



L'art dentaire, métier ou profession? Une perspective historique (II): l'éventail des métiers du soin dentaire

Dès la fin du XIX^e siècle, le contexte général de l'affirmation du statut professionnel du médecin entraîne une volonté continue de réforme des études médicales en Suisse, qui se poursuit jusqu'à nos jours. Ce processus détermine aussi largement, par réaction, la réorganisation et la professionnalisation du métier de médecin-dentiste, parallèlement à d'incessantes tentatives de rénovation des études de médecine dentaire.

Thierry Delessert et Vincent Barras (photos: Keystone, fotolia.com, Iris Krebs)

Les métiers de soins, dits autrefois «auxiliaires», seront eux aussi soumis au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle à la logique de professionnalisation qui a profondément marqué les métiers médicaux dès la fin du siècle précédent. Nous traçons ici les grandes lignes de cette évolution jusqu'à nos jours.

La réforme jamais achevée des études médicales en Suisse

En 1960, la SSO, préoccupée une fois encore de la question de la formation des médecins-dentistes, demande au Département de l'intérieur la désignation d'une commission officielle. Or, suite au refus d'entrer en matière du chef du Département de l'intérieur, le socialiste Hans-Peter Tschudi (1913–2002)¹, c'est un projet, élaboré en commun avec les instituts suisses de médecine dentaire, qui sera soumis en mars 1961. Le plan d'études en 5 ans élaboré par la SSO se heurte à la réticence des universités sur la question des années propédeutiques, jugées inutiles pour l'exercice de l'art dentaire. Suivent une série de commissions visant à l'intégration de connaissances anatomopathologiques, pharmacologiques et cliniques similaires aux médecins, mais aussi d'oppositions de la part du Département de l'intérieur sur la durée des études, vu le risque de pénurie de praticiens traditionnels.²

Le plan Rossi

Le 22 décembre 1964, un arrêté fédéral promulgue un nouveau règlement des examens fédéraux pour les professions médicales, qui ne tient pas compte des requêtes des médecins-dentistes sur le curriculum de base, bien qu'abolissant les discriminations en matière de doctorat.³ Deux ans plus tard, la Commission interfacultaire médicale suisse entreprend une nouvelle réforme des études de médecine, qui aboutit en avril 1969 à la présentation d'un plan d'étude, dénommé

«plan Rossi». Ce dernier prévoit une durée totale des études pour les médecins de six ans, divisés en deux années propédeutiques, une année de branches cliniques et techniques de base, deux ans de clinique et une année d'études à option.⁴ Entre-temps, la SSO a continué sa campagne de requêtes auprès du conseiller fédéral Tschudi, faisant valoir la nécessité d'appréhender le besoin de médecins-dentistes comme un problème de santé publique et d'intégrer ce corps professionnel au projet de réforme en cours. Le Département finit par accéder à sa demande en 1968, et la Commission fédérale d'experts pour les problèmes de la médecine dentaire peut se réunir jusqu'en juin 1969.⁵

Réformes

Son rapport s'inscrit donc dans la continuité des démarches tant des instituts que de la SSO, visant la réforme des études de médecine dentaire. Plus généralement, ces revendications rejoignent celles des diverses instances de la médecine générale, qui préconisent la réduction de la durée des études ainsi qu'une meilleure correspondance des différentes formations aux réalités des praticiens. En ce qui concerne le nombre de médecins-dentistes, on évalue leur nombre par habitants à environ un pour deux mille cinq cents, avec toutefois une disparité marquée de ce rapport entre les cantons urbains et campagnards. On constate également que ces praticiens demeurent considérés comme des techniciens et non comme des médecins spécialistes, ce qui n'attire guère les gymnasiens. Le plan d'étude en cinq ans – en plus de s'intégrer dans le schéma directeur du «plan Rossi» – est vu comme un moyen de promouvoir la médecine dentaire.⁶ Il convient de souligner ici une particularité helvétique: les démarches des instances de la médecine dentaire suisse, la SSO au premier rang, ne visent pas à sa transformation «par le haut» en «stomatologie», telle qu'on la

conçoit en Autriche, en Hongrie ou en Italie en tant que spécialisation au même titre que l'ophtalmologie ou l'otorhinolaryngologie, mais bien davantage à l'individualisation d'une branche médicale spécifique à partir du même tronc commun.⁷ La Commission recommande en outre le renforcement des instituts par l'augmentation du corps professoral, le développement des spécialisations (orthodontie, parodontologie et chirurgie de la bouche) tel que le préconise la SSO, ainsi que la reconnaissance des formations complémentaires. Il s'agit en effet, pour répondre aux besoins en prophylaxie dentaire et en soins de proximité, de développer les métiers d'auxiliaires, en distinguant le «métier» – soit la pratique assistée ou déléguée – de la «profession», au cursus universitaire pleinement intégré aux facultés de médecine.⁸

Naissance d'une nouvelle loi, dite LPMéd

Par son arrêté de décembre 1969, le Conseil fédéral autorise l'introduction de ce plan d'études à fin expérimentale, laissant aux universités le temps de se réorganiser. La réforme est validée en 1980: les dispositions intégrant les futurs médecins-dentistes aux deux années propédeutiques de la formation médicale, ainsi que les révisions sur les procédures d'examens pratiques de 1974 et 1975 (réévaluation des notes de la partie pratique afin d'empêcher une compensation par les connaissances théoriques) sont formalisées dans l'Ordonnance concernant les examens de médecin-dentiste.⁹ Sur le plan de l'exercice des soins dentaires, les conditions dérogatoires concernaient principalement la régularisation des porteurs, suisses ou étrangers, de diplômes d'autres pays. Pour les étrangers, le droit de se présenter à l'examen professionnel peut être revendiqué après la fréquentation d'au moins deux semestres d'enseignement dans un institut dentaire et sur dossier depuis 1961, et les Suisses rapatriés ou



Le modèle développé par la SSO a fait ses preuves et s'est imposé: la médecine dentaire a été intégrée aux études de médecine avec les mêmes propédeutiques, une phase intermédiaire de préparation aux études cliniques vers la spécialisation, où l'accent est mis sur la médecine préventive, et dans les mêmes conditions de promotion que pour les médecins généralistes (photo: Keystone).

naturalisés peuvent se présenter à l'examen professionnel après cinq ans d'assistantat.¹⁰ En 1991, la conférence des directeurs sanitaires suisses demande au Conseil fédéral de réglementer les questions liées aux formations postgrade et à l'intégration des formations universitaires des chiropraticiens et des psychothérapeutes. Sur le plan de la médecine dentaire, le modèle de la formation initiale sur 5 ans est repris. Les formations postgrades pour l'orthodontie, la chirurgie orale, la parodontologie et la médecine dentaire reconstructive sont validées par la SSO; à l'instar des grades conférés par la FMH, ces titres sont recon-

nus sur le plan fédéral par une accréditation extraordinaire en vertu de l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur la formation postgrade et la reconnaissance des diplômes et des titres post-grades des professions médicales.¹¹ La vieille loi fédérale de 1886 ainsi que les trente-sept ordonnances successives relatives aux examens des médecins, aux autorisations de pratiquer et aux conditions dérogatoires seront finalement refondues dans une nouvelle loi, dite LPMéd, en 2006.

Au final, c'est donc le schéma conçu dès 1944 au sein de la SSO qui s'est imposé¹²: intégration de la médecine dentaire dans les sciences médicales

avec études propédeutiques identiques, phase intermédiaire préparant aux études cliniques spécialisées, plus orientée sur la médecine préventive, et études de doctorat aux mêmes conditions que celles pour les médecins généralistes. Toutefois, le constat posé par Adrien-Jean Held en 1981 paraît encore d'actualité au tournant du siècle: le niveau scientifique et théorique s'est sensiblement élevé, mais peu de jeunes diplômé-e-s ont la possibilité de poursuivre leur formation pratique comme assistant-e-s universitaires ou dans un cabinet privé, et beaucoup débudent leur carrière comme «autodidactes».¹³

Les métiers auxiliaires: petites mains des soins dentaires?

Préoccupée de démographie sanitaire, la même Commission fédérale d'experts pour la médecine dentaire de 1969 préconisait, outre les aspects liés à la formation des médecins dentistes, le développement des métiers auxiliaires afin de pallier le manque de médecins-dentistes et de répondre aux nouvelles conceptions de la prophylaxie dentaire et du suivi des patient-e-s. Le rapport d'un médecin-dentiste pour environ deux mille cinq cents habitants, au cours des années 1960, est jugé insuffisant par le Département fédéral de l'intérieur au regard du rapport 1/2000 relevé en Allemagne occidentale et des projections sur l'évolution démographique en Suisse. Comme on l'a vu dans le précédent article, sous la dénomination de «Dentisten» en Allemagne pouvaient se cacher des praticiens ayant acquis leur titre sans formation universitaire¹⁴. Or, en plus du fait de provoquer un flou statistique, ces praticiens pouvaient également être reconnus, dans certains cantons suisses alémaniques, en tant que «dentistes», du point de vue des actes exécutés, similaires à ceux des médecins-dentistes formés à l'université. Et, en 1969, la Commission identifie (sans toutefois distinguer les Suisses des étrangers) deux cent-vingt praticiens «dentistes» sans formation universitaire, mais encore autorisés à pratiquer en Suisse allemande. La moitié est au bénéfice d'une autorisation dans le canton d'Appenzell, cinquante autres sont des mécaniciens dentistes au bénéfice d'une reconnaissance pour des soins limités dans dix cantons, et cinquante prothésistes sont autorisés à travailler directement dans la bouche dans le canton de Zurich.¹⁵ L'arrêté fédéral de décembre 1969, autorisant la mise en place expérimentale du «plan Rossi» pour les études médicales et l'intégration des soins dentaires dans les programmes des facultés de médecine, est assorti de la suppression de ces patentes cantonales.¹⁶ Désormais, une stricte distinction est opérée entre les médecins-dentistes – en cabinet – et les techniciens dentistes – en laboratoire. D'autre part, au motif combiné de la

complexité croissante du travail en cabinet et de la mutation du concept de prophylaxie préconisant un suivi périodique plus régulier des patient-e-s, l'autorisation fédérale est accordée aux projets de développement des métiers auxiliaires féminins, principalement les assistantes et les hygiénistes dentaires.

Avec ou contre les mécaniciens dentaires?

Dès 1920 à vrai dire, la question des diplômés dentaires cantonaux et des mécaniciens dentistes était abordée lors de la Conférence des chefs des services sanitaires cantonaux, dans le contexte d'un manque de médecins-dentistes formés à l'université. La Société suisse des mécaniciens dentistes avait demandé la reconnaissance de cette activité et le droit d'exercer l'art dentaire dans les cantons de Zurich et de St-Gall. Cette demande était doublement motivée: d'une part l'amélioration de la profession des mécaniciens dentistes par l'instauration d'un diplôme cantonal – poursuivant ainsi un objectif similaire à celui des médecins-dentistes près de cinquante ans auparavant –, d'autre part la diminution des coûts pour les patient-e-s, en tant qu'alternative aux soins prodigués par un médecin-dentiste. A l'époque, la majorité des cantons ne reconnaît pas la profession de mécanicien-dentiste, ou bien ne la régleme pas en considérant ce dernier comme un simple ouvrier spécialisé. Ainsi, dès 1881, afin d'éviter tout empiètement sur le domaine du «chirurgien-dentiste», Genève limite le métier à la fabrication des prothèses, tout comme Neuchâtel, Vaud et le Tessin dès 1919. La problématique est plus aiguë à Zurich: une ordonnance de 1880 octroie aux mécaniciens dentistes une patente donnant un droit d'exercice en bouche, et une initiative populaire allant dans le sens d'une meilleure reconnaissance aboutit en 1920.

