



Figures du médecin-dentiste dans l'iconographie contemporaine

SSO ¹²⁵ Jahre
Ans
Anni

L'analyse de l'évolution de la profession de médecin-dentiste peut se décliner selon de multiples perspectives. L'histoire des représentations iconographiques en est une, qui apporte des enseignements inédits sur l'évolution des manières dont la profession s'est constituée, dont elle a construit son image, dont ses institutions ont été conçues et développées, dont elle s'est imposée sur le plan social et politique comme un acteur indispensable de la modernité médico-sanitaire et culturelle. Cet article, fondé sur l'iconographie produite par la SSO et ses différentes instances au niveau national ou cantonal, en retrace ici les étapes les plus marquantes¹.

Valérie Gorin, Vincent Barras, Thierry Delessert
Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, CHUV-UNIL

A la différence des articles historiques précédemment parus de cette série, dont le matériau d'étude était essentiellement constitué de discours portant sur les stratégies politiques d'un groupement professionnel, sur la production de méthodes techniques et scientifiques de soin, sur la nécessité d'une action de santé publique, ou encore sur la réorganisation du champ professionnel, cette contribution s'intéresse à un matériau particulier produit tout au long des 125 ans d'existence de la SSO: les images qui accompagnent l'évolution de l'art dentaire. Toutefois, à l'instar de ces premiers articles, le but ici poursuivi est aussi d'apporter, à travers une étude iconographique, une contribution à la réflexion sur la construction de l'identité contemporaine de la profession et de ses spécificités. Il ne s'agit pas tant de procéder à une analyse technique des images que de démontrer en quoi les exemples historiques choisis reflètent une époque et une sensibilité particulière, voire un changement dans les représentations sociales du médecin-dentiste². Pour ce faire, nous avons repéré, dans un corpus constitué par la collection complète de la *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie* depuis sa création à la fin du XIX^e siècle, ainsi que par les ouvrages commémoratifs publiés à l'occasion de différents jubilé des écoles de médecine dentaire suisses, des sociétés cantonales de médecine dentaire, ou encore de la Société Suisse d'Odontostomatologie, un ensemble d'images au format très varié: reproductions de gravures ou tableaux anciens, illustrations publicitaires, photographies de bâtiments, portraits individuels..., les unes et les autres de qualité parfois fort diverse. En effet, dans la perspective de notre enquête, c'est moins la qualité des images en tant que telle qui importe que la façon dont celles-ci sont mises en

lien avec le contexte dans lequel elles ont été utilisées.

Il va de soi que ce parcours iconographique, qui se fonde en réalité sur une sélection rigoureuse, ne saurait prétendre à l'exhaustivité. Nous n'avons en particulier pas utilisé d'images parues dans les magazines grand public ou la presse locale ou nationale, souhaitant éviter une énième redite de clichés «grand public» sur le médecin-dentiste (bien que ce thème en soi mérite considération lui aussi). Nous avons également exclu l'insaisissable corpus des images produites dans un contexte purement médical (telles que radiographies, photographies de pathologies buccodentaires diverses, illustrations de procédés opératoires, qui remplissent des milliers de pages de la *RMSO*): de telles images et leur évolution dans l'histoire, qui procèdent d'un regard médico-technique sur les pratiques, mériteraient une analyse à part. Toutefois, l'échantillon sélectionné permet d'offrir un aperçu des principaux changements liés à la perception et la représentation, par eux-mêmes et pour eux-mêmes, des médecins-dentistes en tant qu'ils se constituent comme profession au cours des 125 ans écoulés.

On peut ainsi distinguer cinq séries iconographiques, reprenant en partie le découpage historique dont il a été question dans les différents articles de cette série. Ces séries correspondant globalement à des périodes aux bornes chronologiques souples, témoignant de représentations spécifiques liées à des mutations perceptibles dans l'évolution de la profession de médecin-dentiste.

1) De l'arracheur de dents à l'émergence d'une profession

Depuis le Moyen-âge, la représentation du métier de dentiste est liée à la figure presque intempo-

relle de «l'arracheur de dents». On retrouve cette figure à travers d'innombrables gravures en lien avec un imaginaire de «la peur du dentiste». Nombreux sont les rappels de cette figure dans la *RMSO*, lorsqu'il s'agit de souligner l'écart entre les «temps anciens» et les progrès réalisés par la profession. Comme bien souvent dans le cas de la peinture ou de la gravure, les images produites sont issues des codes picturaux, qui permettent de fixer des scènes telles que l'artiste les a voulues, à mi-chemin entre imagination et réalité. On y met en scène un personnage central (l'arracheur de dents) qui s'active sur la bouche grande ouverte du malheureux patient. La peinture permet de figer l'expression de crainte, voire de terreur ressentie vis-à-vis de celui qui passe pour bourreau et charlatan à la fois. Des scènes analogues se retrouvent dans les nombreuses représentations religieuses du martyr de sainte Apollonie, devenue «patronne» des dentistes, à laquelle on recourt régulièrement dans la *RMSO* ou dans des publications analogues, lorsqu'il s'agit de confronter la profession contemporaine à ses antécédents historiques ou légendaires.³

On notera que dans cette image caractéristique de l'art chrétien, l'attention est immédiatement attirée vers le point central de la gravure, qui contient deux éléments iconiques: le pieu servant à arracher la dent, et, sur un plan symbolique, à arracher le Mal (dans d'autres représentations, on rencontrera plutôt la pince, objet de torture symbolique dans l'imaginaire relatif à la sinistre réputation des «arracheurs de dents»), ainsi que les dents éjectées hors de la bouche, emblèmes du martyr, et donc de la souffrance, de la sainte.

Du point de vue de la production iconographique, la rupture intervient clairement à la fin du XIX^e siècle, avec l'entrée dans la modernité de la profession



Abb. 1 Jan Miense Molenaer; Haarlem 1610–1680: «Der Zahnarzt». Aus: Proskauer Witt; Bildgeschichte der Zahnheilkunde, DuMont Schauberg, Köln 1962, Nr. 53

La figure de «l'arracheur de dents» illustrant l'article de H. Triadan, Ch. Zbinden, E. Röttig, «Prämedikation überangstlicher Patienten in der zahnärztlichen Praxis», *SMZ/RMSO* 80, 1970, p. 1214. Cette image reproduit l'illustration d'un ouvrage de 1962, reprenant lui-même une peinture du XVII^e siècle.



Das Martyrium der Hl. Apollonia, 1473. Kolorierter Holzschnitt aus der Bibliothek des Kartäuserklosters Basel.

Gravure du martyre de sainte Apollonie, 1473, Bibliothèque du Karthäuserkloster, reproduite dans l'ouvrage publié à l'occasion des 100 ans de la Société bâloise des médecins-dentistes: *100 Jahre Zahnärzte-Gesellschaft Basel 1886–1986* (Bâle 1986), p. 39.

du médecin-dentiste. On passe d'une spectaculisation publique de l'arrachage dentaire, situé jusque-là dans l'espace des foires, à la privatisation du métier dans des lieux clos, devenus du même coup endroits où se construit et se dispense à la fois la nouvelle science dentaire. L'élément symbolique de la pince disparaît au profit d'emblèmes de l'univers de la modernité dentaire, tels que chaise allongée, appareillages analgésiques, technologies d'asepsie, outillages

variés et complexes remplissant les cabinets dentaires.

A l'image de ces hauts-lieux de l'art dentaire en Suisse, la dentisterie se professionnalise, s'approprie les avancées de la science médicale, et s'embourgeoise. Soulignant cette nouvelle respectabilité, une nouvelle catégorie d'images apparaît: celle des portraits d'individus ou de groupes, qui présentent les médecins-dentistes comme des figures masculines caractéristiques de l'honorabilité académique. Cette tendance des portraits est caractéristique de l'apparition des «cabinets de photographie» de la fin du XIX^e, où la bourgeoisie aime à poser pour se faire photographier.⁴ Mais de telles images sont aussi typiques de l'icônographie des «pères fondateurs»: on en retrouve par exemple d'identiques parmi les patrons fondateurs des grandes entreprises suisses, comme l'horlogerie ou la chocolaterie.

Cette forme de mise en scène et en images des pères fondateurs persistera jusque dans les années 1970, comme une sorte de galerie des portraits des grandes figures de l'art dentaire en Suisse, à l'image du portrait du grand professeur helvétique Alfred Gysi. Le décorum du cadre ne fait que rehausser l'aura quasi mythique du personnage, devenu désormais l'exemple même du médecin-dentiste, professionnel entré de plain-pied dans la modernité scientifique, à l'exact opposé de l'image peu flatteuse et de l'ancien arracheur de dents.

2) Entre 1920–1960: instituts dentaires, laboratoires et processus d'industrialisation

Parallèlement à cette évolution, et comme conséquence de l'accès des dentistes au rang de médecins à part (presque) entière, les diverses publi-



«Salle de clinique»: photographie d'une salle de l'Ecole dentaire de Genève, telle qu'elle apparaît dans l'article du Prof. C. Redard, «Fondation de la première Ecole dentaire d'Etat d'Europe», *Revue trimestrielle suisse d'odontologie* (= ancêtre de la *SMZ/RMSO*) 19, 1909, p. 10.



