est venue d'un médecin-dentiste de Suisse orientale, décedé à un âge avancé il y a trois ans maintenant.

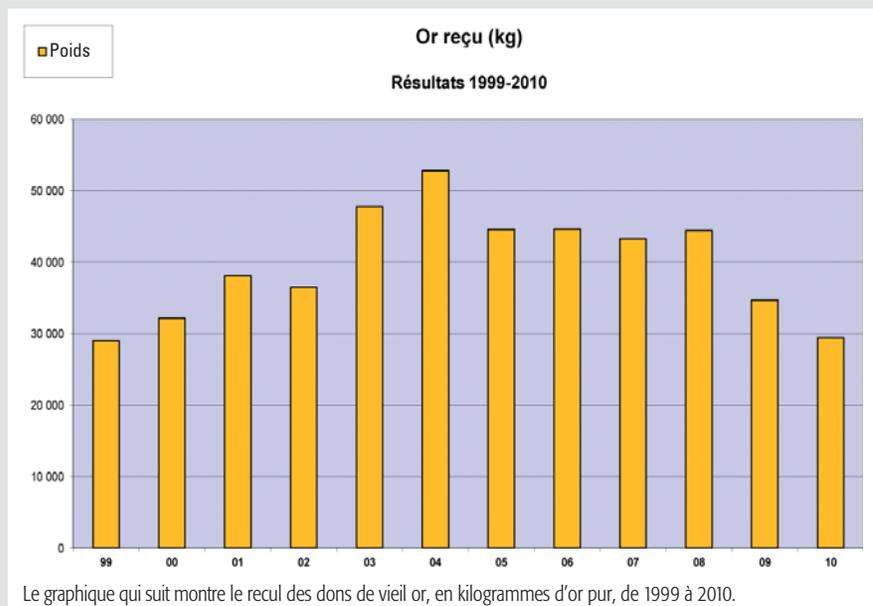
Procéder avec le plus grand respect

Un étudiant a tout de suite pensé à la récupération de l'or dentaire lors du décès d'une personne, et à des actions promotionnelles dans les maisons de retraite. «Que se passe-t-il au crématoire?» voulait-il savoir. Pour la CRS, «l'or des morts» est un tabou absolu. La prise de conscience des bienfaits que peut apporter le vieil or doit être le fait de personnes qui sont encore en vie. Il faut que l'on sache ce que l'on peut encore faire de leur or dentaire et de leurs vieux bijoux: soit les donner avant sa mort, ou bien en disposer par testament.

Quelques homes pour personnes âgées sont d'accord pour présenter des supports d'information à ce sujet. Dans ce cadre également, les étudiants peuvent apporter une précieuse contribution en parlant de la collecte à leur cercle de connaissances et amis. L'auteure de ces lignes a démontré par les chiffres à quel point le poids des entrées d'or avait diminué au cours de ces dernières années. Les négociants en or, toujours plus actifs, organisent des réunions avec thé et pâtisseries ou achètent dans leurs boutiques l'or dentaire ou les vieux bijoux contre des espèces sonnantes et trébuchantes. Ils paient des montants qui font réfléchir nombre de vendeurs. Ceci se fait au détriment de la collecte de vieil or de la CRS. C'est pourquoi il importe d'informer sur la valeur ajoutée de ces dons en faveur de la lutte contre la cécité due à la misère. En effet, il faut que les dons résultent de la conviction et du plaisir de faire une bonne action. Bien souvent, ils sont accompagnés de quelques mots personnels et chaleureux. Bien souvent, les donateurs expriment à quel point il est bon d'apporter une aide si pertinente et efficace.

Les médecins-dentistes en tant que «multiplicateurs»

L'avenir des dons d'or dentaire et de leur quantité pour la lutte contre la cécité due à la misère dépend de manière déterminante des étudiantes et des étudiants en médecine. Ce sont eux les «multiplicateurs». Ils vont demain extraire l'or dentaire encore posé au cours des décennies précédentes. Cette collecte vit et survit grâce aux médecins-dentistes. Cet or qui parvient jour après jour à la CRS dans de petites enveloppes jaunes est à la source du financement de projets au Népal, au



Tibet, au Ghana, au Togo et au Mali. Les seuls dons de vieux bijoux ne suffisent pas pour les réaliser. Tout va dépendre des médias qui acceptent généreusement nos articles et les impriment gratuitement. La collecte ne peut s'offrir de coûteuses campagnes publicitaires: les donateurs ne seraient pas d'accord! Des dégâts d'image pourraient réduire à néant cette œuvre magnifique.