Au terme de la séance de la Conférence de 1920, les directeurs des affaires sanitaires adoptent plusieurs résolutions allant dans le sens d'un refus d'accès à la pratique des soins en bouche pour les mécaniciens dentistes, et simultanément d'un appui aux revendications de la SSO relatives à la réforme du plan d'études universitaire et à la création des écoles dentaires de Bâle et Berne alors en projet. En effet, les différentes autorisations cantonales de pratique posent un double problème: le risque d'un développement d'une santé à deux vitesses selon les moyens des patient-e-s, et le danger d'un retour en arrière, par le renforcement du «métier» – visant à la réparation mécanique, plutôt que celui de la «profession» – visant à souligner l'aspect préventif des soins dentaires. Sur le plan de la formation des mécaniciens dentistes, la Conférence rejette donc l'idée de diplômes cantonaux, mais appuie une démarche visant à une adaptation des règlements

fédéraux en matière de certificats fédéraux de capacité.¹⁷

Est ainsi imprimée une distinction fondamentale entre les compétences des médecins et des techniciens dentaires en termes de travail en bouche. Au sens de la réglementation cantonale vaudoise régissant leur exercice en 1928, «le mécanicien pour les dentistes est un artisan qui confectionne les appareils de prothèse dentaire pour le compte d'un ou plusieurs médecins-dentistes», dont la formation se déroule dans le cadre d'un apprentissage; le travail en bouche en est exclu.¹⁸ En 1928, la SSO et la Société suisse des mécaniciens dentistes proposent des lignes directrices sur cet apprentissage à l'intention des cantons désireux de l'introduire.¹⁹ Sa durée devrait être de trois ans auprès d'un médecin-dentiste, dans un cabinet de mécanicien-dentiste ou dans un laboratoire, et l'apprenti validé par des représentants des deux faitières pour son art en fabrication de prothèses dentaires. On remarque ici comment le processus de professionnalisation du médecin-dentiste s'accompagne de la fonction de formation d'auxiliaires, conférant dans ce cas particulier à la SSO la charge de légitimation des compétences de ces derniers. Une dynamique semblable, on le verra, préside à l'organisation des métiers auxiliaires féminins.

Une profession sans contact direct avec les patients

Or, l'«aide» à la reconnaissance des formations des mécaniciens dentistes ne va pas sans la défense de certains réflexes corporatifs: en 1961, la revue *Dental Abstracts* dénonce la présence de charlatans en Suisse, désignant ainsi les techniciens ayant une autorisation cantonale de pratiquer des soins en bouche, notamment dans les cantons de Schaffhouse, Bâle-Campagne et Zurich.²⁰ La Loi fédérale sur la formation professionnelle du 20 septembre 1963 impose une distinction fondamentale relativement à la conception des soins directs aux patient-e-s: les techniciens dentaires ne sont pas considérés comme du personnel paramédical validé par la Croix-Rouge Suisse, à l'instar des laborantin-e-s médicaux-ales ou des futures hygiénistes dentaires, mais sont formés au cours d'un apprentissage de quatre ans, sanctionné par un certificat fédéral de capacité accordant la compétence de fabrication de moyens auxiliaires.²¹ En 1965, une «convention de loyauté» et une convention collective de travail scellent une forme de partenariat entre les techniciens et les médecins-dentistes: en 1969, on estime à huit cents le nombre des techniciens dentaires ainsi formés et conventionnés travaillant en laboratoire ou en cabinet auprès des médecins-dentistes.²² Avec la suppression des patentes cantonales en 1970, dont la demande pressante est à nouveau réitérée par la Commission en

1969, le métier de technicien dentiste est strictement défini comme une pratique sans contact direct avec les patient-e-s, puis intégré aux cursus des formations régies par l'Office fédéral de la formation et de la technologie (OFFT) en 2008.²³

Métiers auxiliaires et féminins

La relation entre les médecin-dentistes et les métiers auxiliaires dans les cabinets ne s'inscrit pas dans un rapport de rivalité similaire à celui que la profession a connu à l'égard des techniciens-dentistes, potentiels concurrents dans certains cantons jusqu'en 1970. La logique réside ici davantage dans un idéal de complémentarité: on observe de part et d'autre un partage du vocabulaire et des conceptions techniques lors des soins procurés aux patient-e-s; se marque également une nette répartition des rôles en termes de genre. Le rapport de la Commission de 1969 nous apprend que les femmes ne représentent que 8,4% des médecins-dentistes, avec environ deux cent-dix femmes, et que la majorité d'entre elles sont des dentistes exerçant en milieu scolaire. Soucieuse une fois encore de démographie sanitaire, la Commission préconise une plus grande féminisation de la profession, notamment par l'information à l'intention des gymnasien-ne-s.²⁴ Les métiers d'auxiliaires dentaires sont quant à eux exclusivement féminins: on dénombre en 1969 environ trois à trois mille cinq cents assistantes dentaires, vingt aides à la prévention dentaire scolaire, et vingt-quatre hygiénistes dentaires. Moyen supplémentaire de pallier le manque de médecins-dentistes, le développement de ces métiers est considéré comme urgent.²⁵

L'infirmière dentaire

Tous ont pour modèle idéal «l'infirmière dentaire» décrite lyriquement par le médecin-dentiste jurassien et rédacteur de la *Revue médicale suisse d'odontostomatologie* Charles Bonsack (1897–1964) en 1934 comme une «précieuse collaboratrice» formée pour seconder et instrumenter «loyalement» le médecin-dentiste dans son cabinet et lui venir en aide dans ses relations aux patient-e-s. La présence de telles collaboratrices est également considérée comme un moyen de faire valoir la bonne tenue et la réputation du cabinet aux yeux de la clientèle.²⁶ Le terme d'«infirmière» recouvre à vrai dire des réalités diverses dans la Suisse d'avant 1950: il désigne tantôt la religieuse ou la garde malade laïque hospitalière, tantôt la personne diplômée des écoles reconues par la Croix-Rouge travaillant en clinique ou en pratique privée, tantôt encore des aides-soignantes sans formation spécifique, voire sert à masquer dans des annonces de presse – hier comme aujourd'hui – des pratiques plus équivoques. Selon le rapport de la Commission de



C'est parce que les techniciens dentaires n'ont aucun contact avec les patients que la Loi fédérale sur la formation professionnelle ne les considère pas comme des personnels paramédicaux (photo: fotolia.com).

1969, la dénomination d'«infirmière dentaire» (*dental nurse*) correspond strictement à la situation de la Nouvelle-Zélande depuis les années 1920, où elle regroupe mille deux cents soixante-treize soignantes actives principalement dans le milieu scolaire. Ces «infirmières» sont compétentes en matière d'éducation en soins dentaires, d'examen et de diagnostic, de prophylaxie buccale, d'anesthésies locales, d'amalgames et d'extraction dentaire, et contribuent de manière très favorable à la santé dentaire des jeunes.²⁷ En Suisse, une telle formation n'est pas envisagée, et les efforts se concentrent sur les formations des assistantes et des hygiénistes dentaires.

Apprentissage de trois ans

Les trois à trois mille cinq cents assistantes dentaires dénombrées sont formées dans les sections de la SSO dans treize cantons par des cours de formation continue à raison d'une après-midi par semaine durant une année et reçoivent un diplôme de la SSO. Des cours complémentaires leur accordent le titre d'aide à la prévention dentaire et leur permettent de servir d'assistantes pour des démonstrations de brossage des dents, notamment dans les écoles.²⁸ Dès 1950, la section zurichoise avait été la première à offrir des cours de formation pour les aides dentaires, et la SSO fonde

en 1963 une commission afin de coordonner les sections cantonales et de réglementer le métier sous la forme d'un apprentissage privé.²⁹ Or, en raison de la complexification des techniques dentaires et de la nécessité de pouvoir disposer d'assistantes plus qualifiées, la formation est progressivement transformée en un apprentissage de 3 ans validé par la SSO. Au début des années 1990, la SSO introduit un degré de fonction supplémentaire, l'«assistante en prophylaxie», qui s'obtient après un perfectionnement professionnel succédant à l'apprentissage d'assistante dentaire. Comme nous le verrons ci-après, une distinction est établie avec l'hygiéniste dentaire: à la différence de cette dernière, les assistantes ne sont pas autorisées à faire des interventions sous-gingivales.³⁰ La Loi fédérale sur la formation professionnelle de 2003 intègre l'apprentissage d'assistant-e dentaire dans les métiers régis par l'OFFT. Toutefois, la SSO se voit mandatée pour préparer le plan de formation des assistantes dentaires et doit prendre à sa charge l'ensemble des frais, y compris pour les prestations fournies par les spécialistes de l'OFFT.³¹ Ce nouveau plan de formation entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010, conformément à l'Ordonnance sur la formation professionnelle initiale d'assistant-e dentaire du 20 août 2009.³²

Les hygiénistes dentaires

Dans les années d'après-guerre encore, les hygiénistes dentaires représentent un nouveau métier, et les vingt-quatre personnes actives dénombrées en 1969 sont originaires du Canada et des USA – la première école fondée dans ce pays remontant à 1921.³³ En 1961, la première hygiéniste dentaire américaine est engagée à Zurich par le vice-président de la Commission de 1969, le professeur Hans-R. Mühlemann (1917–1997). Sous son impulsion, la section zurichoise obtient de la ville l'autorisation d'employer des hygiénistes pour une période provisoire allant de 1962 à 1965, suscitant une controverse avec les instances dirigeantes de la SSO. Selon l'article 20 du règlement de la SSO, visant notamment les techniciens et «dentistes» porteurs d'une patente cantonale, un professionnel non universitaire ne pourrait effectuer un traitement dans la bouche d'un-e patient-e.³⁴ Toutefois, la SSO admettra progressivement que la pratique des hygiénistes dentaires soit déléguée, placée sous le contrôle du médecin-dentiste et non concurrente, en dépit de tarifs inférieurs; au printemps 1966, elle adopte le principe de l'introduction en Suisse de la profession d'hygiéniste dentaire, utile notamment pour les soins délégués de détartrage et d'instruction aux patient-e-s. Une commission est formée,

rédige un cahier des charges qui est repris par la commission fédérale de 1969, puis crée des contacts avec les universités et les autorités sanitaires cantonales en vue de fonder deux écoles, d'une part et de l'autre de la Sarine.³⁵

Le rapport de la Commission fédérale pour les soins dentaires de 1969 a pour effet de diffuser les conceptions de la SSO en la matière et de quantifier le besoin en hygiénistes à environ trois cents personnes. Sur la base des cursus américains et canadiens, les hygiénistes dentaires sont compétentes en matière d'instruction aux patients, de nettoyage, détartrage et polissage des dents, d'application locale de pâte au fluor et d'antiseptiques, de radiographies, d'appareillage et adaptation de prothèses, et de travaux administratifs. Leur formation prévue, financée par les départements cantonaux de la santé à l'instar des écoles d'infirmières et de laborantines, est de deux ans.³⁶ En 1973 est fondée l'école de Zurich, suivie par celles de Genève en 1976, Berne en 1984, et d'une seconde école à Zurich en 1986. En 1991, la Croix-Rouge Suisse édicte de nouvelles directives, augmentant d'une année le temps de formation des hygiénistes dentaires.