Photographie des «pères fondateurs» de la Société de médecine dentaire de Bâle, datant de 1894, et reproduite dans l'article de M. Culand et J.-M. Forrer, «Les sections de la SSO. Leur création et leur développement», *SMZ/RMSO 100* (= numéro spécial à l'occasion des 100 ans de la SSO), 1996, p. 160.

cations émanant de la SSO présentent en abondance, dès cette époque, des photographies des instituts dentaires, hauts-lieux de formation et de production du savoir. Simples photographies situationnelles, de rues ou de bâtiments, elles indiquent néanmoins que la profession s'exerce

désormais au sein d'une institution, par opposition à l'espace public d'antan. Elles correspondent à la période où l'accès aux formations universitaires telles que les autorisent les différents instituts fondés dès la fin du XIX^e siècle en Suisse se trouve largement facilité, du moins pour les classes moyennes.

Cette seconde série d'images est également liée à la modernisation consécutive à la révolution industrielle, qui passe par la standardisation du matériel et des formations au cours du XX^e siècle. Dans ces images, le rapport avec l'architecture et le rationalisme est frappant. L'école est conçue



Portait d'Alfred Gysi, reproduit dans l'article de J. L. Baume «Alfred Gysi, 1865–1957». Ein Schweizer Pionier der modernen Zahnheilkunde», paru dans la publication jubilaire pour le 75^e anniversaire de la SSO: *SSO 1886–1961* (Zurich 1961), p. 347. La plaque commémorative fut présentée par J. L. Baume lors d'un congrès de la Fédération Dentaire Internationale et de l'American Dental Association en 1959.



Photographie du nouvel institut dentaire de l'Université de Berne, dont la photographie est publiée dans l'article de R. Jeanneret, «Der Neubau des Zahnärztlichen Instituts der Universität Bern», *SMZ/RMSO 65*, 1955, p. 212.



Photographie du nouvel Institut de médecine dentaire de l'Université de Zurich, reproduite dans la publication jubilaire pour le 75^e anniversaire de la SSO: *SSO 1886-1961* (Zurich 1961), p. 203.



Photographie de la salle de dentisterie opératoire du Nouvel Institut Dentaire de Genève, parue dans l'article anonyme «Cinquantenaire de l'Ecole Dentaire de Genève et inauguration du nouvel Institut Dentaire», *SMfZ/RMSO* 42, 1932, p. 944.

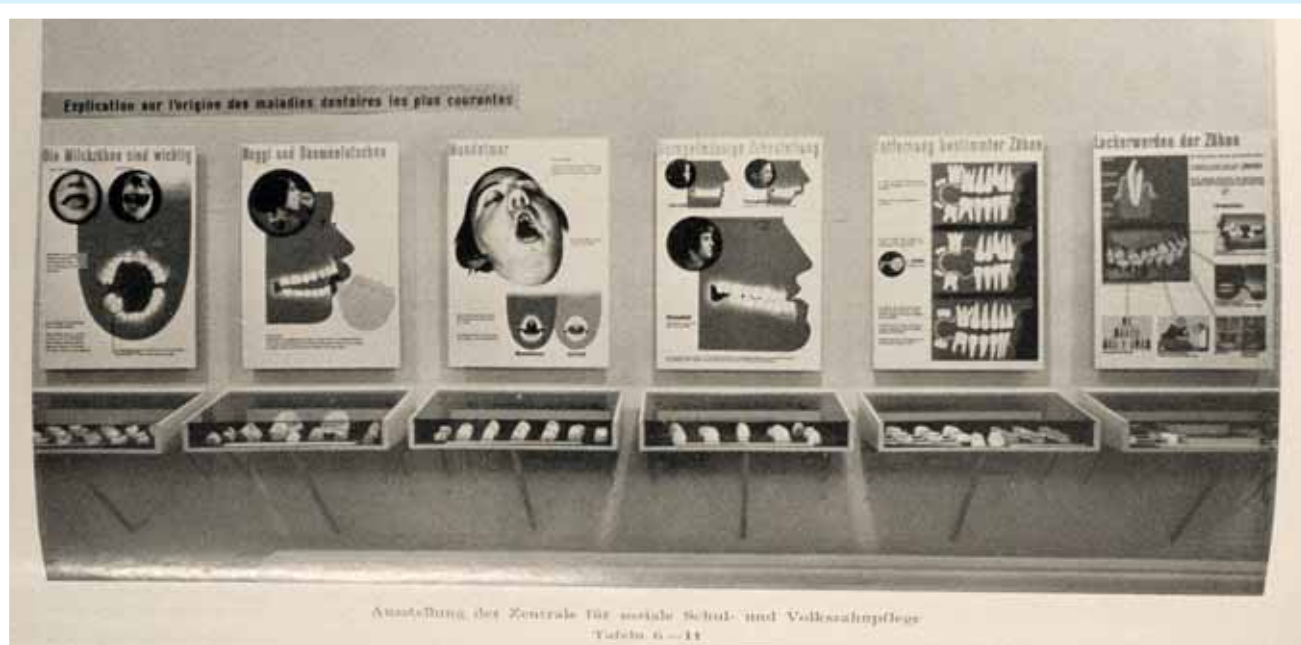
comme un lieu de formation à l'échelle de masse; on y souligne comment la pratique, plutôt que se dérouler dans une respectable maison bourgeoise, a lieu désormais dans des lieux situés dans l'espace urbain, à proximité immédiate des centres hospitaliers.

On insiste sur la modernité des nouveaux bâtiments (ou leur modernisation, lorsqu'il s'agit

d'anciens bâtiments rénovés), sur la manière dont ils sont divisés en salles rationnellement organisées (salles de cours, laboratoires, cabinets, etc.). L'univers aseptisé, blanc, fait de nickel et de matériaux synthétiques, marque une seconde rupture avec l'aspect artisanal des premiers cabinets dentaires de la fin du XIX^e siècle. Les espaces sont vastes, destinés à accueillir des étudiants dont le nombre va en augmentant.

Ces images se caractérisent par le motif de la série: laboratoires en série, étudiants en série... qui procurent l'impression d'un effet miroir de-

vant de telles images. Les prises de vue en plongée ouvrent des perspectives où le même élément est reproduit à l'infini, comme si la ligne d'horizon ne devait jamais s'arrêter. Elles sont typiques de l'ère industrielle, avec la production en chaîne tayloriste que l'on voit émerger dans les années 1920-1930, et visent à souligner les nouvelles pratiques de formations professionnelles, imprégnées des standards modernes. Le culte de l'individu, si fortement souligné dans la série précédente, disparaît ici au profit de la reconnaissance d'une profession désormais soli-



Photographie des panneaux explicatifs de l'exposition patronnée par la SSO à l'occasion de l'Exposition nationale de Zurich en 1930, parue dans l'article de V. Brunner, «Die Zahnheilkunde an der Landesausstellung», *SMfZ/RMSO* 49, 1939, p. 1210.



«Prophylaxewagen der Basler Schulzahnklinik», photographie datant des années 1970, parue dans l'ouvrage publié à l'occasion des 100 ans de la Société bâloise des médecins-dentistes: *100 Jahre Zahnärzte-Gesellschaft Basel 1886-1986* (Bâle 1986), p. 71.



Image publicitaire parue dans le programme du Congrès annuel de la SSO en 1965 à Davos: *SSO Kongress, Davos, 18.-20. Juni 1965*, p. 36.



Photographie tirée de l'article anonyme «Gesunde Zähne – aber wie? Prophylaxeaktion der Berner Zahnmedizinstudenten», *SMFZ/RMSO 85*, 1975, p. 949, illustrant une action de prévention des étudiants en médecine dentaire bernois.

dement institutionnalisée. Ce que l'on célèbre ici, c'est bien l'accès du médecin-dentiste à des moyens importants qui permettent l'achat de matériel en masse et la fabrication industrielle d'instruments.

3) Les années d'après-guerre (1940-1970): prophylaxie et prévention

Une troisième série d'images se concentre sur la période des années comprenant l'immédiat avant-guerre, et surtout la période des années dites des «trente Glorieuses», de 1950 à 1970. On assiste, durant cette période, au développement extraordinaire, véritablement explosif, de la prévention et des discours sur l'hygiène dentaire. Les premières étapes ont lieu avec la mise sur pied

de conférences didactiques et d'expositions destinées à l'éducation du grand public, notamment en 1931 à l'occasion d'une exposition itinérante en Suisse, et lors de la grande Exposition nationale de Zurich en 1939, où la SSO patronne une section consacrée à l'art dentaire et à la prévention des maladies buccodentaires.

Après-guerre, accompagnant le tournant social et culturel érigeant l'enfant et son développement dans le cadre de la famille nucléaire comme une valeur fondamentale de la société, les campagnes de prévention viseront tout particulièrement le milieu scolaire. Les images présentant le médecin-dentiste en blouse blanche devant les élèves qui se brossent les dents deviennent emblématiques dans les années 1950-1960.