Test d'urine avant l'opération

Il a été répondu à cette question: «Qu'est-ce qu'un test d'urine a à voir avec la vision?» dans un documentaire impressionnant présenté par un orateur de la CRS. Les images ont été tournées en septembre 2010, dans un camp itinérant de la CRS au Népal, dans la région du Dolpo, en Transhimalaya. Cette action a été possible grâce aux dons reçus par la collecte de vieil or.

Une fois par an, au bureau de la Croix-Rouge en plaine, six grandes caisses sont chargées de matériel médical. Un ophtalmologiste et son équipe expérimentée s'envolent à destination de cette région écartée que l'on ne peut atteindre ni à pied, ni en voiture. Les populations des villages alentours sont informées qu'il va y avoir des examens de la vue, puis quelques jours pendant lesquels on pourra se faire traiter et opérer. Bien des personnes malvoyantes se sont mises en route depuis des jours avec leurs proches, afin de vivre le miracle d'une vision recouvrée. Première étape: donner un échantillon d'urine, un impératif que ces gens ne comprennent pas: «Qu'est-ce que mon urine a à voir avec ma vue?» Hélas, les diabétiques ne peuvent pas être opérés, et c'est le test d'urine qui détecte ces malades parmi tous ceux qui ont marché parfois depuis des jours pour arriver jusqu'au camp. L'ophtalmologiste a pu opérer soixante-sept personnes, contrôler la vue

de trois cents autres et les soigner en cas de besoin. Chaque opération de la cataracte ne dure que quelques minutes. Ensuite, grâce à la lentille artificielle implantée, le patient retrouve la vue! Et cette opération ne coûte que cinquante francs!

Et le suivi?

L'oculiste et son équipe repartent du camp de la région du Dolpo quatre jours plus tard. «Que se passe-t-il ensuite avec les patients? Qu'en est-il des contrôles subséquents?», demandent les étudiants. Josef Kasper, responsable du programme à la CRS, admet l'importance de ces aspects. Le suivi d'un à plusieurs jours immédiatement après l'opération est assuré par du personnel sur place, formé à cette fin. Ensuite, c'est le personnel médical local qui joue ce rôle, spécialement sensibilisé au domaine de l'ophtalmologie et ayant bénéficié d'une formation de base adaptée. La CRS s'efforce d'implanter un service spécialisé en ophtalmologie dans tous les grands hôpitaux régionaux et de district, doté de personnel spécialisé. C'est là qu'est assuré le suivi médical des patients, car il ne peut être effectué que de manière très limitée par les camps ophtalmologiques décentralisés et temporaires. C'est là que l'on perçoit toutes les limites de ces projets d'aide au développement.

De retour en 2012

Le Dr Claudia Antonini a été très impressionnée par l'exposé et le documentaire sur la collecte de vieil or. Elle nous dit: «Ce projet nous rapproche d'un tout autre monde. Il nous montre combien si peu d'efforts de notre part peuvent contribuer à une si considérable amélioration de la qualité de la vie et de l'autonomie des personnes défavorisées de ces régions où règne la misère.» C'est la raison pour laquelle elle a invité les orateurs à revenir le 15 mars 2012.

Un sceptique reste calme et respire profondément

Tim Parks a des douleurs, des tensions dans tout l'abdomen, comme des coups de couteau dans le bassin. Et puis, surtout, beaucoup de peine à vider sa vessie. Lisez comme l'écrivain, un sceptique à la recherche de la santé et de la guérison, se livre à une odyssée.