Introduction d'un plan cadre de formation homologué

C'est là, pour un métier initialement considéré comme «paramédical», un pas vers une professionnalisation croissante, au contact direct des patient-e-s, avec une autonomie certes confinée pour l'heure à un certain nombre d'activités délé-

guées. Du point de vue de la SSO même, on y voit le moyen, pour les hygiénistes, d'accroître leurs compétences et de valider leur utilité professionnelle, au regard notamment de la diminution observée des cas de parodontose grave suite à leur introduction dans les cabinets médicaux. En outre, l'Association suisse des hygiénistes dentaires adopte le principe de formations postgraduées, notamment pour les tâches d'enseignement et de suivi des stages pratiques, en 1992. Parallèlement à la création de la nouvelle fonction d'assistante en prophylaxie dentaire, dont la phase pilote est menée par l'école de Zurich, ce principe a pour but d'ouvrir de nouveaux horizons professionnels et de renforcer les savoirs la distinguant de l'assistante dentaire, voire d'une «Putzfrau» des dents.³⁷ Pour obtenir leurs accréditations, les écoles d'hygiénistes adaptent leur plan de formation et mettent sur pied une formation théorique de trois semestres, suivie d'un semestre d'ateliers pratiques sur des mannequins et d'un stage durant deux semestres dans le cabinet d'un médecin-dentiste, dans le but d'assurer une meilleure préparation pratique avant l'entrée sur le marché du travail.³⁸ L'autonomie croissante se marque également du point de vue institutionnel: les directions des écoles, assumées jusque dans les années 1990 par des professeurs d'instituts dentaires, sont désormais confiées à des pédagogues issu-e-s du milieu paramédical, en association avec un représentant scientifique permanent issu du corps professoral médical.³⁹ La profession d'hygiéniste dentaire se mue ainsi peu à peu en

une spécialité orientée sur la médecine dentaire préventive et la parodontologie, habilitée à assurer les suivis individuels de certain-e-s client-e-s pour le compte d'un ou de plusieurs médecins-dentistes. Les nouveaux programmes de formation, qui débutent en 1995, sont reconnus par la CRS en 1999.⁴⁰ La Loi fédérale sur la formation professionnelle de 2003 intègre les hygiénistes dentaires dans les professions acquises au sein des écoles supérieures, à l'instar des technicien-e-s en salle d'opération, des ambulanciers-ères ou des infirmiers-ères en Suisse allemande – la Suisse romande se distinguant à cet égard par une formation en Haute école spécialisée (HES). Depuis 2009, la formation d'hygiéniste dentaire est régie par un plan d'études-cadre validé par l'OFFT et périodiquement réactualisé par l'Oda Santé – l'«Organisation faitière nationale du monde du travail Santé» qui a succédé à la CRS –, ainsi que par les prestataires de la formation et la SSO.⁴¹

Conclusion

Le corps des médecins-dentiste, doté d'une identité professionnelle construite et fortement articulée autour de quelques principes fondamentaux dès la fin du XIX^e siècle (autonomie, individualisation par rapport à la profession médicale, défense d'une identité scientifique et technique), acquiert en outre, au cours de ce processus, une fonction de légitimation permettant aux métiers auxiliaires du soin dentaire de se développer, tout en s'assurant le contrôle strict de leurs activités, définies en rapport avec le noyau central de la prophylaxie et



Les assistantes dentaires initient leurs patients à une bonne hygiène bucco-dentaire (photo: Iris Krebs).

du soin dentaire demeurant l'apanage du médecin-dentiste. La SSO est l'artisan principal de ce processus depuis sa création en 1886. Pour une part non négligeable, son activité consistera, surtout après les années 1950, non seulement à définir les principes de la profession de médecin-dentiste et à en défendre les idéaux au plan social et politique, mais aussi à fixer les principes de la formation du personnel d'aide, à en contrôler l'application, et à définir les limites de délégation de tâches. A l'image de l'avènement de la profession de médecin, l'histoire de la constitution de celle de médecin-dentiste ne se conçoit pas, depuis plus d'un siècle, sans prendre en compte l'apparition progressive des métiers auxiliaires, acquérant peu à peu, en une dynamique qui n'est peut-être pas aboutie, leur autonomie et leur configuration propre. En dépit des apparences, l'image du médecin-dentiste dans la société n'est ainsi pas monolithique ni univoque. Dans le prochain article précisément, nous en examinerons quelques déclinaisons tirées de la riche production iconographique des publications de la SSO de la fin du XIX^e siècle à nos jours.

¹ Tschudi faisait en effet valoir qu'une réforme du programme d'études des médecins était envisagée, mais qu'elle relevait de la compétence du Comité directeur pour les examens fédéraux et des universités.

² Adrien-Jean Held, «Une gestation longue et un enfantement laborieux: la médecine dentaire aujourd'hui en suisse», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 1981, 82s.

³ «Règlement des examens fédéraux pour les professions médicales», *Recueil officiel*, 1964, 1314s.

⁴ «Message concernant l'approbation des ordonnances réglant les examens des professions médicales et la modification de la loi sur l'exercice de ces professions du 19 novembre 1980», *Feuille fédérale*, 1981, 129.

⁵ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 8–10.

⁶ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 32–33.

⁷ A.-J. Held, *op. cit.*, 822.

⁸ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 47–48.

⁹ «Message concernant l'approbation des ordonnances réglant les examens des professions médicales et la modification de la loi sur l'exercice de ces professions du 19 novembre 1980», *Feuille fédérale*, 1981, 140–141.

¹⁰ A.-J. Held, *op. cit.*, 847.

¹¹ «Message concernant la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd) du 3 décembre 2004», *Feuille fédérale*, 2005, 166–172.

¹² Voir Thierry Delessert et Vincent Barras, «L'art dentaire: métier ou profession? Une perspective historique (I)», *op. cit.*

¹³ A.-J. Held, *op. cit.*, 836.

¹⁴ Voir Thierry Delessert et Vincent Barras, «L'art dentaire: métier ou profession? Une perspective historique (I)», *op. cit.*

¹⁵ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 21.

¹⁶ «Message concernant l'approbation des ordonnances réglant les examens des professions médicales et la modification de la loi sur l'exercice de ces professions du 19 novembre 1980», *Feuille fédérale*, 1981, 140–141.

¹⁷ «La question des diplômes dentaires cantonaux des dentistes et des mécaniciens dentistes», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 89–99.

¹⁸ «Règlement du 24 décembre 1928 concernant la profession de mécanicien pour dentistes», *Bulletin professionnel*, 1929, 105–106.

¹⁹ «Verordnung über die Berufslehre der Zahntechniker», *Bulletin professionnel*, 1928, 107–110.

²⁰ «Dentists, dental technicians, tooth practitioners and denturists in Switzerland», *Dental Abstracts*, 1961, 111–112.

²¹ «Message concernant une nouvelle loi fédérale sur la formation professionnelle du 26 janvier 1977», *Feuille fédérale*, 1977 I, 700; «Message relatif à une nouvelle Loi sur la formation professionnelle (LFPr) du 6 septembre 2000», *Feuille fédérale*, 2000, 5281.

²² *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 19.

²³ *Plan de formation relatif à l'Ordonnance sur la formation professionnelle initiale de technicienne-dentiste/technicien-dentiste du 30 novembre 2007*, Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie, 2008.

²⁴ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 16–18.

²⁵ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 19–20.

²⁶ Charles Bonsack, «Devoirs envers nos infirmières», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 1934, 910–914.

²⁷ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 41–42.

²⁸ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 20.

²⁹ «SSO-Diplomgehilfin: Ausbildung und Berufseinsatz der diplomierten Zahnarzgehilfin SSO», *Revue médicale suisse d'odontostomatologie*, 1989, 214.

³⁰ «Remplacer l'hygiéniste dentaire par une assistante en prophylaxie?», *Internum SSO*, 3/2007, 80.

³¹ «Compte-rendu des séances des 3, 4 et 30 mai 2007», *Internum SSO*, 5/2007, 103.

³² *Plan de formation de l'assistante dentaire CFC conformément à l'Ordonnance sur la formation professionnelle initiale*, SSO, 2010; *Recueil systématique* 412.101.221.12: Ordonnance de l'OFFT du 20 août 2009 sur la formation professionnelle initiale d'assistante dentaire/assistant dentaire avec certificat fédéral de capacité (CFC).

³³ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 19–20; «Dental Hygienists», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 1939, 1016.

³⁴ «Le problème des «Dental Hygienists» en Suisse», *Médecine et Hygiène*, 1963, 437.

³⁵ «Dentalhygieneberuf: Geschichte und Entwicklung des Dentalhygieneberufes in der Schweiz», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 1989, 331–335.

³⁶ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), Département de l'intérieur, 1969 (non publié), 38–42.

³⁷ «Quel statut pour la profession d'hygiéniste dentaire?», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 1993, 365–369. Pour une histoire générale des hygiénistes dentaires en Suisse, voir Antonio Romagnolo, *Geschichte der Dentalhygienikerin in der Schweiz*, Zahnmed. Diss, Zurich, 2010.

³⁸ «Ecole d'hygiénistes dentaires de Genève et Berne», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 1994, 916–918.

³⁹ «Les hygiénistes dentaires et les médecins-dentistes peuvent être fiers», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 1993, 675–677.

⁴⁰ «Reconnaissance CRS pour les hygiénistes dentaires», *Bulletin professionnel de la SSO*, 2003, 101–102.

⁴¹ *Plan d'études cadre filière de formation hygiène dentaire*, Oda Santé, 2011, 4; voir aussi le site <http://www.odasante.ch>.

Services des urgences de la Société lucernoise des médecins-dentistes

Assistance en médecine dentaire 24 h/24: une centrale d'appel à la rescousse

Un service des urgences qui fonctionne bien, c'est un véritable défi que toute section de la SSO se doit de relever. Nul n'en est plus conscient que Claudia Güntert et Carla Mosele, titulaires d'un cabinet de médecine dentaire dans le quartier de Neustadt à Lucerne. Elles se sont plaintes de l'organisation du service des urgences de leur section, avec succès: c'est à elles que sa réorganisation a été confiée! Leur proposition a été adoptée sans problèmes et à une très forte majorité par l'Assemblée des membres de la section. Depuis lors, le service des urgences de la section fonctionne à la perfection. Cette réussite est à mettre au crédit d'une excellente collaboration avec la centrale d'appels MEDPHONE.

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

Claudia Güntert et Carla Mosele ont trouvé particulièrement pénibles les deux semaines annuelles qu'elles devaient consacrer au service des urgences (*Notfalldienst – NFD*): tout d'abord, qui-conque avait mal aux dents pouvait appeler à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Et puis il y avait aussi ces patients qui arrivaient après vingt heures au cabinet dentaire pour se faire soigner accompagnés de toute une smala. Souvent, elle a eu une fort désagréable impression et a dû se faire assister par sa partenaire, voire même appeler Sécurité pour ne pas rester seule, nous explique Carla Mosele. Elles ont en eu vraiment

par-dessus la tête quand, à Noël 2008, les patients ont fait la queue jusque dans les escaliers, faute de trouver quelqu'un d'autre: elles ont adressé une lettre au comité de la SSO de Lucerne. Il fallait que ça change!

Discussions difficiles

Au début, le comité ne les a pas prises au sérieux. Il a fallu plusieurs lettres jusqu'à ce que l'on prête attention à leurs doléances. Et puis, soudain, tout s'est accéléré: la mission officielle de préparer une proposition à l'intention de l'Assemblée des membres de la section leur a été confiée. Contenu:

comment mieux organiser le service des urgences et le rendre ainsi moins pénible pour les membres de la Société lucernoise des médecins-dentistes. Le service des urgences (NFD) de la Société lucernoise des médecins-dentistes est subdivisé en deux régions: NFD Lucerne Ville et NFD Lucerne Campagne. Chacun peut être atteint au moyen d'un numéro gratuit. Les médecins-dentistes de la Société lucernoise des médecins-dentistes doivent assurer jusqu'à un certain âge au moins une semaine par an de garde au service des urgences. Avant la réorganisation, le médecin-dentiste de garde de la ville de Lucerne devait être atteignable vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. C'est elle ou lui qui devait effectuer le tri des patients venus de tout le canton. Parfois, s'annonçaient des patients domiciliés dans les cantons voisins. Carla Mosele et Claudia Güntert ne voulaient plus devoir expliquer sans cesse au téléphone et au milieu de la nuit la différence qu'il y a entre une clinique dentaire ouverte vingt-quatre heures sur vingt-quatre et un service des urgences dentaires. Il fallait faire quelque chose!

Débat passionné et victoire complète!

La bonne idée décisive est venue du canton d'Argovie: «Pourquoi ne pas faire comme les Argoviens qui travaillent avec une centrale d'appels et en bonne coopération avec l'Hôpital cantonal?» a suggéré un confrère. Carla Mosele et Claudia Güntert ne se le sont pas fait dire deux fois. Elles ont comparé les offres de plusieurs centrales d'appel et ont en fin de compte proposé à l'assemblée deux solutions différentes, chacune avec



Claudia Güntert et Carla Mosele en ont eu assez d'expliquer en pleine nuit aux patients la différence entre une clinique pour les urgences ouverte 24 heures sur 24 et un service des urgences en médecine dentaire et se sont mises à la recherche d'une solution.

une centrale d'appels. Les débats se sont tenus entre membres alors que nombre d'entre eux ne voulaient rien changer à une «organisation qui a fait ses preuves». Mais, une fois venu le moment du vote, c'est une victoire impressionnante qui est sorti des urnes à la grande satisfaction de Carla Mosele, aujourd'hui encore. Le choix s'est porté sur la collaboration avec la centrale d'appels MEDPHONE pour les urgences médicales, qui, entre autres, travaille aussi pour la section SSO de Berne.