Ici, ce n'est pas tant le médecin-dentiste en tant que tel qui est mis en valeur (on reconnaît à peine ses signes distinctifs habituels, si ce n'est la blouse blanche) que le cadre général dans lequel ce dernier exerce: les enfants, le lavabo, le miroir, le brossage des dents, le tout situé – comme l'indique la légende – dans un «camion de prophylaxie». La grande référence est la carie et ses moyens de prévention: le fluor et brosse à dents, qui apparaissent également dans la publicité. Si celle-ci existe dès la révolution industrielle au XIX^e siècle, elle explose dans la société de consommation d'après-guerre.

Ces images nous renseignent moins sur la profession de médecin-dentiste comme telle que sur l'apprentissage d'un geste devenu l'un des argu-

ments principaux des campagnes de prévention, et, au-delà, de la stratégie de santé publique de la SSO. C'est également l'époque des «années fluor», où la profession se mobilise par toutes sortes d'actions publiques, notamment en se liant par des accords avec l'industrie sanitaire pour la fluoration des pâtes dentifrices. Une nouvelle fois, le médecin-dentiste sort de l'espace fermé et institutionnel des lieux de production et de dispensation du savoir comme les écoles dentaires, pour retourner vers l'espace public, cette fois en se prévalant du rôle de garant de l'hygiène. L'iconographie reflète ce tournant, en montrant le professionnel comme une figure d'autorité dispensant son savoir au public. Dans ce type d'images, l'univers médico-sanitaire et son environnement technique s'efface pour montrer l'importance de l'action dans la rue, à même de toucher la population là où elle se trouve.

4) Des années 1960 aux années 1980: le rapport au pouvoir et au genre

Une quatrième série d'images correspond à la période historique dans laquelle la figure du médecin-dentiste se reconfigure, en lien avec la question des métiers dentaires dits auxiliaires



«Dentalhygienikerin und Behandlungsstuhl»: photographie illustrant le chapitre «Die Dentalhygienikerin – ein begehrter Beruf», dans l'ouvrage publié à l'occasion des 100 ans de la Société bâloise des médecins-dentistes: *100 Jahre Zahnärzter-Gesellschaft Basel 1886–1986* (Bâle 1986), p. 88.



Photographie tirée de l'article de R. Stern, «Arbeit an liegenden Patienten», *SMZ/RMSO* 77, 1967, p. 215, illustrant les positions respectives du médecin-dentiste et de l'assistante par rapport au patient lors du travail en fauteuil.

d'une part, et la féminisation de la profession d'autre part. Elle coïncide avec l'augmentation de la présence de figures féminines dans les images, surtout sous la forme d'assistantes dentaires ou d'hygiénistes, et avec les discussions intenses qui ont lieu au sujet de la formation, du statut professionnel ainsi que du degré d'autonomie de ces nouveaux métiers dentaires.

Cette série illustre l'apparition d'un univers féminisé, occultant la présence masculine dans un monde pourtant dominé par la figure paternaliste des «pères» fondateurs. On peut sans doute y lire le fait qu'une telle figure paternelle, qui s'est largement imposée au cours des décennies précédentes, n'a plus besoin d'être symbolisée: l'image masculine de la profession peut désormais coexister avec la figure plus maternelle de l'assistante dentaire, ou – autre déclinaison – celle de la femme médecin-dentiste exerçant en milieu scolaire.

5) Conclusion: transversalité de la technique, du XIX^e siècle à nos jours

Une dernière série d'images, que l'on ne peut guère rattacher à une époque particulière, concerne le rapport de l'homme à la technique. Ce rapport, qui parcourt toute l'histoire de la profession du XIX^e siècle à nos jours marque profondément l'iconographie du médecin-dentiste. Dès les premiers numéros de la *RMSO*, les illustrations sont déjà représentatives de ce trait, qui ira s'accroissant avec l'idéologie de la modernité et du pro-



«Demonstration und Instruktion der Zahnputztechnik an Modellkopf, dem sogenannten Seppatoni»: photographie illustrant l'article de L. A. Rinderer, «Zum Kariesbefall vorschulpflichtiger Kinder in Zurich», *SMZ/RMSO* 85, 1975, p. 1211.



Photographie illustrant l'article de J. Schindler, «Die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der zahnärztlichen Röntgenologie in der Schweiz», *SMZ/RMSO* 46, 1936, p. 1302.



Publicité pour la chaise d'opération de White, parue dans la *Revue trimestrielle suisse d'odontologie* (= ancêtre de la *SMZ/RMSO*) 8, 1898.

l'image. La qualité de l'illustration (certes relative en regard de nos critères actuels, mais remarquable en ce qui concerne l'époque où elle a été publiée) permet également de distinguer sa sophistication technique (détail des pièces, boutons, et manettes). L'ensemble souligne le fait que la profession a muté, passant d'outils rudimentaires (la vétuste pince) à une technologie de pointe, dont l'évolution ne cessera de marquer l'histoire de la profession du médecin-dentiste et celle des rapports entre celui-ci et les patients. Aujourd'hui, certains s'interrogent: l'ère des technologies virtuelles modifiera-t-elle en profondeur la relation de proximité et de confiance telle que les médecins-dentistes ont su la cultiver au cours des 125 ans d'existence de leur profession?

¹ Nous remercions Séverine Allimann pour son aide précieuse dans la préparation du dossier iconographique de cet article.

² Pour une approche détaillée de l'usage des images en histoire, voir par exemple Annie Duprat, *Images et Histoire* (Paris 2007) ou Laurent Gervereau, *Histoire du visuel au XX^e siècle* (Paris 2000).

³ Voir par exemple la belle collection de peintures, gravures et sculptures, assemblée par un médecin-dentiste, dans l'ouvrage édité par la Société tessinoise des médecins-dentistes: Franco Quadri, *Sant'Apollonia nella Svizzera Italiana* (Lugano 1984).

⁴ Voir par exemple Gisèle Freund, *Photographie et société* (Paris 1974).

grès technique. On peut y lire tout à la fois l'esprit d'inventivité, l'essor des techniques de médecine dentaire, la volonté d'insertion dans un marché (liée souvent à la publicité), ou encore la valorisation de la performance technique, dans laquelle la machine est vue comme une extension de la capacité humaine.

Ici, le geste du médecin-dentiste est entièrement accompagné, voire prolongé par la machine, laquelle occupe d'ailleurs une bonne moitié de



Le médecin-dentiste à l'ère virtuelle. Publicité figurant dans la *SMZ/RMSO* 120, 2010.

Managed Care: regard critique de quelques sociologues

Mais pourquoi la logique économique ne colle-t-elle pas à la pratique médicale? Quels sont donc les dangers que recèle le concept du Managed Care? Ce sont ces interrogations qu'aborde avec les médecins du canton de Berne Ulrich Oevermann, professeur de sociologie, et la sociologue bernoise D^r Marianne Rychner.

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information (photos: mäd)

Les deux orateurs invités nous ont valu un véritable régal intellectuel: Ulrich Oevermann, professeur honoraire de sociologie, et la sociologue D^r Marianne Rychner à l'occasion d'un séminaire des médecins bernois. Leurs lumineux exposés leur ont permis d'exposer les raisons pour lesquelles la logique économique n'a pas sa place

dans les relations entre les patients et les médecins, d'une part, et d'autre part, quels sont les risques que recèle le concept du «Managed Care» ou, en français: réseaux de soins.

Dans une brève introduction, la sociologue Marianne Rychner s'est référée à la signification de la notion du «Managed Care». Cet anglicisme

porte sur une notion de soins «dirigés», «orientés», «encadrés». Mais ceci ne correspond pas à ce qui est l'évidence pour les médecins, hommes et femmes. Elles et eux sont à la recherche de la guérison la plus complète possible de leur patient dans le contexte d'une collaboration étroite entre médecin et patient. C'est une relation qui, pour qu'elle fonctionne, doit absolument reposer sur la confiance.

Ce n'est pas par hasard que cet aspect essentiel se voit mis à l'écart. C'est parce qu'une idée fautive est le fondement du «Managed Care»: le patient y devient en général un acteur passif demandeur de prestations de santé et qu'il faut donc guider pour qu'il consomme le moins possible. Cette idée technocratique (et avec elle l'hypothèse sous-jacente que les patients ne rêvent que de consulter un médecin et d'absorber le plus de médicaments possibles) n'a que bien peu de rapports avec ce que l'on vit jour après jour dans nos cabinets médicaux. Les patients y viennent sous la pression de leurs souffrances, ils veulent guérir, ils ont une attitude responsable (à l'exception de quelques hypochondriaques, mais c'est déjà une maladie...). Ils ne souhaitent avec leur médecin que de trouver le chemin adéquat vers la guérison. Et si, de surcroît, ce n'est pas seulement le patient que l'on veut confiner dans une attitude de consommateur passif, mais que l'on réduit aussi le médecin à la seule recherche du profit (le modèle «Managed Care» donne la préférence aux cabinets collectifs travaillant particulièrement bon marché), alors les implications problématiques de la notion deviendront une prophétie qui se réalise elle-même: le patient n'aura plus confiance en son médecin, car il devra partir de l'idée que son profit passe avant sa guérison. Dans ces conditions, la probabilité s'accroît que le patient se comportera de moins en moins comme une personne qui recherche de l'aide, mais se comportera dès lors comme un consommateur orienté et un profiteur qui s'adaptera à cette nouvelle tendance.