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information de la SSO (photo: mäd)
Première parution: Politik+Patient 2/11

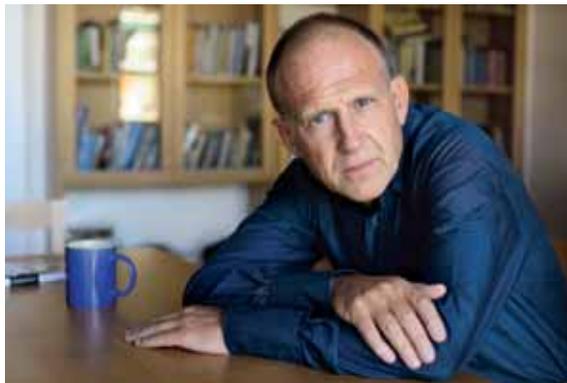
Peu avant son 51^e anniversaire, Tim Parks, écrivain, est attablé dans un café d'un faubourg de Milan. Son ami Carlo, chirurgien, lui décrit à l'aide d'un croquis l'opération recommandée: «En avançant en âge, la prostate grandit et devient fibreuse, jusqu'à exercer une pression sur le canal qui la traverse, l'urètre. C'est comme un blocage, tu vois? Que peut-on faire là contre? On en enlève une partie du noyau, de l'intérieur, à l'aide d'un laser. On passe par le pénis, on élargit le passage.» Cette conversation intervient après une longue période de maladie. Tim Parks a des douleurs, des tensions dans tout l'abdomen, comme des coups

de couteau dans le bassin. Et puis, surtout, beaucoup de peine à vider sa vessie. Les douleurs ne cessent de croître en intensité. La nuit, il doit se lever six fois pour aller aux toilettes. Carlo pense que c'est l'hypertrophie de sa prostate qui est la cause de ses douleurs. Les examens commencent. Tim Parks s'immerge dans un monde glacé d'ultrasons, de cystoscopie, d'urogrammes et de résection transurétrale. Les examens ne permettent pas de poser un diagnostic précis. Les douleurs sont de plus en plus vives. Et puis Carlo ne peut pas lui promettre qu'elles cesseront après l'opération. Tim Parks, l'intellectuel, se livre à une

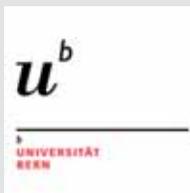
odyssée au travers d'Internet. Il y découvre des groupes d'entraide, des suggestions d'improbables thérapies. Il reste sceptique tout au long de ces pérégrinations, comme le précise le sous-titre de l'ouvrage. Critique vis-à-vis des promesses de guérison, qu'elles proviennent de la médecine académique ou de celle de l'Extrême-Orient. Il recherche donc sa propre voie pour se débarrasser de ses souffrances. Lors d'un voyage littéraire en Allemagne, les douleurs dans le bas-ventre atteignent une intensité telle que Tim Parks à toutes les peines du monde à rester assis jusqu'à la fin du programme de la soirée.

La pression en vue de trouver une issue à ces souffrances se fait insistante. C'est alors que Tim Parks tombe sur un article scientifique qui décrit ses symptômes avec une incroyable précision. Il s'agirait moins de la prostate que de crispations de la musculature du bassin. On recommande des exercices de respiration et de relaxation. A sa grande surprise, ils apportent une amélioration. Tim Parks se laisse convaincre et poursuit sur le chemin qui le conduit à un ancien agent de la CIA et à des formes classiques de la méditation indienne, tout en s'efforçant toujours de rester dans le domaine du raisonnable: «Ecrire ce livre fut une excursion de tous les instants au travers d'une sorte de champ de mines, conscient que j'étais obligé de courir le danger de m'emballer à tort pour des choses insensées.» Cette quête n'a jamais détourné Tim Parks de son parcours brillamment décrit et plein d'humour qui se conclut par un *Happy End* (www.politikundpatient.ch).

Tim Parks – Apprendre à rester tranquille. Un sceptique à la recherche de la santé et de la guérison.



Critique vis-à-vis des promesses de guérison, qu'elles proviennent de la médecine académique ou de celle de l'Extrême-Orient, Tim Parks recherche donc sa propre voie pour se débarrasser de ses souffrances.



Université de Berne

Paul-Herren-Award

**Lauréat 2011:
Prof. Dr Anne Marie Kuijpers-Jagtman**

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

La lauréate du prix 2011 est la Prof. Dr Anne Marie Kuijpers-Jagtman, Université Radboud, Nijmegen (Pays-Bas).