Nettement moins de dérangements pendant la nuit

Depuis lors, tout est devenu plus simple pour les médecins-dentistes de la Société lucernoise des médecins-dentistes: certes, ils assurent comme auparavant un service des urgences une fois par semaine, mais c'est MEDPHONE qui assure le tri des appels de dix-huit heures à huit heures le lendemain. Ainsi, le médecin-dentiste de garde n'est réveillé qu'en présence d'une véritable urgence. Les urgences hors du canton ou les patients qui relèvent du service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital cantonal de Lucerne sont référés à qui de droit. Le nombre de dérangements en pleine nuit a ainsi fortement diminué, nous confirment Claudia Güntert et Carla Mosele. Et puis cette solution présente également des avan-

MEDPHONE

La centrale d'appels pour les urgences médicales a vu le jour en 2004, à l'initiative de la Société des médecins du canton de Berne. Elle compte parmi les premières centrales d'appels d'urgence en Suisse. Ce sont sept conseillères et conseillers médicaux qui traitent aujourd'hui plus de 80 000 appels chaque année.

MEDPHONE assure ses prestations dans les cantons de Berne, Zoug et Lucerne ainsi que dans d'autres régions de Suisse alémanique. Les sections SSO des cantons de Berne et de Lucerne s'y sont également affiliées. La centrale d'appels pour les urgences est à 100% en main des médecins.



tages pour les patients: les collaborateurs de la centrale d'appels leur consacrent plus de temps et sont à l'écoute des problèmes de chacun. Nul doute que cet environnement professionnel leur inspire confiance. Les entretiens sont enregistrés et documentés aux fins de contrôle de qualité. La formation adéquate du personnel est déterminante: il a été indispensable d'assurer une instruction préliminaire sur les directives en vigueur pour tout service des urgences de médecine dentaire, précise Claudia Güntert.

Carla Mosele et Claudia Güntert sont très satisfaites que la Société lucernoise des médecins-dentistes fasse désormais de la publicité pour le service des urgences dentaires: «Les cliniques dentaires font de la publicité agressive avec leur prétendue disponibilité vingt-quatre heures sur

vingt-quatre», alors qu'elles ont elles-mêmes constaté que le service des urgences n'est souvent pas réellement assuré: «Lorsque nous sommes de garde, nous avons souvent soigné des patients des cliniques dentaires!»

La nouvelle organisation du service officiel des urgences de médecine dentaire a fait ses preuves, Carla Mosele et Claudia Güntert en sont convaincues: tant les patients que nos membres sont très satisfaits. Pour l'avenir, Carla Mosele envisage l'incorporation du service des urgences au service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital cantonal de Lucerne: si le médecin-dentiste de garde pouvait assurer les traitements dans un fauteuil à demeure à l'hôpital, les problèmes de sécurité seraient enfin résolus.

Offre aux sections intéressées

Depuis peu, comme le faisaient déjà les sections SSO de Zurich et de Soleure, la Société lucernoise des médecins-dentistes fait de la publicité pour son service des urgences dentaires à l'aide d'un support développé par l'agence de publicité GGK en collaboration avec le service de presse et d'information de la SSO. Les sections désireuses de l'utiliser pour leurs propres actions peuvent se le procurer auprès du service de presse de la SSO. Il faut compter de CHF 2000.- à 3000.- pour le graphisme et l'adaptation au net. Les coûts d'une campagne d'annonces dépendent des médias choisis, des tirages, du nombre de lecteurs ainsi que de la taille et du positionnement des annonces.

Contact: Service de presse et d'information de la SSO – tél. 031 310 20 80, info@sso.ch



www.sso-luzern.ch

Zahnschmerzen? Der SSO-Notfalldienst wirkt an 365 Tagen im Jahr!

Die Luzerner Zahnärzte-Gesellschaft (SSO Luzern) sorgt rund um die Uhr für Ihre Zahngesundheit.

Ist Ihr Zahnarzt nicht erreichbar, so helfen Ihnen unsere Notfallnummern weiter: **0848 58 24 89** (Stadt und Wochenende) und **0848 58 52 63** (Land).

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
Société suisse des médecins-dentistes
Societate svizzera odontologi
Swiss Dental Association

SSO

SSO Luzern

Entretien avec le président de l'ITI

Implantologie: formation continue et postgrade dans le monde entier

C'est en 1980 que le professeur André Schroeder et le D^r Fritz Straumann ont fondé l'International Team for Implantology (ITI) qui connaît actuellement une croissance ultrarapide. En s'orientant vers la recherche et la formation, puis en s'ouvrant aux praticiens généralistes, elle est devenue depuis 2003 une association qui repose sur une très large base. Elle se compose de deux catégories de membres, à savoir les ITI Fellows et les ITI Members. C'est actuellement le professeur Daniel Buser des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne qui la préside avec bonheur. Notre rédactrice a pu s'entretenir avec le président de l'ITI.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

«La mission de l'ITI est de promouvoir et de diffuser les connaissances sur tous les aspects de l'implantologie en médecine dentaire, et de la régénération des tissus qui lui est associée. Pour y parvenir, elle se fonde sur l'enseignement et la recherche pour le bien des patients.»

Le professeur Daniel Buser a remis le 1^{er} août 2011 au professeur Adrian Lussi la direction des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (ZMK Berne). Notre rédactrice a questionné le président de l'ITI, en fonction depuis deux ans, sur sa mission à l'ITI et ses six années passées à la tête des ZMK Berne.

RMSO: «L'International Team for Implantology (ITI) existe depuis plus de trente ans.



«Aujourd'hui, l'ITI est la plus grande et la plus dynamique des sociétés spécialisées vouées à l'implantologie en médecine dentaire. Son rayonnement rejaillit également sur l'Université de Berne.»

Pouvez-vous nous citer les principales caractéristiques de l'ITI à ses débuts?»

Professeur Daniel Buser: «L'ITI a été fondée en 1980 avec dix autres confrères par le Prof. André Schroeder de l'Université de Berne et par le D^r Fritz Straumann, de Waldenburg. Il s'agissait alors d'un petit groupe de scientifiques et de cliniciens. Sa structure était semblable à celle de la Communauté de travail sur l'ostéosynthèse (AO) en traumatologie qui lui a servi de modèle. L'objectif était l'instauration d'une étroite collaboration entre la science et l'industrie (Institut Straumann) afin de développer de meilleurs implants dentaires. Le groupe est resté numériquement modeste tout au long des années quatre-vingt, limité à l'espace germanophone. Le Prof. Schroeder et le D^r Straumann ont également créé la Fondation ITI en 1988 afin d'augmenter les fonds au service de la recherche.»

D'un petit groupe de l'élite scientifique vers une association à large base

«Comment l'ITI s'est-elle ensuite développée?»

«Le développement de l'ITI a commencé au début des années quatre-vingt-dix, tout comme la réorientation de la Fondation ITI vers la recherche et la formation. La structure de l'ITI a dû être trois fois adaptée à sa croissance, en 1993, 2003 et 2008. De plus, la langue de travail est devenue l'anglais à partir de 1996. L'ouverture de l'ITI aux praticiens généralistes en 2003 a revêtu une grande importance: elle a permis son développement au-delà d'un petit groupe élitiste de scientifiques et de spécialistes pour devenir une association reposant sur une très large base. C'est alors que l'on a introduit deux groupes de membres: les ITI Fellows d'une part, essentiellement référents et chercheurs, et les ITI Members

d'autre part, pour la plupart des consœurs et confrères en pratique privée.»

«La mission première de l'ITI aujourd'hui porte sur la formation continue et sur la formation postgrade en implantologie de ces consœurs et confrères praticiens privés. Ces formations sont scientifiquement fondées et éveillent un très vif intérêt au plan international. L'afflux de nouveaux membres a été considérable au cours de ces dernières trois années. Nous en comptons aujourd'hui dans une centaine de pays. C'est impressionnant!»

Les ITI Study Clubs poussent comme des champignons

«Comment la formation continue et postgrade est-elle dispensée?»

«Les activités de formation continue et postgrade sont multiples. L'ITI propose aujourd'hui aux plans régional et national des congrès ITI. C'est en ces occasions que sont présentées et discutées les toutes dernières avancées et les plus récentes recommandations thérapeutiques. Au sommet de la pyramide se trouve le congrès mondial, l'*ITI World Symposium*, qui a réuni l'année dernière à Genève plus de quatre mille participants. Sa prochaine édition se tiendra également à Genève en 2014.»

«Par ailleurs, nous encourageons la formation en petits groupes: les *ITI Study Clubs*. Ils comptent de vingt à trente membres et n'ont pas cessé d'éclorre à foison pendant ces douze derniers mois. Je pense qu'il y en aura plus de cinq-cents dans le monde entier à la fin de cette année. Leurs programmes sont très diversifiés, mis sur pied par un *Study Club Director*. L'accent porte sur les discussions interactives de cas concrets. Les membres des clubs peuvent également participer à l'agencement des programmes.»

«Autre grande réussite: l'*ITI Scholarship Program* qui accorde chaque année vingt-cinq bourses à de jeunes candidats de la relève. Ces universitaires boursiers disposent dans le monde de plus de vingt *ITI Scholarship Centers*. Ce sont des entités au sein des universités, qui assurent la promotion de la philosophie ITI pour les traitements des patients. Trois de ces centres se trouvent en Suisse, dans les universités de Berne, Genève et Zurich. Obtenir une bourse de l'ITI n'est pas si facile: la concurrence est grande, car nous recevons largement plus de deux-cents candidatures chaque année.»

«Avez-vous commencé votre carrière avec une bourse de l'ITI?»

«Non, car ce programme n'a été mis sur pied qu'en 1998 et j'étais alors habilité depuis déjà six ans. Mais j'ai eu une opportunité comparable en 1989: j'ai pu faire un stage de recherche de vingt mois

à l'Université de Harvard grâce à une bourse du Fonds national suisse. Ceci m'a ouvert de toutes nouvelles possibilités et a revêtu la plus grande importance pour ma carrière académique.»

«Quelles tâches devez-vous accomplir en tant que président de l'ITI?»

«Le président de l'ITI dirige son comité et c'est lui qui représente et défend les intérêts de l'ITI vis-à-vis de l'extérieur. J'attache la plus grande importance à la communication et aux rencontres personnelles avec les *Leadership Teams* au sein des vingt-six sections que compte l'ITI de par le monde et sur tous les continents. Conséquence: je voyage beaucoup depuis dix-huit mois afin de pouvoir assurer ces rencontres.»

«Quels objectifs vous êtes-vous fixés pour votre mandat?»

«Pendant les quatre années de ma présidence, il s'agira de mettre en œuvre l'*ITI Vision 2017* que le comité a formulée en 2007 lors d'un séminaire de trois jours qui s'est tenu à Vitznau. Des stratégies ont été définies pour réussir cette mise en œuvre, stratégies qui font l'objet d'évaluations régulières et qui sont adaptées en cas de besoin. Nous sommes maintenant à mi-chemin de ma présidence et je peux constater avec la plus grande satisfaction que nous sommes sur la bonne voie: nous avons d'ores et déjà atteint certains des objectifs que nous nous étions fixés, telle la mise sur pied d'*ITI Study Clubs* dans le monde entier.»

De cinquante à cent nouveaux membres par semaine!

«Un projet essentiel de l'ITI est la création dans le monde entier d'*ITI Study Clubs* dans le but de promouvoir la formation des *ITI Fellows et Members* en petits groupes. Nous en aurons bientôt créés cinq cents: une grande réussite, surtout si l'on pense que ce n'est qu'en 2009 que l'on a commencé à mettre sur pied ces *ITI Study Clubs* dans les sections, en dehors de la Suisse. L'ITI elle-même connaît une forte croissance avec actuellement de cinquante à cent nouveaux membres chaque semaine! Nous passerons le cap des dix mille membres cet automne au plus tard, ce qui marquera une nouvelle étape de notre développement.»