Ulrich Oevermann: «Les soins médicaux relèvent d'un tout autre type de relation sociale que la vente de produits. Les modèles économiques n'en tiennent aucun compte.» (Photo: Marco Tackenberg)

Managed care (révision partielle de la LAMal)

SSO

La SSO soutient le référendum contre le projet dit de managed care

En accord avec la Commission pour la politique de la santé, le comité de la SSO a décidé de soutenir le référendum contre le projet dit de *managed care* (révision partielle de la LAMal, réseaux de soins, modification du 30 septembre 2011).

Ce projet vise à promouvoir les soins intégrés en incitant les assurés à opter pour un tel modèle par le biais d'avantages financiers (réduction de primes et de quote-part). Selon le projet, la participation à un réseau de soins implique pour les assurés concernés qu'ils s'engagent à se faire soigner en premier lieu par des fournisseurs de soins appartenant à ce réseau de santé. Il s'agit là d'une restriction indiscutable au libre choix du médecin ou du médecin-dentiste. La SSO s'oppose à cette limitation du droit à l'autodétermination des patients. Le projet dit de *managed care* constitue un pas de plus vers une médecine d'Etat.

Le comité invite les membres de la SSO à recueillir des signatures en faveur du référendum auprès de leurs patients et connaissances. Deux feuilles de signatures *ad hoc* ont été annexées au numéro 6/2011 d'INTERNUM.

Attention: le délai référendaire expire le 19 janvier 2012 et les signatures doivent être préalablement validées. Le comité vous saurait donc gré d'agir rapidement et de renvoyer les feuilles de signatures d'ici à mi-décembre au plus tard.

Les membres SSO peuvent aussi télécharger des feuilles de signature ici: www.referendum-managedcare.ch



Les patients se rendent chez le médecin afin qu'il les aide à résoudre un problème, souvent de nature existentielle, qu'ils sont incapables de résoudre d'eux-mêmes. Les consultations chez le médecin se distinguent ainsi fondamentalement des entretiens de vente.

(Photo: iStockphoto.com)

Qu'est-ce qui vous amène? – analyse d'un entretien du point de vue de l'herméneutique objective

Le sociologue Ulrich Oevermann s'est chargé de la deuxième partie du séminaire. Le professeur honoraire a couvert un large éventail de sujets, allant de la naissance des professions libérales classiques jusqu'aux évolutions actuelles dans le domaine de la politique de la santé. Pour illustrer la question de la méthode de l'herméneutique objective qu'il a lui-même développée, l'orateur s'est référé à un évènement de formation continue à laquelle ont participé quelques médecins praticiens. Leur intérêt portait sur la question de la pertinence pour le diagnostic des deux ou trois premières minutes de l'entretien avec les patients. L'objet de cette formation continue était l'analyse des débuts (consignés dans un procès-verbal écrit) de consultations réelles. Dans l'approche de l'herméneutique objective, les premiers instants de la communication sont en effet très signifi-

cants, car ils marquent des séquences (comme dans la vie de tous les jours) pendant lesquelles se décident les options encore ouvertes à l'avenir et celles qui seront d'ores et déjà écartées. L'herméneutique objective analyse selon quels modèles spécifiques se distingue la communication à ses débuts, et selon quelle logique se poursuit son déroulement. C'est ainsi qu'il est apparu que la communication entre le médecin et son patient commence toujours par une formule telle que: «De quoi souffrez-vous?», ou bien: «Qu'est-ce qui vous amène?». Des débuts de ce genre, évidents pour les médecins sans même qu'ils en soient conscients, ne font à l'évidence que renvoyer la balle au patient: il a choisi ce médecin pour qu'il l'aide à résoudre un problème, souvent de nature existentielle, qu'il est incapable de résoudre par ses propres moyens. Une telle ouverture se différencie fondamentalement d'un entretien de vente qui commence avec: «En quoi puis-je vous être utile?» Si un vendeur d'un équipement de cuisine

(qui, par ailleurs et contrairement au médecin, peut faire de la réclame) demandait: «En quoi puis-je vous être utile?», le client potentiel serait fâché et penserait sans doute: «Qu'est-ce qui lui arrive? Est-ce qu'il ne veut pas me vendre une machine à vaisselle?» A l'inverse, il serait aussi fâché si le médecin demandait à son nouveau patient: «Quel médicament voulez-vous que je vous prescrive?» Ou: «Nous avons tout juste une nouvelle thérapie dans notre offre. Vous êtes-vous imaginé quelque chose de ce genre?» Ces exemples expérimentaux mettent immédiatement en relief que les modèles économiques ne sont pas pertinents dans le domaine des soins médicaux: il est évident qu'il s'agit ici d'un mode de relation sociale totalement différent de celui qui préside à la vente de produits.

Ce qui se passe dans un cabinet médical, ce dont on y parle, est en rapport avec l'histoire de la naissance des professions libérales et avec leur fonction sociale. Qu'est-ce donc qui caractérise la profession médicale?

L'herméneutique objective

L'herméneutique objective est une méthode d'interprétation des sciences sociales qu'Ulrich Oevermann a développée en relation avec la recherche en formation et en socialisation des années 70. A la différence d'autres herméneutiques, l'herméneutique objective ne vise pas l'élucidation du sens subjectif, mais la reconstruction des structures sémantiques objectives et des significations latentes de la parole. Alors que les règles universelles de l'action sociale sont également applicables, l'interprétation se réfère ici toujours au sens social du texte soumis à interprétation.

La théorie sociologique classique de la professionnalisation

En général, nous parlons de trois professions libérales classiques dont les racines remontent au Moyen Age: les médecins, les avocats et les théologiens. Ces professions classiques ont été la force motrice de la création des universités. Au début,

la recherche n'était pas considérée comme une mission essentielle des universités. Ce qui était bien plus important, c'était la formation d'une manière d'être (*habitus*), d'une attitude de professionnels appropriée à leur mission, ici la guérison des maladies. Du point de vue de la médecine et des sciences naturelles et jusque vers la fin du 19^e siècle, la base des connaissances de la médecine n'était pas particulièrement étendue. Mais alors, la médecine pouvait déjà jeter un regard rétrospectif sur la longue histoire de la profession. Les professions libérales ont dû se fonder de plus en plus sur des connaissances méthodologiques et scientifiques. A partir de 1850, chaque nouvelle thèse créait une nouvelle discipline!

L'université en tant qu'institution de recherche et d'enseignement

Tout n'a commencé à évoluer qu'au début du 19^e siècle en Europe lorsque l'université a vu naître des unités de recherche et d'enseignement. Par contre, les universitaires ont fait reposer les formations aux professions libérales en premier lieu sur des bases scientifiques expérimentales. Depuis toujours et aujourd'hui encore, on trouve au cœur de la logique des professions classiques une éthique professionnelle de la relation avec le «client» (voir le serment d'Hippocrate) dont le contrôle est assuré à l'interne, de manière autonome et avec le concours de l'organisation corporative correspondante. C'est à partir de ces fondements historiques et actuels que la théorie sociologique classique de la genèse des professions libérales a tiré avant tout les caractéristiques institutionnelles de cette forme d'organisation: revenu élevé, haute réputation sociale, orientation selon des valeurs sociales fondamentales, surveillance autonome et contrôle de la formation et de l'exercice de la profession, activité *sans profit*, prohibition de la publicité, indépendance, caractère libéral de la profession, donc soumission à ses propres juridictions corporatives.

Les professions libérales se soustraient aux mécanismes du marché

Cette approche est pour l'essentiel encore valide de nos jours: les professions libérales exercent une activité vitale pour le patient. Cette activité doit être autonome. Mais elle est simultanément si complexe et si délicate qu'elle ne saurait être contrôlée par les bureaucraties de l'Etat ou d'ailleurs, même si l'on s'est donné entre-temps beaucoup de peine pour y parvenir! Ces professions se situent en quelque sorte dans un troisième ordre, à côté de l'Etat et du marché. Le sociologue Talcott Parsons a été le premier à formuler et à développer systématiquement cette théorie dans les années 50.

C'est en raison de leur fonction spécifique et de la complexité de leur activité que les professions libérales ne relèvent à ce jour ni des théories sociales utilitaristes (par exemple néolibérales) avec leurs paradigmes de marché, ni des théories sociales marxistes qui mettent la force au centre, à l'inverse de la dynamique du marché. Pour ces théories de la société, la pratique libérale est quelque chose de fort difficile à digérer. On le voit bien aujourd'hui alors que les médecins ne sont pas faciles à répartir politiquement dans le schéma traditionnel de la gauche contre la droite.