A l'occasion de la remise du prix le jeudi 8 décembre 2011 à 17 heures 30 à l'Hôtel Bellevue Palace de Berne, la professeur Kuijpers-Jagtman tiendra une conférence de 90 minutes intitulée

«The Dark Side of Orthodontics». Les collègues de toutes les disciplines y sont cordialement invités.

Prof. Dr Anne Marie Kuijpers-Jagtman

Anne Marie Kuijpers-Jagtman est professeur et directrice du Département d'Orthodontie et de Biologie craniofaciale de l'Université Radboud,



Nijmegen (Pays-Bas) depuis 1995. Elle dirige également le centre de fentes labio-maxillo-palatine (FLMP) de l'Hôpital universitaire. Elle a été nommée professeur adjoint de l'Universitas Indonesia à Jakarta (Indonésie) en 2009.

La professeur Kuijpers-Jagtman est past-president de l'European Orthodontic Society (2004–2005), ancienne présidente de la Dutch Society for the Study of Orthodontics, ainsi que de la Cleft Palate Craniofacial Association des Pays-Bas. Elle est actuellement membre du conseil de la World Federation of Orthodontists (WFO). Elle préside le European Orthodontic Teachers Forum ainsi que le Network for Erasmus Based European Orthodontic Programmes (NEBEO).

Elle a été honorée en 2002 avec le Fellowship in Dental Surgery du Royal College of Surgeons of England et a reçu en 2004 le Cesare Luzi Memorial Award de la SIDO en Italie. En 2007, elle a été nommée chevalière de l'Order of Orange-Nassau (Royal Honour of Her Majesty the Queen) pour ses services dans le domaine des FLMP. Les projets de recherches de son groupe ont obtenu différents prix ces dix dernières années: deux fois le DMO-Award pour la meilleure publication internationale d'un auteur néerlandais pour la période de cinq ans, trois fois le WJB Houston Research Award de l'EOS, ainsi que le Samuel Berkowitz Award de l'American Cleft Palate Cra-



Professeur Paul Herren (1913–2008)

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

Il a obtenu une grande notoriété grâce à ses recherches au sujet de l'acquisition de radiographies latérales et leurs reconstructions en trois dimensions, le diagnostic or

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

niocfacial Association en 2009 et 2011 pour la meilleure publication concernant les résultats à long terme des traitements de FLMP.

La professeur Kuijpers-Jagtman est rédactrice en chef de la revue scientifique «Orthodontics and Craniofacial Research», qui a l'impact factor le plus haut dans le domaine de l'orthodontie. De plus, elle fait parti de divers comités de rédaction de

revues scientifiques internationales et a été (co-) auteur de plus de 260 publications dans «Medline» traitant de ses thèmes principaux, qui sont par exemple l'imagerie 3D en orthodontie, le fond biologique de l'orthodontie, les traitements orthodontiques evidence-based et le traitement des FLMP. Elle a tenu de nombreuses conférences dans 36 pays concernant ces sujets.

Revues

Référez au spécialiste

Wentworth R B:
What ethical issues should general dentists consider when the state of the economy affects decisions regarding referral of patients to specialists?

J Am Dent Assoc 141: 1125–1126, 2010

Les récents déboires de l'économie risquent d'inciter les omnipraticiens à référer moins souvent leurs patients à des spécialistes. Les prestations de ceux-ci sont en général plus coûteuses que celles de ceux-là, et les patients ne souhaitent souvent pas accroître leurs dépenses. De plus, les médecins-dentistes traitent parfois moins de patients et recourent à moins de traitements complexes, car leurs patients ajournent ou refusent des mesures coûteuses. L'omnipraticien tend ainsi à pratiquer des interventions qui devraient être accomplies par un spécialiste. Les problèmes apparaissent lorsqu'il exécute des soins dont il n'a pas l'habitude. Il peut alors s'adresser à un spécialiste pour l'aider à gérer la situation. Mais il peut arriver que le patient préfère poursuivre le traitement chez son médecin-dentiste plutôt que d'être référé à un spécialiste, ouvrant ainsi la porte à des problèmes potentiels. Cet article explore les aspects éthiques de cette situation.