Succès d'un gala de bienfaisance à Tokyo pour les victimes de la catastrophe au Japon

L'*International Team for Implantology* (ITI) est une organisation scientifique leader dans le domaine de l'implantologie, qui se consacre à la promotion de la recherche scientifiquement fondée et à la formation. Elle a organisé un gala de bienfaisance pour le Japon à Tokyo le 31 juillet dernier. Les fonds récoltés à cette occasion provenaient des entrées et des recettes d'une exposition industrielle. Ils iront aux victimes du séisme et du tsunami survenus en mars de cette année. S'y ajouteront les dons recueillis par l'ITI dans le monde entier auprès de ses membres au cours de ces quatre derniers mois, soit plus de 45 000 dollars US. Le président de l'ITI, le professeur Daniel Buser, a pu ainsi remettre lors de ce gala un chèque de plus de dix millions de yens (130 000 dollars US) à *Peace Winds Japan* (www.peace-winds.org). C'est une organisation non gouvernementale qui se consacre à l'assistance aux personnes dans le besoin en raison de conflits, de la misère ou d'autres handicaps.

Ce sont plus de deux cent-cinquante spécialistes qui ont participé à ce gala de bienfaisance tenu à la *Tokyo Station Conference*. Le programme scientifique comprenait cinq exposés sur le thème des «Aspects du travail en équipe en implantologie dentaire».



«Le monde a été consterné à l'annonce du tremblement de terre, du tsunami et de ses si nombreuses victimes, ainsi que par le danger récurrent que présentent les réacteurs nucléaires au nord du Japon», a dit le professeur D' Daniel Buser. «Ce fut une évidence pour l'ITI que d'apporter son soutien concret et montrer ainsi ce que signifie pour nous d'appartenir à une communauté mondiale.»



Caisse pour médecins-dentistes SA
Zahnärztekasse AG
Cassa per medici-dentisti SA

An Group Company

«De plus, tout aussi importante est l'organisation de congrès ITI aux plans national et régional par notre *Event Management Team* du *ITI Center* à Bâle, notre siège mondial. Auparavant, ces congrès étaient organisés par notre partenaire Straumann. C'est pour mieux marquer la séparation entre l'ITI et Straumann que nous avons repris l'organisation des congrès dès janvier 2011. Cette année, l'ITI organisera quatorze congrès qui lui seront propres. Il y en aura dix autres en 2012.»

«Quels avantages les Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (ZMK Berne) retire-elle de votre présidence de l'ITI?»

«La présidence de l'ITI confère un grand prestige aux ZMK Berne, prestige qui est certainement beaucoup plus grand à l'étranger qu'en Suisse. L'ITI est aujourd'hui dans le monde entier la plus grande et la plus dynamique des sociétés spécialisées en médecine dentaire implantatoire. Son rayonnement rejaillit quelque peu sur l'Université de Berne!»

Les ZMK Berne comptent parmi les trésors de l'Université de Berne

«Vous avez remis la direction des ZMK Berne au professeur Lussi à la fin du mois de juillet. Parlez-nous de vos principaux projets pendant votre temps à la tête de l'institution.»

«Ces six années ont été passionnantes. Nous avons trois grands projets: tout d'abord, nous avons largement réussi à conforter la notoriété des ZMK Berne par différentes actions de relations publiques au plan local. Comme notre recteur l'a récemment évoqué à point nommé, nous faisons aujourd'hui partie de «l'argenterie de famille» de l'Université de Berne. C'est un grand honneur par les ZMK Berne que j'aie été distingué l'année dernière par le prix de l'*Oberzibelegriings*, bien connu en ville de Berne.»

«En deuxième lieu, nous avons à conclure d'importantes successions dans les secteurs des traitements conservateurs, de l'orthopédie maxillaire, de la parodontologie et de la prothétique couronne et bridges. Je peux aujourd'hui constater avec joie que ces postes ont pu être remarquablement bien repourvus par des confrères qui sont non seulement à la pointe de leur spécialité, mais encore qui disposent des plus hautes compétences sociales et pour le travail d'équipe. Le climat à la tête des ZMK Berne est aujourd'hui beaucoup plus détendu et consensuel: tout le monde tire à la même corde!»

«Enfin, les ZMK Berne ont pu être restructurée de façon optimale. Les cliniques sont désormais orientées d'après les titres de formation postgrade en médecine dentaire. De plus, un pool de re-

Le mélange parfait

La meilleure façon de professionnaliser la gestion des débiteurs, c'est encore de la personnaliser.



«Souhaitez-vous organiser la gestion des débiteurs en fonction des besoins précis de votre cabinet dentaire? C'est chose faite avec notre offre modulaire de prestations. Vous utilisez le module «Basic», qui comprend le contrôle de solvabilité, la facturation, la recherche

d'adresses, les rappels, les modèles de paiement échelonné et les «Added Values». Et complétez cette pierre angulaire de notre offre par les modules dont vous avez besoin.»

Alexander Ernst, conseiller à la clientèle

L'offre modulaire de prestations financières de la Caisse pour médecins-dentistes SA

Le module «Basic» se combine à la perfection avec les modules «Saisie des prestations», «Recouvrement», «Préfinancement» et «Couverture risque de pertes».

Liquidités – Détente

CH-1002 Lausanne
Rue Centrale 12-14
Case postale
Tél. +41 21 343 22 11
Fax +41 21 343 22 10

info@cmds.ch,
www.cmds.ch

CH-8820 Wädenswil
Seestrasse 13
Postfach
Tél. +41 43 477 66 66
Fax +41 43 477 66 60

info@zakag.ch,
www.zakag.ch

CH-6901 Lugano
Via Dufour 1
Casella postale
Tél. +41 91 912 28 70
Fax +41 91 912 28 77

info@cmds.ch,
www.cmds.ch

cherche a été créé afin de tirer le meilleur parti possible des postes à disposition pour les recherches liées aux laboratoires. Nous avons pu revoir avec succès l'agencement de la moitié du bâtiment. Ce sont avant tout nos laboratoires de recherche, les nouveaux et ceux qui ont fait l'objet d'un réaménagement, qui nous donnent le plus de satisfaction. Nous récolterons les fruits de ces efforts ces prochaines années: dès cette année, le niveau des résultats de nos recherches ne manquera pas de s'élever aussi bien des points de vue qualitatif que quantitatif.»

Pas de doublons inutiles

«Quel objectif avez-vous poursuivi avec le plus d'enthousiasme pendant votre temps à la direction?»

«Mettre un terme à l'aberration que constituait le fait que chaque clinique en faisait selon son bon plaisir. Ceci veut dire que l'on ne tolérera plus

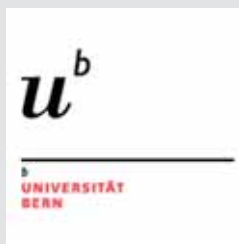
aucunes structures parallèles inutiles aux ZMK, car ce serait synonyme de gaspillage des ressources. Chaque clinique remplit la mission qui a été confiée à son chef de clinique. Et puis nous avons instauré une étroite collaboration entre les groupes pour tirer parti des synergies. Si l'on vit selon ces principes, notre centre sera bien plus fort dans la concurrence avec l'extérieur.»

«A quoi reconnaît-on un bon directeur exécutif?»

«Certes, un directeur exécutif n'a pas tout le pouvoir d'un doyen comme c'est le cas aux Etats-Unis, et c'est très bien comme ça. Il est un *primus inter pares* qui conduit l'équipe de direction et qui représente les ZMK Berne vis-à-vis de l'extérieur. Mais toutes les décisions sont prises par le Directoire, ce qui implique que le directeur exécutif doit être un bon équipier et un excellent diplomate pour les appliquer. Je passe maintenant le flam-

beau à Adrian Lussi à qui je suis très lié en amitié depuis une bonne vingtaine d'années. Je suis convaincu qu'il fera du très bon travail et qu'il remplira brillamment les missions qu'implique le poste de directeur exécutif. Je me réjouis d'avoir désormais moins de réunions, ce qui me permettra de me consacrer encore plus à la présidence de l'ITI.»

Grâce au passage du relais au professeur Adrian Lussi, nouveau directeur des ZMK Berne, le professeur Buser pourra encore mieux se consacrer à l'ITI. Comme je le connais, il ne manquera pas de développer et de réaliser nombre d'idées nouvelles pour l'ITI, contribuant ainsi au prestige durable des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (ZMK Berne) et au rayonnement si nécessaire de la ville de Berne. Une question reste ouverte: quelle tâche passionnante va-t-il assumer à l'issue de sa présidence de l'ITI?



«L'uni des enfants» rend visite aux Cliniques de médecine dentaire (ZMK Berne)

Comment l'expliquer à un enfant?

Plongée dans le monde passionnant de la science: la «Kinderuni» de Berne a rendu visite deux jours de suite aux Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (ZMK Berne).

Des élèves de l'école primaire ont pu tester différents équipements des laboratoires et cliniques. Aux enseignants, ces enfants assoiffés de savoir en ont fait voir de toutes les couleurs!

Clinique de médecine dentaire conservative, de médecine dentaire préventive et de pédodontie (Photos: professeur Adrian Lussi)

Le vendredi, le professeur Lussi a tenu un exposé soulignant toute l'importance d'une dentition saine. Samedi, un stage pratique s'est déroulé aux ZMK Berne avec la participation d'enfants très motivés, sous la devise «Recherche en médecine dentaire». Il s'agissait d'une sorte de parcours de poste en

poste dans les ZMK. Trois postes aménagés ont permis aux enfants de toucher du doigt différentes techniques cliniques et des laboratoires, et de les manipuler. Véronique Stoupa, D^r méd. dent., leur a montré comment un objet peut changer selon les différents grossissements d'un microscope op-

tique, et comment cet instrument peut aider lors d'un traitement de médecine dentaire. Le D^r Flury a fait la démonstration du microscope électronique à balayage et complété le thème de l'agrandisse-



ment, cette fois pas seulement à l'aide d'images de dents agrandies: le microscope électronique à balayage a soumis un cheveu humain, des grains de sable, une mouche morte à leurs «recherches». D'autres appareils de laboratoires ont illustré les activités de recherche en cours, tels qu'un appareil



Les enfants de la «Kinderuni» occupés au meulage d'une molaire.



Le microscope optique ouvre de tous nouveaux horizons.

de mesure de la rugosité de surface, une machine à broser les dents (utilisée dans la recherche sur les brosses à dents et sur les pâtes dentifrices) et un appareil dit de «thermocycling». Ce dernier comporte deux bains d'eau chaude et sert à la recherche sur le vieillissement et l'action des agents atmosphériques sur les matériaux dentaires. De plus, chaque enfant a pu meuler de différentes façons une molaire humaine véritable préparée par

Madame Beyeler. Ce poste comportait également des plaquettes colorées produites en histologie, afin de faire comprendre la structure de la dent. Quiconque penserait que les enfants trouvent austère la recherche en médecine dentaire se tromperait: il y a rarement eu autant de questions pertinentes tout au long de l'exposé et du stage pratique, tant d'enthousiasme. Nous autres de l'encadrement nous sommes souvent trouvés à

la limite de nos capacités d'explication! Nous sommes sûrs que tous les enfants qui ont participé à ce stage aux ZMK Berne en garderont un souvenir émerveillé, et pas seulement parce qu'ils ont reçu des brosses à dents et du dentifrice en guise de cadeau d'au revoir.

Voir: www.kinderunibern.ch



Les dents d'un modèle de dentition pour une fois en très grand.



Le port correct d'une protection buccale, ça s'apprend!

SVK/ASP Award 2012

En mémoire du Professeur Rudolf Hotz, l'Association Suisse de Médecine dentaire Pédiatrique ASP/SVK a créé un prix pour encourager la relève de la recherche en Suisse en Médecine dentaire pédiatrique. Ce prix cible les jeunes chercheurs et cliniciens et distinguera les travaux scientifiques récents dans le domaine de la Pédiodontie.

Le ASP/SVK Award est doté de Fr. 3000.-. Les travaux doivent parvenir à la présidente de l'ASP jusqu'au 31 décembre 2011 à l'adresse suivante:

D^r Thalia Jacoby, chemin de la Tour-de-Champel 2, 1206 Genève

E-mail: thalia.jacoby@bluewin.ch

De plus amples informations et les conditions de participation sont disponibles sur le site: www.kinderzahn.ch

SVK/ASP Award 2012

In memoria del Prof. Rudolf Hotz l'associazione svizzera di odontoiatria pediatrica ASP ha istituito nel 1988 un premio per la promozione della ricerca nel campo dell'odontoiatria pediatrica. Esso si rivolge a giovani dentisti attivi nella ricerca e nella clinica e viene conferito per lavori scientifici attuali e di qualità nel campo dell'odontoiatria pediatrica.