Le soupçon du monopole et sa réfutation

Le problème posé par ces premières théories classiques des professions libérales était celui d'un côté exposé aux attaques: le soupçon que régnerait une idéologie d'autojustification des professions libérales censées légitimer leurs privilèges. Après 1968, une réaction idéologique et critique s'est élevée contre les théories de la professionnalisation. On leur reprochait (comme d'ailleurs de nos jours dans le débat autour de la politique de la santé) d'exercer la fonction de monopolisation d'un statut. Mais c'est là une notion fort peu claire. Toute monopolisation suppose d'abord qu'aurait régné auparavant une concurrence efficace, ce qui à son tour suppose qu'au moins une concurrence existe au service d'un marché. Est-ce vraiment le cas? L'argument ignore en fin de compte un savoir spécifique et un comportement spécifique, comme si les personnes compétentes pour intervenir au plan médical pouvaient être gouvernées par le marché et par la recherche du profit, et comme si une formation spécifique et la pratique n'étaient pas nécessaires à la réussite d'interventions médicales éminemment délicates.

Les prestations d'assistance dépendent du contexte social

Au sens le plus large du terme, toutes les professions libérales ont quelque chose à voir avec l'aide ou l'assistance. Dans des relations sociales dites diffuses comme dans la famille ou le mariage, l'aide mutuelle va de soi sans avoir à être chiffrée avec précision. Par contre, les prestations d'assistance constituent toujours une prestation particulière et par ailleurs désagréable dans les relations sociales formelles créatrices de rôles (entre un fonctionnaire au guichet et une cliente par exemple: la relation est limitée aux rôles respectifs de chacun), car:

1. Quiconque a besoin d'assistance est stigmatisé.
 2. Quiconque est assisté est obligé de dire merci.
- C'est pour atténuer quelque peu ce dernier point que les membres de l'Armée du Salut portent un uniforme: il en résulte qu'il n'est plus nécessaire de formuler des remerciements envers une personne étrangère. Elle apparaît désormais comme

le serviteur impersonnel d'une instance supérieure, ce qui libère de l'obligation de gratitude.

Les prestations d'assistance recèlent le danger de la dépendance

Dans le domaine médical se pose la question fondamentale de savoir comment est-il possible de prêter assistance en dehors des relations sociales diffuses, sans que se manifestent ces conséquences négatives susceptibles de diminuer l'autonomie des bénéficiaires. Comme le patient, respectivement le demandeur d'assistance, ne peut plus s'aider lui-même, il est indispensable de posséder des aptitudes particulières, voire un charisme certain, pour parvenir à résoudre le problème par un diagnostic et une intervention. Il faut ici résoudre le paradoxe de prêter efficacement une assistance experte, sans rendre ensuite le «client» dépendant de cette aide efficace au risque de perdre en autonomie dans la mesure de ce qu'il avait récupéré grâce à une aide efficace, ce qui serait contre-productif.

Cette quadrature du cercle ne peut être résolue que si l'assistance se transforme en aide à soi-même grâce à la coresponsabilité du patient et si le médecin est rémunéré pour son activité. Cette rémunération d'une activité pour le bien commun intervient d'une part sous la forme d'un «honoraire» (et ce n'est pas par hasard que l'on ne lui donne pas le nom de «salaire») et simultanément sous la forme d'une reconnaissance sociale généralisée au-delà de l'individu.

Nécessité d'unir fonction et communauté de travail

En quoi le cabinet médical se distingue-t-il? Le diagnostic est toujours spécifique à chaque cas. Il ne peut donc pas être réduit à des catégories prédéfinies. Aussi bien dans un atelier de réparation que chez le médecin, il faut de l'expérience

Action Vieil or pour redonner la vue

Croix-Rouge suisse 



Compte postal CRS 30-4200-3
«Redonner la vue»



Managed Care: le patient y devient en général un acteur passif demandeur de prestations de santé et qu'il faut donc guider pour qu'il consomme le moins possible. (Photo: iStockphoto.com)

et des connaissances expertes complexes. Le fait qu'il ne s'agisse pas de la même chose ressort de cet exemple: un mécanicien automobile qui répare sa propre voiture ou celles des membres de sa famille est fier de son travail particulièrement bien fait et se fait de la sorte de la publicité. Par contre, les médecins font preuve de la plus grande réserve pour soigner leurs proches et, contrairement au mécanicien automobile, ne pensent même pas en rêve à s'attaquer à la «remise en état» de leur conjoint-e. A part les urgences extrêmes, on ne fait rien, à moins qu'il n'y ait aucune autre possibilité, par exemple seul avec son conjoint au pôle Nord quand survient un accident. C'est une règle non écrite. La raison n'en est pas que l'on pense n'être pas assez bon en termes d'expertise, mais que le diagnostic doit porter sur la personne prise dans son ensemble. Dès lors, on ne saurait échapper au parti pris en tant que proche. L'exercice de la médecine se distingue également en raison de la simultanéité d'éléments spécifiques (créateurs de rôles) et diffus. Du point de vue de l'expertise et des connaissances méthodologiques, le médecin est titulaire d'un rôle. Pour le diagnostic, le patient est abordé dans son entièreté. Dans l'intervention, le médecin lui aussi est pris dans son intégralité.

Il s'agit donc d'une entité contradictoire composée:

1. Des connaissances méthodologiques.
 2. D'une pratique en communauté de travail.
- Alors que le premier de ces deux aspects pointe en principe vers la standardisation et la routine, et implique l'obligation d'une formation continue permanente, le second n'est pas normalisable, et ceci pour trois raisons:
1. Le diagnostic implique toujours la compréhension d'un cas concret.
 2. La thérapie doit être toujours rétrospective en fonction de l'histoire du malade.
 3. Dans la communauté de travail, le patient confié au médecin des choses si intimes qu'il ne les confierait à personne d'autre, même pas aux membres de sa famille (le type même de relation sociale diffuse).

L'interdiction faite aux médecins de faire de la publicité est par ailleurs une condition préalable essentielle pour pouvoir garantir la nécessaire relation de confiance entre le patient et son médecin: sous la pression de la souffrance, c'est le patient qui va au médecin, et non le contraire. Pour illustrer cette absurdité, imaginons qu'un médecin, comme le ferait un marchand de fleurs, aille de bistrot en bistrot, rassemble des gens, leur fasse remarquer

que l'un est trop maigre, qu'un autre est trop gros, et leur suggère de passer le lendemain à son cabinet, voire qu'il les y invite avec insistance...

Une idée fausse: l'activité médicale en tant que produit

La communauté de travail se caractérise par la simultanéité de relations sociales à la fois diffuses et formatrices de rôles. Le fait que le médecin considère toujours la personne dans son intégralité, sans toutefois ignorer les aspects de rôles, ressort d'exemples innombrables. C'est toujours le cas, même lorsque la guérison n'est plus possible: le patient doit être accompagné jusqu'à sa mort. On voit bien ici la différence fondamentale par rapport à l'idée fausse que l'activité médicale ne serait qu'un produit parmi d'autres: c'est aussi et surtout en présence de l'échec que l'activité professionnelle doit absolument reposer sur une relation de confiance. Les propos du Professeur Oevermann le montrent à l'évidence: la logique de la pratique médicale libérale est à mille lieues du modèle économique et bureaucratique du contrôle et de l'évaluation. C'est ce modèle qui domine actuellement la politique de la santé et qui ne cesse d'éroder les fondements mêmes de la pratique médicale.

Prothétique: synopsis de la médecine dentaire

Initialement, le Professeur Christoph Hämmerle voulait devenir ingénieur mécanicien. Et puis il a choisi le métier de médecin-dentiste avec le souhait d'ouvrir un cabinet dentaire privé. Il s'est cependant tourné vers la recherche et l'enseignement après ses études de médecine dentaire à l'Université de Berne, trois années d'assistantat dans des cabinets dentaires privés et un stage de six mois à l'Hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné, tout à l'avantage de la prothétique couronnes et ponts et des domaines qui lui sont associés.

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

Lorsque le jeune médecin-dentiste Christoph Hämmerle revint à l'Université de Berne en 1986, il y a trouvé un environnement stimulant avec nombre de projets variés et novateurs. Il releva le défi et est aujourd'hui devenu un chercheur renommé dans le domaine de la prothétique couronnes et ponts et de la science des matériaux en médecine dentaire, directeur de la clinique du même nom, chef du Centre de médecine dentaire, orale et maxillaire, et vice-doyen pour la médecine dentaire à la Faculté de médecine, tout cela à l'Université de Zurich. Malgré cette impressionnante accumulation d'activités et de fonctions, il ne manque pas d'exposer à ses visiteurs et de manière très détendue ses origines, ses priorités de recherche et sa vision de son domaine de spécialisation.