L'éthique contraint le médecin-dentiste à assurer le bien-être du patient, à le protéger et à œuvrer dans l'intérêt de sa santé. Il exécutera ainsi des procédures qu'il maîtrise et pour lesquelles il a été préparé. Il respectera le droit du patient à l'autodétermination pour autant qu'elle s'inscrive dans les limites du traitement à accomplir. Le droit fondamental à l'autodétermination garantit notamment celui de prendre ou de ne pas prendre des décisions relatives à un traitement médical.

Les patients pensent parfois que leur médecin-dentiste est en mesure de gérer n'importe quelle situation médico-dentaire. Lorsqu'un patient demande des soins qui outrepassent les compétences de son thérapeute, ce dernier assurera le bien-être de son patient en le référant à un spécialiste.

Des complications imprévisibles peuvent apparaître au cours de n'importe quel acte thérapeutique. Elles nécessiteront l'intervention d'un spécialiste dont l'assistance bénéficiera tant au patient qu'à l'omnipraticien. Il importe enfin que la formation continue encourage et favorise la communication professionnelle entre celui qui réfère et le spécialiste. Le médecin-dentiste a le devoir d'améliorer ses connaissances et ses capacités dans des domaines plus pointus de sa profession. Sur le plan éthique, la formation doit être suffisante et adéquate pour permettre la maîtrise de procédures plus complexes.

Michel Perrier, Lausanne

Consentement éclairé

Kgerliyurt K et al.:
Informed consent: What do patients really want to know?

J Oral Maxillofac Surg 68: 1849–1852, 2010

Le patient a un droit fondamental de comprendre les soins qui vont lui être prodigués par un professionnel de la santé, ainsi que les éventuelles conséquences qui peuvent se produire, les autres options thérapeutiques, afin de pouvoir donner librement son consentement ou de pouvoir renoncer au traitement envisagé. Le consentement du patient aux soins est une obligation consécutive au caractère contractuel de la relation médecin-malade. La notion de consentement éclairé implique que le médecin-dentiste est tenu de présenter clairement au patient tous les risques d'une conduite thérapeutique. Le consentement doit être libre, c'est-à-dire en l'absence de contrainte, et éclairé, c'est-à-dire précédé par une information. Dans cette étude, 57% des patients interrogés souhaitaient connaître toutes les complications possibles d'une intervention donnée, 33% souhaitaient en connaître les plus fréquentes, et 10% n'étaient pas intéressés par l'obtention de ces informations. Les explications données concernaient à la base la fréquence d'occurrence d'une complication, le désir de connaître cette dernière étant proportionnel à la fréquence d'occurrence. Au total, 86% des patients souhaitaient connaître les risques liés à une intervention chirurgicale.

Environ 75% étaient intéressés par les problèmes techniques risquant de générer des mesures chirurgicales additionnelles. A cet égard, 88% voulaient être informés sur des lésions nerveuses éventuelles, 89% sur les infections postopératoires, 84% sur les risques d'hémorragie, et 77% sur les douleurs postopératoires.

78% des patients préférèrent obtenir des explications concernant les complications possibles sous une forme à la fois orale et écrite. Au total, 57% souhaitaient obtenir ces informations aussi bien avant le rendez-vous que juste avant l'intervention. Seuls 10% des patients ne souhaitaient aucune information concernant les complications possibles.

Il existe une variation importante dans le souhait de connaître les risques liés à une intervention et le type d'information souhaité. Les patients inclus dans cette étude ignorant au départ le type d'intervention prévu, il n'y avait pas de lien entre la complexité de la procédure et celle de l'information désirée. La plupart des patients souhaitaient quelques explications de base, notamment sur la fréquence d'événements aduers. En général, les patients étaient plutôt intéressés par les risques de complications spécifiques comme les lésions nerveuses, la douleur postopératoire, l'hémorragie ou l'infection. Une préférence était attribuée aux informations écrites, ainsi qu'à celles délivrées aussi bien avant le rendez-vous que juste avant l'intervention. Seul un faible nombre de patients ne souhaitait aucune information du tout.

Une méthode adéquate d'obtention du consentement éclairé exige un entretien informatif de l'opérateur avec son patient sur toutes les conséquences possibles et les autres options thérapeutiques d'un traitement donné. Il importe aussi d'accorder au patient suffisamment de temps pour enregistrer l'information avant de commencer le traitement.