L'SVK/ASP award è dotato di CHF 3000.-. I lavori sono da inoltrare entro il 31 dicembre 2010 al presidente dell'ASP.

Dott. Thalia Jacoby, chemin de la Tour de Champel 2, 1206 Genève

E-mail: thalia.jacoby@bluewin.ch

Per ulteriori informazioni e condizioni di partecipazione: www.kinderzahn.ch

Au service des dents des chevaux

La population équine en Suisse compte près de 85 000 animaux: la demande est donc considérable pour des vétérinaires professionnels pour chevaux. Il n'existait jusqu'à présent en Suisse à leur intention aucune formation postgrade spécifique dans ce domaine. Depuis 2010, l'Association suisse de médecine équine (ASME) propose une formation continue en médecine dentaire équine, articulée en trois modules et qui débouche sur le certificat d'aptitude «dentiste équin ASME». L'étendue des connaissances en dentisterie équine est en constante augmentation.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: fotolia.com)

Sources: différents ouvrages dont: Praxisleitfaden Zahn- und Kiefererkrankungen des Pferdes des docteurs ès méd. vét. Tilman Simon (auteur), Isabell Herold (auteure) et Holger Schlemper (MVS Medizinverlage Stuttgart ISBN 978-3-8304-4178-6)

L'objectif poursuivi par le certificat d'aptitude «dentiste équin ASME» est de proposer aux vétérinaires une meilleure formation, en pratique également, dans le domaine de spécialisation de la médecine dentaire équine, de transmettre des connaissances scientifiquement fondées dans ce domaine ainsi que de définir des normes (*standards*) en la matière.

Au lieu d'attelles Michigan: raccourcir les dents

La dentition du cheval est conçue pour un travail de force. Elle doit, jour après jour, broyer des quantités considérables de fourrage brut afin d'en faire une bouillie digestible. Elle est la première étape indispensable à la vie dans le système digestif du cheval. Pour être à la hauteur de cette tâche, la dentition du cheval est agencée de telle sorte que l'éruption des dents se poursuit même après la fin de la croissance de l'animal. Elles se «liment» les unes contre les autres lors de la mastication. Des altérations douloureuses peuvent survenir dans la cavité buccale ou sur l'articulation maxillaire lorsque ce processus de meulage ne se déroule plus correctement, par exemple en cas de maladie ou de mastication réduite. Comme nos chevaux domestiques reçoivent une grande partie de leur fourrage déjà préparé, ou parce qu'ils mangent de l'herbe tendre qui peut être saisie par les lèvres, il en résulte que les incisives deviennent trop longues par rapport aux molaires et prémolaires. Dès lors, ces dernières n'entrent plus en contact réciproque. Comme le cheval continue à se nourrir et à mastiquer dans ces conditions défavorables, il en résulte avec le temps une surcharge des articulations temporo-maxillaires et des incisives. Conséquences: incisives trop longues, poussées vers l'avant, parfois de

travers, inflammation du parodonte, plaque et déchaussement des dents. Pour restaurer la capacité intégrale de mastication, il faut donc faire réduire la longueur excessive des incisives par le vétérinaire.

Ces altérations de la dentition peuvent avoir des effets négatifs sur tout le corps du cheval et, en l'absence de traitement adéquat, raccourcir notablement la durée d'utilisation et la vie de l'animal.

Eruption des dents permanentes

Les jeunes chevaux peuvent rencontrer des problèmes lors de l'éruption des dents permanentes. Des dents de lait qui subsistent empêchent la sortie des dents adultes qui cherchent alors à se frayer un autre chemin dans la mâchoire. Il peut en résulter des refoulements osseux enflammés dans le maxillaire, voire des écoulements purulents. Si la dent antagoniste n'a pas rencontré ce problème, elle pourra alors continuer sa poussée sans encombre jusqu'à une intervention parfois trop tardive. Il arrive fréquemment que la dent soit déplacée hors de son arcade dentaire. Des altérations se forment sur la surface de mastication, qui

entravent le broyage des aliments. Les problèmes dentaires peuvent aussi avoir des origines génétiques. Des suroclusions ou des sous-occlusions peuvent survenir ainsi que des altérations des arcades dentaires. Leur cause se trouve souvent dans des lignées d'élevage imparfaites. Ces chevaux doivent subir des interventions correctrices tous les six mois.

A côté de ces problèmes typiquement en relation avec le cheval, l'animal peut aussi souffrir de différentes affections de la cavité buccale et/ou de la dentition: caries, parodontose, plaque dentaire, inflammations des glandes salivaires notamment. De nombreuses maladies dont la cause se trouve dans d'autres organes, telles qu'hépatites, affections du métabolisme, infections virales, mycoses pour n'en citer que quelques-unes, ont également des répercussions défavorables dans la cavité buccale. Le traitement adéquat dans les règles de l'art de la bouche du cheval est un véritable défi pour la médecine vétérinaire. Il ne doit donc être confié qu'à un vétérinaire spécialement formé à cet effet.

Durée du traitement

La durée d'un traitement dépend naturellement de l'étendue des corrections à entreprendre. En général, un assainissement de la dentition dure trois quarts d'heures environ. La sédation pour tranquilliser l'animal est indispensable et se fait par injection d'un calmant: elle permet de procéder à un examen approfondi de la cavité buccale, puis au traitement éventuel, dent par dent, sans mesures de contrainte et sans provoquer de crainte chez l'animal. Le traitement n'est en général pas douloureux. Cependant et pour des motifs relevant de la protection des animaux, une sédation est toujours nécessaire pour éviter toute peur inutile et tous mouvements de rejet de la part du cheval.



Les incisives sont insuffisamment usées chez le cheval domestique, ce qui entraîne une pression chronique dans cette région.



La nature a conçu la dentition du cheval pour passer de seize à dix-huit heures par jour à mâcher l'herbe riche en silice de la steppe. Le sable absorbé en même temps ainsi que le fait de ronger des branchages ont doté le cheval sauvage de sa dentition répartie symétriquement dans la cavité buccale.

Après le traitement, il faudra encore laisser à l'animal une phase de réveil d'une heure environ avant qu'il ne puisse de nouveau s'alimenter. La plupart des chevaux sont parfaitement aptes au service après le réveil. Dans de rares occasions, il faut encore que l'animal s'habitue à sa «nouvelle» denture. On attendra dans ce cas un ou deux jours avant de le monter à nouveau.

Fréquence de l'assainissement de la dentition

Après un premier assainissement de sa dentition, le cheval doit subir un contrôle subséquent tous les ans avec éventuellement quelques petites interventions de correction. Les jeunes chevaux (jusqu'à l'âge de cinq ans) devraient subir un contrôle tous les six mois: c'est jusqu'à cet âge en effet que se produit le passage de la dentition de lait à la dentition adulte, et ces contrôles permettent d'éviter nombre des problèmes qui peuvent survenir lors de cette transition. Les chevaux âgés (à partir de l'âge de dix-huit ans) qui n'ont plus que quelques dents fonctionnelles devraient aussi subir un contrôle subséquent tous les six mois.

Ce que la santé dentaire a à voir avec l'équitation

Dans la bouche du cheval, le mors est le plus important moyen de communication entre le cheval et son cavalier avec l'assise et les jambes. Lorsque la bouche est douloureuse, il y aura toujours des mouvements d'évitement de la part du cheval qui ne se laissera pas facilement harnacher. Le Dr Tilman Simon est vétérinaire de concours et l'un des formateurs pour le certificat d'aptitude à la dentisterie équine. Il est souvent confronté à des blessures des commissures et à des hématomes (tâches bleues) sur la muqueuse des joues des chevaux de concours. Ces défauts peuvent entraî-

ner des réserves lors des contrôles, voire la disqualification dans les cas les plus graves. Nombre de ces blessures sont provoquées par l'action des rênes et du mors sur une bouche non traitée.

A quoi reconnaît-on un «bon» vétérinaire dentiste équin?

Un seul et simple conseil: la personne qui prodigue des soins ne doit pas agir «à l'aveugle» dans la bouche du cheval. Il faut d'abord procéder à un examen préliminaire et au diagnostic. Les molaires postérieures se trouvent à peu près sous les yeux. Pour les palper, c'est presque tout l'avant-bras du thérapeute qui se trouve dans la bouche du cheval. Cette palpation est indispensable, car il s'agit de procéder à un état des lieux approfondi avant, pendant et après chaque traitement.



L'équilibre dans la bouche du cheval dépend du meilleur agencement et centrage possibles du mécanisme de la mastication, condition préalable indispensable pour avoir un cheval «droit».

Pour pouvoir le faire, il faut un ouvre-bouche qui maintiendra ouverte la bouche du cheval et permettra d'éviter les morsures des incisives. Les autres moyens auxiliaires pour maintenir la bouche ouverte, comme par exemple l'ouvre-bouche latéral que l'on introduit de côté entre les molaires, ne conviennent pas pour un examen précis ni pour le traitement qui suivra. En effet, ces dispositifs font que certaines dents sont soumises à une pression considérable qui peut même provoquer leur rupture sous contrainte!

Le thérapeute doit être en mesure d'expliquer au détenteur de l'animal les processus de la mastication et leur mécanisme si compliqué. Il doit l'informer au préalable des différentes étapes du traitement et avoir à sa disposition, en plus de l'ouvre-bouche, au moins quelques râpes adaptées à l'anatomie de la mandibule ainsi qu'une source de lumière. Il doit inclure les incisives dans son plan de traitement, c'est-à-dire que celui-ci doit se faire sous sédation pour pouvoir opérer correctement et dans le respect de l'animal.

Os pétreux

Un système osseux très délicat et sensible se trouve sous la langue: l'hyoïde. Il est relié à des structures de l'oreille interne qui participent au sens de l'équilibre. On risque de blesser ces structures très délicates lorsque l'on tire excessivement la langue hors de la cavité buccale. Les conséquences peuvent être des troubles de l'équilibre, une langue pendante hors de la bouche, voire l'incapacité à s'alimenter. Ce genre d'action brutale n'est certes pas la carte de visite d'un «bon dentiste équin»!

Ce ne sont là que quelques indications initiales. S'y ajoute bien évidemment l'expérience acquise dans ses relations avec notre partenaire cheval.

Le médecin-dentiste et le management

Le patron doit être la figure charismatique de son cabinet

«J'ai longtemps pensé qu'il fallait être toujours «généreux et conciliant» mais j'ai fini par comprendre qu'il valait mieux être plus «directif» que laxiste, en mettant en place des règles précises et strictes de fonctionnement qui au final rassuraient bien plus les collaborateurs, les assistantes et hygiénistes», dit D^r le François Guyot de la Chaux-de-Fonds. Lisez l'interview entre François Guyot et Rodolphe Cochet.

Rodolphe Cochet, «adresse site internet» (photos par le cabinet dentaire Guyot)

Ce premier article inaugure la nouvelle rubrique management odontologique de la revue mensuelle suisse d'odontostomatologie. Elle sera dirigée par M. Rodolphe Cochet, auteur, consultant et coach en management et organisation des cabinets dentaires, également chargé d'enseignement dans plusieurs facultés de médecine dentaire internationales. Le D^r François Guyot de la Chaux-de-Fonds, médecin-dentiste et manager aguerri, nous éclaire sur la nécessité d'édicter et de déployer une politique de management strictement adaptée à la configuration structurelle de chaque cabinet dentaire.

Rodolphe Cochet: «Mis à part le statut et les fonctions de l'hygiéniste dentaire, pensez-vous que le mode d'organisation et de management d'un cabinet dentaire en Suisse soit si différent de celui d'un cabinet français, par exemple?»