Planification dans le milieu familial et habileté manuelle

Christoph Hämmerle a suivi l'école publique à Steffisburg, à l'orée de l'Oberland bernois. Son père déjà était médecin-dentiste. Bien qu'il fut décédé très tôt (Christoph Hämmerle avait alors treize ans), l'image du père a influencé le choix professionnel de son fils. Ce dernier constatera d'ailleurs l'empreinte familiale sur nombre de ses consœurs et confrères: «Je ne connais quasiment pas de médecins-dentistes qui n'aient été motivés

dans leur environnement familial». Mais l'artisanat l'avait aussi attiré de bonne heure: Christoph Hämmerle a été bricoleur et a travaillé le bois dès son plus jeune âge. Aujourd'hui encore, il aime construire des meubles, voire même des maisonnettes de jardin entières. Il a hérité de son père les équipements nécessaires.

Il vit également cette dynamique et son don d'observation dans ses loisirs: rouler en moto et voyager. Il a passé une année d'échange aux Etats-Unis pendant ses études secondaires avant de voyager en Scandinavie. Il limite aujourd'hui ses voyages à sa participation à des congrès. Il tente toujours de pénétrer les lieux de ces manifestations, de les percevoir «avec le regard de l'hôte» comme il le dit de l'Hôpital Albert Schweitzer.

Christoph Hämmerle a fait ses études de médecine-dentaire de 1977 à 1982 à l'Université de Berne, avant de travailler quatre ans en qualité d'assistant auprès de différents cabinets dentaires privés. Il a également passé six mois à l'Hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné. C'est là qu'il a appris la pratique de la médecine dentaire dans des conditions pour le moins spartiates. Il est ensuite retourné à l'université, désireux de connaître encore mieux les méthodes complexes de traitement, par exemple des lacunes de la dentition avec atteintes préexistantes du parodonte. C'est là qu'il a trouvé un chef dynamique en la per-

sonne du Professeur Niklaus P. Lang, entouré d'assistants très compétents dans leurs domaines respectifs. Christoph Hämmerle s'est spécialisé en parodontologie et en prothétique fixe, ayant vécu la parodontologie comme la «clé» de son domaine de spécialisation. Cet «autre type de médecine dentaire» l'avait toujours fasciné, et c'est pourquoi il travaille aujourd'hui dans ce domaine à l'Université de Zurich.

Pour lui, la prothétique est la synoptique de la médecine dentaire, la synthèse de toutes les techniques de la médecine dentaire que l'on a apprises. C'est cette philosophie qu'il a intégrée auprès du Professeur Lang. Cette orientation fondamentale, il l'a encore cristallisée plus tard auprès du Professeur Peter Schärer à l'Université de Zurich. Il a participé aux essais cliniques des implants et vu avec satisfaction leur ancrage dans la pratique de la médecine dentaire. Le fait que l'implantologie ne peut connaître le succès que dans un terrain biologique intact, il l'a appris de ses propres analyses: le sujet de sa thèse était en effet la «Cicatrisation osseuse biologique». Il a participé et il participe encore à la recherche sur la régénération des tissus perdus en présence de déficits osseux.

Activités de recherche à l'Université de Zurich

Christoph Hämmerle a abordé à Berne différents projets de recherche, mais ce n'est qu'à Zurich qu'il a mis l'accent sur les thèmes des «reconstructions intégrales en céramique» et des «processus biologiques autour des implants». Il se souvient que la percée est intervenue après 2000 avec les procédés assistés par ordinateur (CAO/DAO). Ces nouvelles techniques ont ouvert la voie pour l'élaboration de nouveaux matériaux. Pour la médecine dentaire, cela signifie qu'il devient possible de fabriquer des prothèses uniques aussi peu coûteuses que possible. C'est l'Université de Zurich qui a été à la pointe du développement de nouveaux matériaux céramiques et de nouvelles méthodes d'usinage (oxyde de zirconium, Cerec): les aspects techniques et la recherche de nouvelles techniques fascinent Christoph Hämmerle,



Professeur Christoph Hämmerle, D^r méd. dent.

Depuis 2000, le Professeur Hämmerle est le directeur de la Clinique de prothétique couronnes et ponts, de prothétique partielle et de sciences des matériaux dentaires de l'Université de Zurich. En plus de son diplôme de médecin-dentiste, il possède le titre de médecin-dentiste spécialiste SSO en parodontologie et en prothétique dentaire. Ses activités scientifiques et cliniques portent sur les reconstructions fixes sur dents et implants. Le développement et l'évaluation des reconstructions en céramique constituent l'une de ses priorités de recherche. Ses autres intérêts de recherche sont les processus biologiques de la régénération des tissus osseux et mous autour des implants dentaires. Le Professeur Hämmerle est membre de nombreuses sociétés de discipline et de commissions, ancien président de l'*European Association of Osseointegration*, président de l'*Osteology Foundation* et membre des comités de la Société suisse de médecine dentaire reconstructive et de la Société suisse d'implantologie orale. Sa clinique compte trente-six postes académiques à plein temps et dix autres postes de recherche et de formation postgrade financés par des tiers.



Golf: Le Professeur Hämmerle ne voit pas qu'un technicien doué en la personne du médecin dentiste, mais aussi un chercheur émérite et impénitent: «A côté du «Quoi?», le «Comment?» prend de plus en plus d'importance», souligne-t-il.

aujourd'hui encore. La recherche est un travail d'équipe, souligne-t-il: la condition préalable à toute recherche innovante, c'est un bon collaborateur et un bon esprit d'équipe qui oriente toutes les activités en fonction d'un but commun. La recherche libère des énergies, tel est son crédo. Pour lui, sa mission, il la voit comme celle d'un patron qui réunit des équipes de chercheurs, fixe des objectifs et écarte les obstacles.

Un nouveau monde découvert aux Etats-Unis

Le Professeur Hämmerle aime transmettre son savoir en tant qu'enseignant universitaire. Pour lui, la transmission des bases et des savoir-faire de la médecine dentaire compte parmi les missions indispensables et fondamentales de toute université. Il se souvient comment il a découvert un nouveau monde pendant un séjour à l'étranger alors qu'il était assistant à San Francisco, aux Etats-Unis. Sous la houlette de son mentor d'alors, il a soigné pendant un an des malades atteints du sida qui avaient des problèmes parodontaux. Cette expérience a été déterminante pour la suite de sa carrière universitaire. Il considère sa fonction de professeur comme un privilège qui lui donne la possibilité d'agencer son environnement. Quiconque voudrait marcher dans ses traces devrait attester d'un bon bagage de recherche, de connaissances cliniques étendues et d'une aptitude prouvée à l'enseignement. La principale activité d'un

clinicien, il la voit dans la conduite des collaborateurs, dans la gestion des ressources, dans la négociation de contrats et dans la possession d'un excellent réseau international (très important et indispensable pour la recherche). C'est en particulier pour assurer la relève universitaire qu'il faut entrer suffisamment tôt en contact avec les bonnes personnes. Les groupes de chercheurs se sont aujourd'hui mis en réseaux, explique-t-il en renvoyant à une longue liste de coopérations internationales sans lesquelles les nouvelles découvertes et avancées ne seraient plus guère possibles. Il souligne que l'Université de Zurich est particulièrement bien équipée avec ses cliniques de médecine dentaire, l'Ecole polytechnique et le Laboratoire fédéral d'essai des matériaux (LFEM). Il signale également et non sans fierté les entreprises qui se sont installées à Zurich, précisément pour cette raison.

Concepts de traitement numérisé

«Ces dernières années, la médecine dentaire est devenue toujours plus complexe des points de vue technologiques et biologiques», constate le Professeur Hämmerle. Cependant, les candidats médecins-dentistes et leurs enseignants académiques ne suivent toujours que cinq années de formation. Trois ans de formation postgrade suffisent à peine pour la spécialisation de médecin-dentiste spécialiste en médecine dentaire reconstructive. Ce programme très dense représente

une charge considérable pour Christoph Hämmerle et son équipe. Les candidates et candidats médecins-dentistes doivent aujourd'hui et en priorité acquérir la compétence nécessaire pour s'adapter constamment aux évolutions de leur discipline.

Christoph Hämmerle traite encore lui-même des patients un jour et demi par semaine. C'est important pour lui, car il désire garder le contact avec la pratique de la médecine dentaire. Dans un triangle magique dont les sommets sont le traitement des patients, la recherche et l'enseignement, il développe et affine des concepts de traitement avec ses collaborateurs: «La prothétique couronnes et ponts est un art qui doit s'appliquer dans les cabinets dentaires», souligne-t-il. A titre d'exemple d'implémentation, il mentionne de nouveaux produits pour la régénération osseuse ainsi que des projets de recherche en implantologie et en prothétique qui ont été développés pour le bien des patientes et des patients.

Au cours de ces dix dernières années, le Professeur Hämmerle a connu et influencé d'importants progrès dans son domaine de spécialisation: en font partie le développement de nouveaux matériaux et la numérisation, qui facilite la planification des traitements et qui rend possible des interventions prothétiques et chirurgicales mini-invasives. Ces interventions peuvent dès maintenant être simulées avant d'être réalisées: d'éventuelles situations de stress peuvent ainsi être évitées. Les interventions se font maintenant avec l'assistance de machines ou d'ordinateurs, les implants sont utilisés à bon escient en tant que supports de prothèses.