Bien que cette étude ait montré que quelques patients ne souhaitaient pas d'information, le mé-

decin-dentiste doit s'assurer d'obtenir le consentement éclairé de ses patients. Dans une société où les litiges sont en progression, les explications écrites et répétées aussi bien avant le rendez-vous que juste avant l'intervention devraient constituer un standard.

Michel Perrier, Lausanne

Endodontie

Parirokh M et al.:

The effect of premedication with ibuprofen and indomethacin on the success of inferior alveolar nerve block for teeth with irreversible pulpitis

J Endod 36(10): 1450–1454, 2010

[http://www.jendodon.com/article/S0099-2399\(10\)00461-9](http://www.jendodon.com/article/S0099-2399(10)00461-9)

Le patient comme le praticien sont tous deux bénéficiaires d'un contrôle efficace de la douleur, en particulier lors des phases initiales de la thérapie endodontique. En général, les molaires inférieures sont anesthésiées en recourant à une injection tronculaire. Toutefois, les molaires atteintes de pulpite irréversible sont plus difficiles à anesthésier que les molaires dont la pulpe est saine. Des analgésiques préopératoires utilisés pour réduire les douleurs postopératoires peuvent être indiqués pour augmenter l'efficacité d'une anesthésie locale tronculaire. Cette étude compare deux types d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) à un placebo dans le but de mesurer leur capacité d'optimiser le succès d'une anesthésie lors du traitement initial d'une pulpite irréversible. 150 patients de 18 à 64 ans furent aléatoirement divisés en 3 groupes de 50 individus. Le premier groupe reçut le placebo, le deuxième 60 mg d'ibuprofen, et le troisième 75 mg d'indométhacine une heure avant l'intervention. Les degrés de

douleur furent évalués par les participants sur une échelle visuelle avant d'ingérer le médicament, un test au froid fut effectué 15 minutes après l'administration de l'anesthésique, pendant la préparation cavitaire et pendant l'instrumentation canalaire. Le succès fut estimé en fonction de l'absence de douleur et de la présence d'une douleur faible. Au début du traitement, les patients du groupe indométhacine indiquaient des degrés de douleurs significativement plus élevés que ceux des deux autres groupes. Aucune différence significative des degrés de douleurs ne fut enregistrée parmi les groupes une heure après la prise du médicament. Les patients sous indométhacine et sous ibuprofen indiquaient une baisse plus importante de la douleur que ceux sous placebo. Tous les patients confirmèrent un engourdissement labial après l'injection de l'anesthésique.

Les taux de succès furent répartis comme suit dans les trois groupes: 32% pour le groupe placebo, 78% pour le groupe ibuprofen, et 62% pour le groupe indométhacine, sans différence statistiquement significative entre les résultats des deux derniers groupes. En tout, 64 des 150 patients indiquèrent que le succès de l'anesthésie était incomplet. 30 patients indiquèrent une sensibilité au froid, 15 minutes après l'anesthésie.

Une prémédication à l'ibuprofen et à l'indométhacine augmente de manière significative le taux de succès d'une anesthésie tronculaire sur des molaires inférieures atteintes de pulpite irréversible. Le groupe indométhacine présentant les degrés de douleur les plus élevés au début de l'étude, ce médicament fut considéré comme le complément le plus efficace dans le contrôle de la douleur pendant un traitement endodontique. L'ibuprofen et l'indométhacine permettent d'optimiser le contrôle de la douleur dans la situation décrite plus haut sans pour autant induire une anesthésie totale du site à traiter.

Michel Perrier, Lausanne

Konsultieren Sie unsere Spezialisten.

Die Versicherung der Schweizer Ärzte wurde 1926 als Genossenschaft gegründet und vertreibt ihre Produkte in erster Linie über Makler. Neben unseren Versicherungsprodukten für die 3. Säule können Ihnen unsere Partner als neutrale Experten auch alle anderen Versicherungen verschreiben, die Sie beruflich oder privat benötigen. Erkundigen Sie sich noch heute nach Ihrem Ansprechpartner.

Länggassstrasse 8 • 3000 Bern 9 • Tel. 031 301 25 55 • www.versa.ch



Versicherung der
Schweizer Ärzte Genossenschaft