D^r François Guyot: «Il y a de grosses différences de mentalité qui sont liées aux systèmes suisses

et français. La première chose fondamentale qui diffère est que vous ne trouverez aucun cabinet en Suisse avec un praticien qui travaille sans assistante, ce qui semble fréquent en France. C'est une notion qui nous est inculquée dès les études, et aucun étudiant sortant de la faculté ne pourrait imaginer travailler seul. C'est d'ailleurs techniquement impossible si vous voulez respecter les notions d'hygiène et de productivité. Un médecin-dentiste n'est utile qu'au fauteuil auprès de ses patients, et tout le reste devrait être délégué dans la mesure du possible. En Suisse, nous sommes encore une vraie profession libérale où nous sommes libres de fixer notre tarif pour nos patients privés. En France, le dentiste est pieds et mains liés à la Sécurité sociale qui dicte un tarif irréaliste et invivable qui engendre toute la dérive du système. Malgré des frais de fonctionnement qui peuvent être un peu inférieurs en France, ces frais restent élevés, le chiffre d'affaires doit donc être réalisé coûte que coûte. Les réflexes instinctifs à renfort d'arguments fallacieux vont être de ré-

duire le personnel de manière drastique et de réaliser un maximum d'actes en un minimum de temps. Et chacun connaît la conséquence: vite fait... mal fait! En France comme en Suisse, la gestion des ressources humaines reste un point noir et se fait de façon empirique en fonction des dons et de l'instinct de chacun. La formation est insuffisante, voire inexistante dans ce domaine (management, gestion RH, organisation, et communication appliqués à l'odontologie), ce qui implique nombre de dérives organisationnelles qui ont un impact direct sur la productivité et la rentabilité de nos actes, ainsi que sur l'image de nos structures de soins buccodentaires auprès de nos patients.

«Considérez-vous que le défaut d'enseignement de certains principes élémentaires de management et d'organisation dans le cadre de la formation initiale du médecin-dentiste représente une lacune pédagogique?»

«Je pense qu'il serait bien que l'étudiant soit rendu attentif à l'importance de cette tâche et des fonctions qu'elle implique, mais à ce stade, il faut constater que ce n'est souvent pas une priorité pour lui. Il risque de sous-estimer la portée de ses responsabilités de manager n'ayant pas encore été confronté à de réels problèmes de management et d'organisation. A la sortie des études, le nouveau médecin-dentiste travaillera dans une structure déjà en place dans laquelle, en principe, il n'aura pas beaucoup de possibilités d'exercer d'éventuels talents de manager. Je serais donc plus favorable à des modules d'enseignement obligatoires à suivre avant de pouvoir s'installer en pratique indépendante.»

«Pensez-vous qu'un cabinet dentaire est totalement assimilable à une entreprise standard?»

«Le domaine dentaire se situe entre deux mondes. Le cabinet dentaire est assimilable à une entreprise dans la mesure où il y a des charges, des investissements, des salaires à payer et que pour ce faire, le cabinet dentaire doit réaliser un chiffre d'affaires suffisant pour assumer ses obligations et dégager un bénéfice qui sera au final, tout au moins, le salaire du praticien gérant. Cependant, nous voyons apparaître sur le marché dentaire des structures mercantiles qui créent artificiellement des besoins et de fausses attentes auprès du public et de nos patients. C'est à ce niveau qu'une différenciation nette doit être mise en place. Nous restons des médecins, des soignants et nous ne sommes pas des vendeurs. Ces praticiens qui sont là uniquement pour le profit à tout prix, prêts à brader leur conscience et leurs compétences, véhiculent une bien piètre image du médecin-dentiste et devraient être vigoureusement combattus par notre profession.»



Le cabinet dentaire est assimilable à une entreprise dans la mesure où il y a des charges, des investissements, des salaires à payer.



D' François Guyot: «J'ai toujours été surpris de voir comme les patients perçoivent instinctivement une certaine atmosphère et un climat de travail dans le cabinet, engendrés par un mode de management adéquat.»

«D'après vous, la rentabilité du cabinet dentaire est-elle en rapport avec le mode de management du médecin-dentiste?»

«Sans aucun doute. Il faut cependant différencier le management des ressources humaines de la gestion globale du cabinet. Les ressources humaines restent de loin le point le plus difficile des deux, mais des erreurs peuvent être commises dans les deux domaines. La rentabilité d'un cabinet commence par le «recrutement» de la patientèle, et pour moi, il n'y a rien de plus efficace que le bouche à oreille pour développer sa notoriété et son exercice. Il faut que les patients soient impressionnés par la qualité de tous nos services. J'ai toujours été surpris de voir comme les patients perçoivent instinctivement une certaine atmosphère et un climat de travail dans le cabinet, engendrés par un mode de management adéquat. Ce qui d'ailleurs est souvent frustrant, c'est que nous sommes rarement jugés sur la qualité intrinsèque de nos actes de soin. Le patient se souvient plus souvent de l'accueil qu'il a reçu, de la gestion de son dossier, de ses rendez-vous, de ses échéances de règlement, du mode de communication de l'équipe... Il faut donc soigner les moindres détails du cabinet: accueil, confort, décoration, divertissement. Le professionnalisme et la rigueur appliqués à nos services logistiques, administratifs et relationnels concourent à la qualité de nos actes techniques de soin; pour le patient, tous nos services extra-cliniques sont à l'image de notre niveau de compétences cliniques. Les pratiques de management appliquées à l'odontologie peuvent d'ailleurs être ainsi résumées: si le manager est défaillant, le patient percevra cette faille et l'associera inévitablement aux compétences intrinsèques de soins des médecins-dentistes.»

«Quelles sont d'après vous les fonctions élémentaires d'un médecin-dentiste manager? Que représente pour vous le «management odontologique?»»

«J'ai longtemps pensé qu'il fallait être toujours «généreux et conciliant» mais j'ai fini par comprendre qu'il valait mieux être plus «directif» que laxiste, en mettant en place des règles précises et strictes de fonctionnement qui au final rassuraient bien plus les collaborateurs, les assistantes et hygiénistes. Le patron doit être la figure charismatique de son cabinet en qui chaque collaborateur doit avoir confiance. Il doit montrer et dicter le chemin, donner des lignes de conduite et au moins faire semblant de savoir où il veut aller, si jamais il est en cours de réflexion. Le management c'est également savoir adopter les modes de communication qui conviennent au sein du groupe. Le patron doit dire ce qui va et ne va pas. Une erreur fréquente est de pointer uniquement ce qui ne va pas! Les collaborateurs ont également besoin de feedback sur la qualité de leurs soins et de leurs relations avec les collègues comme avec les patients. Les médecins-dentistes, qu'ils exercent en groupe ou à titre individuel, doivent apprendre à organiser et diriger des réunions de développement, environ huit fois par année, ainsi que des entretiens individuels d'appréciation (1-2 fois par année).»

«Comment apprend-on à gérer son cabinet dentaire et à manager son équipe?»

«Au départ, on l'apprend de façon empirique, avec notre sensibilité personnelle et quelques fausses idées. J'ai donc opté pour la solution opérationnelle du consultant/coach en cabinet qui se rend directement sur place pour dresser un tableau des

points forts et des points faibles de la direction, des dysfonctionnements, et mettre en place durant ses journées complètes d'intervention et de formation pratique une politique de management et de communication personnalisée et strictement adaptée au profil professionnel du médecin-dentiste gérant. Le plus important, c'est que cette nouvelle politique de management et de commandement ne peut être instaurée qu'avec le consentement libre et éclairé de toute l'équipe, à partir d'une série d'entretiens individuels du consultant et médiateur avec chacun des membres du cabinet: assistantes, secrétaires, collaborateurs et hygiénistes.

Durant une année, que j'ai d'ailleurs décidé de reconduire en «maintenance managériale» l'année suivante, le consultant nous a aidés à fixer des objectifs cliniques, logistiques, administratifs et relationnels que nous avons réalisés. Il n'est pas toujours facile d'opérer des changements, et vous constaterez que les plus récalcitrants sont les collaborateurs qui s'étaient octroyés des petites facilités et qui sont souvent la source de conflits larvés au sein du cabinet. Il a parfois fallu se faire violence pour aller contre sa nature, mais quand les résultats sont là, cela devient plus facile et nous pouvons dès lors travailler dans de bien meilleures conditions. Le collaborateur comme l'assistante (diplômée ou stagiaire), la secrétaire de direction et l'hygiéniste doivent pouvoir s'identifier à la structure et en être fiers. Nous devons donc, en tant que médecin-dentiste et manager (les deux compétences étant indissociables), apprendre à déléguer et impliquer chacun dans le projet de développement global du cabinet. Chacun doit sentir qu'il fait avancer le navire et doit également à juste titre en recevoir les bénéfices par une gratification adaptée.»

«CrocoSpeed»

Le Dr Ralph Rothenbühler, médecin-dentiste à Savièse, et son «CrocoSpeed» font de la publicité pour la SSO. L'heureux possesseur de ce triporteur a raconté à notre rédactrice comment son «CrocoSpeed» a fait son apparition en Valais.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: Ralph Rothenbühler)

Dr Ralph Rothenbühler: «Adolescent, j'habitais à Würenlos en Argovie, du côté de Spreitenbach, siège de Piaggio, l'inventeur de la Vespa. Pour autant que je puisse m'en souvenir, c'est là que j'ai pu conduire un vélomoteur pour la première fois. Je passais toujours, lors de mes virées, devant les entrepôts de Piaggio. Un beau jour, j'ai pris mon courage à deux mains et j'ai demandé un prospectus de Vesparac à la réceptionniste. Même si je n'aurais jamais pu m'en offrir un, et encore moins le conduire, la jeune femme m'a remis le prospectus si convoité sur papier glacé du tout dernier modèle de Vesparac.»

Naissance de mon rêve d'adolescent

«Ce fut la naissance de mon rêve de jeune homme. A partir de ce prospectus, j'ai dessiné des plans de petits véhicules et je les ai agrandis à l'échelle exacte. Ensuite, à partir du caisson de la fourgonnette, j'ai imaginé sur le papier différents modèles de mini camping-cars. Quand mes camarades d'école m'ont raconté leurs vacances au Tessin en vélomoteur, je me suis mis à rêver d'un Vesparac que j'aurais transformé. Le mien aurait des fenêtres avec des rideaux, moustiquaires, matelas, réservoir d'eau, cuisinière à gaz, éclairage au camping-gaz et bien d'autres choses encore. Ainsi, je me serais mis définitivement à l'abri des désagréables vicissitudes du vélomoteur qui vous expose au vent et aux intempéries. Déjà, je

me voyais parcourir la Suisse, et pourquoi pas l'Europe... Ce projet m'a occupé pendant des années, mais, faute de permis moto ou auto, il est resté au stade du rêve. Et puis mes parents avaient mis leur véto à ce genre de choses. Plus tard, pendant mes études à l'université, j'ai pu rouler avec un authentique de ces légendaires triporteurs Vespa 123 cm³.»

N'arrêtez jamais de rêver

«Après les études, ce fut l'assistantat, puis l'ouverture d'un cabinet dentaire. Chaque fois que voyais quelque part l'un de ces triporteurs, mon rêve d'adolescent remontait à la surface. Mon épouse était au courant de cette quête. Chaque fois que nous apercevions un triporteur, c'était à celle ou celui qui dirait à l'autre en premier «Regarde! Mon/ton Vesparac!»»

Le Vesparac Ape comme support publicitaire

«J'ai rencontré en juin 2011 un Italo-Suisse qui possède une entreprise de nettoyage à Sion. Je fus émerveillé de voir à quel point son Vesparac pouvait le dispenser de toute dépense de publicité, rien qu'avec le logo de son entreprise sur son Ape. En quelques secondes seulement, mes projets nostalgiques sont remontés à la surface, et nous avons parlé moteurs, modèles et cette idée bien italienne d'appeler l'objet Ape (abeille) et

non plus «Vesparac». Mais Piaggio reste toujours Piaggio.»

Ralph Rothenbühler a expliqué à notre rédactrice que ces engins sont encore fabriqués et qu'ils sont toujours fidèles au concept d'origine.

«La nuit suivante, il m'a fallu décider si, oui ou non, je voulais réaliser mon rêve de gamin. Devenu subitement veuf en novembre 2010 et convaincu que ma défunte épouse m'aurait accordé ce plaisir, je me suis décidé et j'ai commandé un Ape.»

Vivez votre rêve!