Nouvelles techniques, nouvelles dépendances

Le Professeur Hämmerle ne se fait aucun souci pour l'avenir: «Les projections montrent que les besoins de soins prothétiques resteront élevés.» Il attend des prochaines avancées novatrices de nouveaux progrès des matériaux. Il envisage la poursuite du développement des processus industriels qui rendront possible une médecine dentaire de haut niveau qualitatif à des coûts raisonnables. Les scans numériques remplaceront complètement la traditionnelle prise d'empreintes. En même temps, il constate également que les nouvelles technologies s'accompagnent de nouvelles dépendances: les laboratoires dentaires vont devenir plus grands et plus anonymes, les logiciels et matériels destinés à la saisie et à la transmission des données des patients, ainsi qu'à la fabrication des produits prothétiques vont prendre de plus en plus d'importance: «Nous nous trouvons à l'orée de l'industrialisation de la technique dentaire», constate-t-il avec sobriété. Sa clinique n'utilise plus que des produits finis fabriqués à



Son dynamisme et ses dons d'observations servent Christoph Hämmerle aussi dans ses hobbies: la moto et les voyages!

l'aide de processus numériques. Ce ne sont plus guère que les «finitions» qui se font encore à la main. Simultanément, la tendance vers des traitements interdisciplinaires se renforce.

Christoph Hämmerle est convaincu que le proverbe de grand-papa «Apprend quelque-chose pour pouvoir faire quelque-chose!» a fait son temps en matière de formation. La compétence pour suivre toute sa vie des formations continues et postgrades est aujourd'hui exigée. Elle doit se refléter dans de nouvelles formes d'apprentissage et d'enseignement. L'enseignement orienté problématiques est aujourd'hui devenu nécessaire. Il ne suffit plus d'apprendre par cœur. Le Professeur Hämmerle ne voit pas qu'un technicien émérite dans le médecin-dentiste, mais aussi un chercheur

impénitent: «A côté du «quoi», le «comment» prend de plus en plus d'importance», souligne-t-il. Pour sa clinique, il considère la problématique de devoir couvrir dans l'enseignement tout l'éventail de son domaine de recherche, tout en devant mettre l'accent sur des priorités pour la recherche.

La globalisation: en médecine dentaire également

Christoph Hämmerle est convaincu que le développement de son domaine de spécialisation ne sera pas complètement bouleversé au cours des quinze prochaines années. Il considère peu probable le développement de dents synthétiques, mais les développements des matériaux vont se poursuivre, et les techniques informatiques à

l'appui des traitements seront de plus en plus présentes dans les cabinets dentaires. Les flux d'informations assistés par l'informatique seront de plus en plus nombreux, également dans les cabinets dentaires privés. Certes, le médecin-dentiste seul dans son cabinet ne va pas disparaître, mais il y en aura de moins en moins au profit des cabinets dentaires collectifs et des réseaux. Il est convaincu que la globalisation laissera des traces, en médecine dentaire également.

Toutefois, le Professeur Hämmerle tire une conclusion optimiste pour tous les médecins-dentistes praticiens: «La relation entre le médecin et son patient continuera à jouer un rôle décisif. L'aspect humain ne doit pas se perdre!»

Société suisse de médecine dentaire reconstructive

La Société suisse de médecine dentaire reconstructive (SSRD) est une société de discipline de la Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO). Elle s'est donné pour objectif la promotion et le développement des activités de la médecine dentaire reconstructive, notamment en proposant des formations continues et postgrades ainsi que des congrès. La SSRD s'engage de plus en plus en faveur de l'information de la population sur les chances et les possibilités offertes par la médecine dentaire reconstructive.

Médecin dentiste spécialiste SSO en médecine dentaire reconstructive

A l'issue de leur cursus universitaire, les médecins-dentistes intéressés peuvent acquérir le titre fédéral de médecin-dentiste spécialiste SSO en médecine dentaire reconstructive. La condition en est de suivre une formation postgrade d'une durée de trois ans qui compte environ 3900 heures de formation postgrade dans les domaines suivants:

- Séminaires, tutorats, présentations de cas (15% du temps de formation postgrade)
- Traitement de patients (50%)
- Recherche (30%)
- Enseignement (5%)

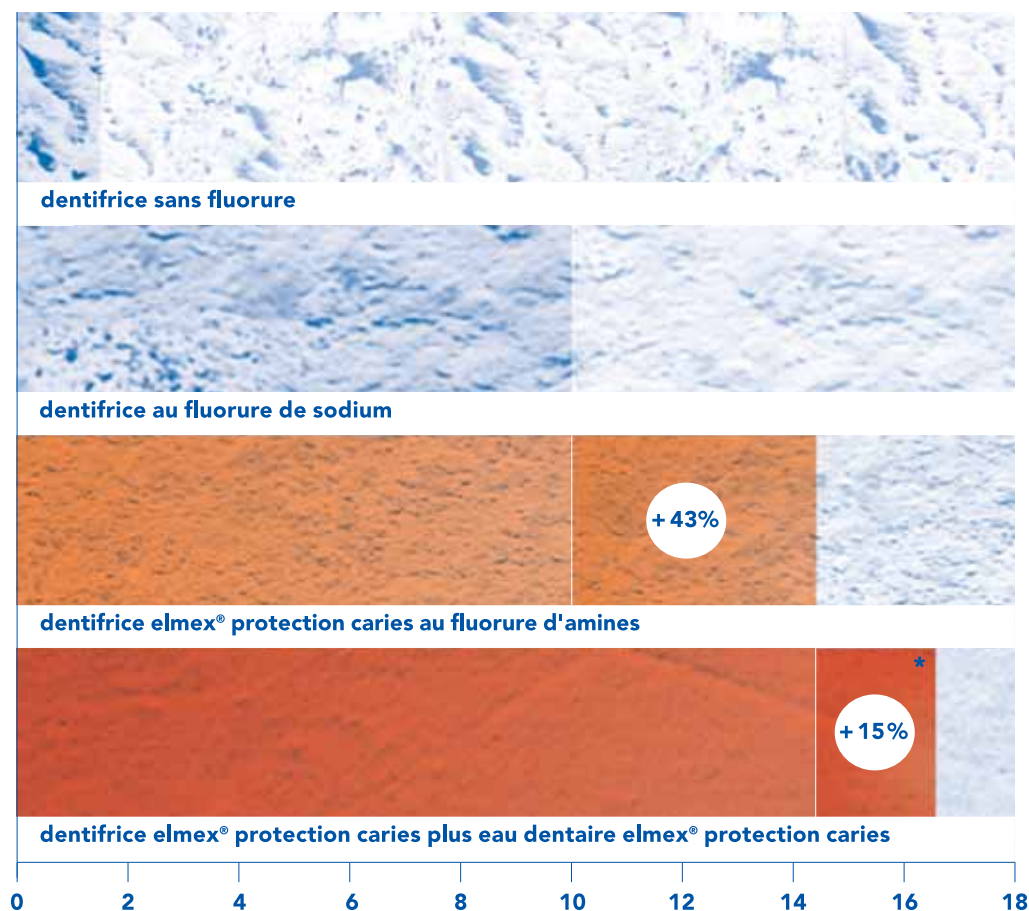
Le médecin-dentiste titulaire de ce titre doit posséder des connaissances théoriques fondées et de l'expérience clinique en médecine dentaire reconstructive, en parodontologie, en implantologie ainsi que dans les domaines connexes.

Source: Société suisse de médecine dentaire reconstructive (SSRD). Pour de plus amples informations: www.ssrld.ch

L'eau dentaire elmex® protection caries améliore encore significativement de 15% le potentiel de reminéralisation élevé du dentifrice elmex® protection caries

Petersson L.G., rapport interne, 2002

Plus la résistance électrique est élevée, plus la densité de l'émail est élevée



Résistance électrique par rapport à la valeur initiale après 6 semaines (* $p < 0,05$)



Dans cette étude *in vitro*, des échantillons d'émail de dents humaines ont été brossés deux fois par jour pendant 6 semaines avec l'un des dentifrices et les échantillons du groupe D ont été traités en plus pendant 2 min à l'eau dentaire elmex® protection caries. Entre chaque traitement, les échantillons ont été conservés dans une solution reminéralisante. La teneur en minéral a été évaluée en mesurant la résistance électrique à l'aide de l'Electronic Caries Monitor (ECM).

Après 6 semaines de traitement, on a constaté des différences significatives entre les groupes A, B et C et le groupe D. Le dentifrice elmex® protection caries montre un fort pouvoir reminéralisant *in vitro*, ce qui permet de conclure à un effet protecteur élevé contre la carie *in vivo*. Cet effet peut être sensiblement renforcé par l'utilisation conjointe de l'eau dentaire elmex® protection caries. Le système elmex® protection caries protège efficacement les dents contre la carie grâce au fluorure d'amines.