«Aucun doute: le triporteur devait être comme je l'avais imaginé trente-neuf ans plus tôt! Deux projecteurs, véritable volant au lieu du guidon, levier de changement de vitesses, caisson, de couleur blanche.»

«La commande a été passée au début juillet. A la fin du mois, j'étais devenu le fier et heureux possesseur d'un triporteur Piaggio Ape TM701 blanc. J'étais parfaitement persuadé que je ne voulais pas le laisser seulement en blanc. Pourquoi ne pas faire de la publicité pour notre profession, pour notre association faitière? L'idée m'est venue, tout d'un coup. Chaque fois que les gens apercevraient le triporteur Vespa, ils feraient le lien entre le crocodile SSO et le texte «Nos médecins-dentistes», ce qui est tout à fait dans la ligne de la SSO. Alors je me suis adressé au service de presse et d'information de la SSO, qui m'a tout de suite donné toutes les indications à l'intention du concepteur graphique.»

«Mon «CrocoSpeed» porteur du logo de la SSO est censé transmettre à nos patients une philosophie de vie qui reflète à la fois confort, calme, *coolness*, et peut-être aussi un peu de nostalgie!»



Le tout nouveau support publicitaire au service de la SSO: deux projecteurs, véritable volant au lieu du guidon, levier de changement de vitesses, caisson, tout blanc...



«Pourquoi ne pas faire de publicité pour notre profession, pour notre association faitière?», se demande Ralph Rothenbühler, Dr méd. dent.

Revue

Troisièmes molaires

Jerjes W et al.:
Experience in third molar surgery:
An update

Br Dent J 209: E1, 2010
<http://www.nature.com/bdj/journal/v209/n1/full/sj.bdj.2010.581.html>

L'extraction de troisièmes molaires est l'une des interventions les plus courantes pratiquées par les spécialistes en chirurgie orale et par les chirurgiens maxillo-faciaux. Les indications d'extraire comprennent une symptomatologie douloureuse, les périoronarites et les situations d'infection. L'approche exige un examen clinique attentif et l'étude d'une radiographie bidimensionnelle du site. La décision de recourir à une anesthésie locale, à une sédation intraveineuse ou à une narcose dépend des difficultés anticipées, des complications possibles, des préférences du patient, de son anxiété, ainsi que de l'expérience de l'opérateur associée aux directives publiées pour ce type de cas. Certaines études ont relevé un lien entre le taux de complications postopératoires et l'expérience de l'opérateur. Cette étude évalue les effets spécifiques du niveau d'expérience et de formation de l'opérateur sur les résultats postopératoires.

Les troisièmes molaires de 3236 patients âgés de 17 à 36 ans furent extraites. Les données obtenues comprenaient les informations recueillies lors des consultations postopératoires, des renseignements démographiques, les résultats radiographiques préopératoires, l'appréciation de la complexité de l'acte chirurgical, l'occurrence de complications postopératoires et le degré d'expérience de l'opérateur. Sept spécialistes et douze résidents assurèrent les interventions.

Les spécialistes prirent en charge davantage de patients âgés de 30 ans et plus que les résidents, ces derniers traitant quant à eux davantage de femmes que les spécialistes. Un peu plus de 78% des dents extraites présentaient des racines situées radiographiquement à moins de 2 mm du canal du nerf dentaire mandibulaire. Qu'elles soient proches du nerf dentaire inférieur, partiellement ou complètement visibles, les dents furent extraites en nombre égal par les deux groupes d'opérateurs. Cependant, les spécialistes procédèrent aux extractions de davantage de dents à orientation mésio-angulaire et les résidents à davantage de dents en position horizontale.

Un nombre plus élevé de patients traités par les résidents manifestèrent des complications postopératoires comme un trismus, des douleurs au

niveau de la gorge, une cicatrisation prolongée, une alvéolite et autres infections postopératoires, en comparaison des cas traités par les spécialistes. Toutefois, les patients traités par ces derniers présentaient une incidence plus élevée d'hémorragie postopératoire. La fréquence de l'œdème postopératoire était la même dans les deux groupes. Les patients traités par les résidents avaient plus de 20% de chance de développer une paresthésie temporaire (1 mois à 2 ans) des nerfs lingual et mandibulaire.

Dans cette étude, les patients traités par des résidents présentaient un taux significativement plus élevé de complications postopératoires que les patients traités par des spécialistes. Chez ces derniers, seul le taux d'hémorragie postopératoire restait plus élevé. En revanche, aucune variation quant à l'incidence d'un abcès ou d'un œdème postopératoires dans les deux groupes. On peut ainsi s'interroger d'une part sur les questions d'éthique quant à l'attribution de cas complexes à des résidents, et, d'autre part, sur la qualité de leur formation et du développement de leur expérience. En outre et dans l'intérêt du respect de la notion de consentement éclairé, les patients devraient savoir que le risque de complications est plus élevé s'ils sont traités par des opérateurs moins expérimentés. Enfin, les enseignants devraient insister non seulement sur la technique d'une intervention, mais aussi sur la prévention des complications.

Michel Perrier, Lausanne

Risque cardio-vasculaire

Syrjälä A M H et al.:
Number of teeth and selected cardiovascular risk factors among elderly people

Gerodontology 27: 189–192, 2010
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2009.00328.x/full>

La composition sérique des lipides a récemment montré qu'il était possible de prédire avec précision les événements cardio-vasculaires susceptibles de se produire chez les personnes d'âge moyen. Ces interprétations ne sont plus possibles en examinant les analyses sériques de patients âgés.

L'obésité, un niveau de cholestérol sérique et un niveau bas de lipoprotéines de haute densité peuvent être modifiés par des changements du régime alimentaire qui semble en partie influencé par le nombre de dents d'un individu. Chez les patients âgés, le rapport entre le nombre de dents

et la masse pondérale, ou le taux des lipides sériques ont été étudiés sans que des résultats concrets ne soient obtenus. Cette étude finlandaise examine l'existence d'un lien entre le nombre de dents et certains facteurs de risque cardio-vasculaire chez des personnes de 75 ans et plus.

523 participants furent recrutés dans la ville de Kuopio et subirent un examen clinique, un entretien et des tests de laboratoire. Les taux de lipoprotéines de haute densité des sujets dotés de nombreuses dents étaient plus élevés que chez les sujets étant très ou complètement édentés. De plus, les taux de triglycérides, l'indice de masse corporelle, les taux leucocytaires et le glucose sanguin des sujets dotés de dents nombreuses étaient plus bas que ceux des autres catégories. Ainsi, les sujets aux dents nombreuses présentaient un risque plus élevé de maladies cardio-vasculaires que les sujets partiellement ou complètement édentés. Cependant, aucun lien ne fut établi entre le taux sérique de cholestérol total et le nombre de dents.

En général, les sujets ayant davantage de dents avaient un meilleur status de base que les autres. Certaines variations furent aussi constatées. Les habitudes alimentaires ne furent pas évaluées, ce qui rendit plus délicat l'analyse des mécanismes potentiels susceptibles de produire ces résultats.

Les personnes âgées avec beaucoup de dents ont des données sériques lipidiques plus favorables que les sujets partiellement ou totalement édentés. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre ce qu'impliquent ces dispositions.

Michel Perrier, Lausanne

Paresthésie

Garisto G A et al.:
Occurrence of paresthesia after local anesthetic administration in the United States

J Amer Dent Assoc 141(7) 836–844, 2010
<http://jada.ada.org/content/141/7/836.full?sid=65d3f73b-8f34-41e1-a2f6-cb1a48202dd3>

Bien que les anesthésiques locaux soient nécessaires, efficaces et fiables en médecine dentaire, leur utilisation peut néanmoins présenter des complications. L'un des risques potentiels en est la paresthésie, trouble neurologique produisant une anesthésie persistante ou en une sensation d'engourdissement partiel ou complet, de brûlure, de picotement, voire de douleur continue. La plupart des paresthésies buccales sont dues à un traumatisme direct lié à une intervention chirurgicale comme une extraction dentaire ou une procédure orthognathique. Des études ont cependant montré

que ces épisodes peuvent apparaître aussi après une intervention non chirurgicale. La cause précise en est inconnue et peut être liée à une combinaison de plusieurs facteurs: lésion nerveuse par contact direct avec l'aiguille, hémorragie à l'intérieur de la gaine nerveuse, pression hydrostatique due à l'injection ou effet neurotoxique de l'anesthésique lui-même.

Cette dernière hypothèse reste controversée. Entre 1973 et 1993, des investigateurs canadiens ont mis en évidence une incidence de 1:785 000 en utilisant 4% de prilocaïne ou 4% d'articaine. Le nombre de cas annuels devait augmenter dès 1985, peu après l'introduction de l'articaine dans le marché canadien. Cette étude montrait aussi que le nerf lingual était affecté dans 64% des cas rapportés. Une autre étude portant sur 4 ans a aussi indiqué que la parésie était le plus souvent associée à des doses de 4% de prilocaïne et de 4% d'articaine, le nerf lingual étant touché dans 70% des cas. Une autre étude réalisée en Ontario a révélé des résultats similaires (79,1%). Ces deux produits se sont ainsi trouvés plus fréquemment associés à des problèmes neuropathologiques que d'autres produits existant sur le marché. Une étude californienne portant sur 4% de prilocaïne a montré des résultats

comparables, et une autre étude a souligné que 4% d'articaine associés à 2% de lidocaïne présentait moins de risque.

Au Danemark, des chercheurs ont trouvé que 88% des rapports signalant des lésions nerveuses impliquait l'articaine et que l'introduction de ce produit sur le marché était en relation avec un nombre croissant de cas décrits.

Sur la base de ces résultats, la présente étude s'est appliquée à déterminer si le type d'anesthésique local administré avait un quelconque rapport avec les cas de parésies déclarés aux USA et associés à des interventions non chirurgicales.

Les auteurs obtinrent des rapports de cas de parésies survenus entre 1997 et 2008, et issus de la Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System. Une analyse statistique permit de comparer les fréquences observées sur la base des données de vente d'anesthésiques aux USA. 248 cas furent ainsi rapportés. 94,5% concernaient des suites d'anesthésies tronculaires, le nerf lingual étant affecté dans 89,0% des cas. Les rapports indiquant l'utilisation de 4% de prilocaïne et de 4% d'articaine étaient respectivement 7,3 et 3,6 fois plus élevés en les comparant aux situations impliquant d'autres anesthésiques.

Les résultats corroborent les données précédemment acquises au Canada, au Danemark et en Californie. L'utilisation d'articaine seule (4%), de prilocaïne seule (4%) ou d'association des deux produits renforce le risque de parésie. Il convient aussi d'indiquer que les autres produits couramment utilisés en médecine dentaire sont administrés à des concentrations plus faibles, telles la bupivacaïne (0,5%), la lidocaïne (2%) et la mépivacaïne (2% ou 3%).

Afin de déterminer les motifs de l'atteinte plus fréquente du nerf lingual, POGREL et al. (2003) ont examiné sur des cadavres les caractéristiques histologiques de nerfs linguaux au niveau de la lingua mandibulaire. Ils ont constaté une moindre présence de faisceaux, ce qui peut expliquer le caractère plus vulnérable de ce nerf.

La parésie due à une anesthésie locale reste un événement rare. Ce rapport indique cependant que les solutions contenant 4% de prilocaïne et d'articaine sont plus fréquemment associées au développement de parésie. C'est au médecin-dentiste de considérer ces résultats lorsqu'il évalue les risques et bénéfices d'anesthésiques locaux.

Michel Perrier, Lausanne

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed
Innerhalb der Zeitschrift: SMZ
Pour les indications dans les bibliographies: Rev Mens Suisse Odontostomatol
Dans la revue: RMSO

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

Monatsschrift für Zahnmedizin, Postfach, 3000 Bern 8
Für Express- und Paketpost: Postgasse 19, 3011 Bern
Telefon 031 310 20 88, Telefax 031 310 20 82
E-Mail-Adresse: info@ssso.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; Donna Byron Sequeira, Cham; 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

Rédaction «Management odontologique»

Rodolphe Cochet, Paris

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 ZAHNMEZIZIN.
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
Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien
Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 07, Telefax 043 444 51 01, E-Mail: zahnmedizin@fachmedien.ch
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.
Insertionstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.
Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.
Tarifs des annonces / 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