Congrès / Journées scientifiques

Congrès 2011 pour dentistes-conseils et spécialistes en assurances

Nouvelles techniques de diagnostic, nouveaux traitements, nouvelles questions

Le congrès organisé cette année pour les dentistes-conseils et spécialistes en assurances s'est déroulé le 25 août 2011 à l'Hotel Bern, situé au cœur de la vieille ville bernoise. C'était une de ces dernières belles journées chaudes de cet été, et les participants aux visages trempés de sueur venaient, soit de l'extérieur, soit du programme de formation continue, bien rempli en cette chaude journée. Le programme à la fois captivant et varié était axé sur le thème «Nouvelles techniques de diagnostic, nouveaux traitements, nouvelles questions». Outre des praticiens et quelques praticiennes dentaires, divers spécialistes en assurances faisaient également partie des participants au congrès.

Adrienne Schneider, D^r méd. dent., département des prothèses, ponts et couronnes, ZMK Berne

Rentabilité ... utilité

Le D^r Arnold Baumann souhaite la bienvenue aux personnes présentes au nom de la Commission économique (CE) de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO). Il inaugure l'événement par ces mots: «Voilà 15 ans que nous nous occupons de la LAMal, interprétons de nombreux arrêts du Tribunal fédéral et établissons ensemble un réfé-

rentiel pour l'évaluation des questions quotidiennes en rapport avec les assurances. Les dossiers devraient donc défiler sur vos bureaux, sans trop de problèmes. Mais est-ce vraiment le cas?» Les expériences de la Commission paritaire de confiance auraient montré qu'il en va tout autrement. Le D^r Baumann pense que la raison réside, d'une part, dans le nombre croissant de dentistes.

En effet, depuis quelques années, de nombreux cabinets n'afficheraient plus complet, ce qui pourrait facilement impliquer que le patient assuré n'est soudain plus importun, mais plutôt un «facteur économique dans les cabinets dentaires d'envergure petite à moyenne». D'autre part, les mots-clés «rentabilité» et «utilité» jouent un rôle majeur. Dans le cadre d'un traitement proposé, cela peut mener à des débats animés et donc échauffer les esprits des parties concernées. Le dentiste souhaite le meilleur traitement pour ses patients et, en contrepartie, ces derniers se montrent de plus en plus exigeants. Il faut cependant aussi certaines directives pour contenir l'ensemble et établir ainsi des limites. Le dentiste-conseil doit parfois s'atteler à la tâche désagréable de dire «non» et refuser une thérapie proposée. Les choses sont plus simples lorsqu'il peut le faire en toute connaissance de cause et en s'appuyant sur certaines directives.

Contacteur le dentiste-conseil

Lors de l'évaluation d'un dossier, l'anamnèse et les résultats détaillés jouent un rôle décisif pour le dentiste-conseil. On constate souvent que des informations essentielles exigées par des collègues sont parfois manquantes ou ne sont tout simplement pas communiquées. Les responsables de dossiers refusent souvent de révéler le nom du collègue conseil au dentiste qui se renseigne. C'est une erreur. Le temps semble trop précieux pour être perdu ainsi au quotidien. En février 2003, le préposé fédéral à la protection des données a déjà clairement fait observer «qu'il est notamment possible que le médecin traitant propose oralement un dossier délicat au dentiste-conseil, sans passer par l'administration des assu-



L'Hotel Bern où se déroule le congrès (photo: A. Schneider, ZMK Berne).



Le D^r M. Bornstein avant sa conférence sur la tomographie volumique numérique (TVN) (photo: A. Schneider, ZMK Berne)

rances. L'institut du dentiste-conseil n'est utile que si celui-ci peut être contacté directement par le médecin traitant». Dorénavant, si vous devez faire face à un dossier d'assurance complexe, n'hésitez pas à rechercher le dentiste-conseil concerné par le biais de l'assurance et contactez-le directement.

Combien coûte une tomographie volumique numérique?

La CE est en train de négocier avec la Commission des tarifs médicaux LAA au sujet du prix de telles imageries 3D. Le D^r Baumann dévoile qu'il correspondra approximativement à 2,5 fois le prix d'un orthopantomogramme traditionnel. Le D^r Michael Bornstein, responsable du Centre de radiologie dentaire et de stomatologie au ZMK de l'Université de Berne, souligne dans son exposé la problématique de l'acceptation de telles radiographies par les assurances en tant que prestation obligatoire. Une telle radiographie coûte 350 francs suisses à l'Université de Berne; il s'agit d'un montant forfaitaire, quelles que soient l'importance et la région radiographiée. Il expose également les

indications et les cas limites des possibilités de diagnostic à l'aide d'une tomographie volumique numérique (TVN).

Champs d'application de la TVN

L'intervenant évoque par ailleurs les différents champs d'application de la médecine dentaire, où une imagerie avec TVN s'avère judicieuse. Dans la chirurgie orale, l'indication typique est l'ostéotomie de la 8^e dent du MI. L'emplacement et le rapport entre les dents de sagesse par rapport au canal mandibulaire ou au nerf peuvent ainsi être clairement diagnostiqués. Une TVN peut aussi être recommandée à titre préventif, afin d'éviter certaines interventions ainsi que les conséquences directes qui en découlent.

Mais l'endodontie est aussi un domaine important, et la TVN présente ici un avantage de taille: par exemple dans le cadre de l'analyse d'une morphologie de canal inhabituelle, de pathologies apicales et de kystes, de résorptions internes (art. 17a1), de résorptions cervicales invasives et de la clarification d'une chirurgie apicale planifiée.

Une TVN peut également s'avérer utile dans le domaine de l'orthodontie: des rétentions ou des déplacements peuvent ainsi s'expliquer par des dents qui n'ont pas encore percé. Le facteur d'indication le plus fréquent des orthodontistes réside dans le diagnostic de canines incluses au niveau de la mâchoire supérieure, qui joue un rôle décisif lorsqu'il s'agit de clarifications de l'art. 17a2 de la LAMal: déplacement et surnombre de dents incluses ayant le statut de maladie.

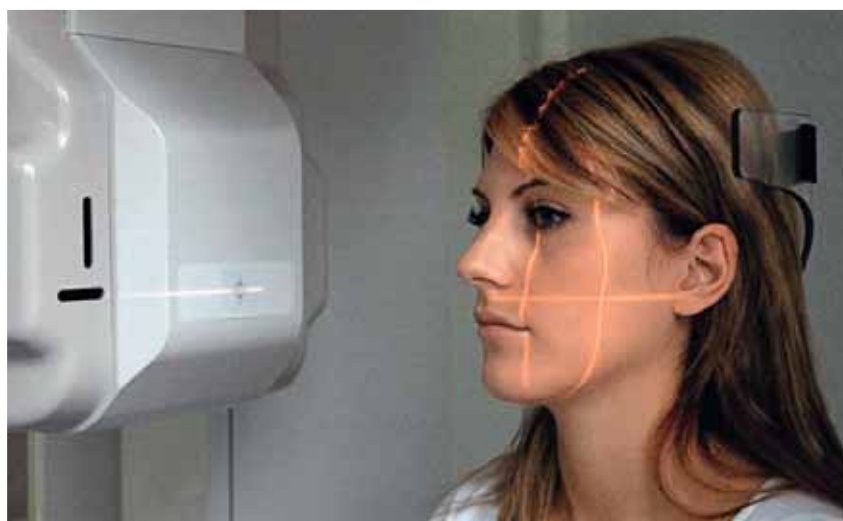
Mais la TVN est bien entendu aussi tout à fait indiquée dans l'implantologie orale, ou dans le cadre de certains diagnostics préalables à des opérations d'implantologie. Outre les mesures de diagnostic traditionnelles, la TVN représente souvent une méthode adjuvante judicieuse.

Directives pour la mise en œuvre de la TVN

En ce qui concerne les évaluations par TVN, aucune directive ou compétence n'a été clairement définie jusqu'à présent en Suisse. Aujourd'hui, il n'existe toujours pas de normes nationales et internationales en matière de conditions préalables, d'utilisation et de champs d'application de la technologie TVN. Il y a cependant quelques points importants à prendre en considération lors de l'utilisation de la TVN: le plus important réside dans le fait que les enregistrements doivent être justifiés pour chaque patient. Autrement dit: les avantages doivent primer sur les risques. 2. Lors d'un recours à la TVN, le dentiste traitant doit fournir suffisamment d'informations pour pouvoir pondérer clairement les risques et l'utilité. 3. L'enregistrement complet d'une TVN doit être évalué, et pas seulement la «region of interest». 4. Lorsque les tissus mous doivent être particulièrement visualisés par l'imagerie, une TDM, ou plutôt une IRM, constitue une meilleure alternative. 5. L'appareil de TVN doit disposer de différentes tailles d'ouverture, la plus petite/la plus petite nécessaire devant idéalement être utilisée. 6. Tous les employés du cabinet réalisant des TVN doivent être formés à la technologie et posséder des connaissances en matière de protection contre les radiations. 7. Pour les grandes ouvertures dépassant la mâchoire, des connaissances en radiologie et en anatomie (neuroradiologie) sont nécessaires.

En marge de notre tarif

Le D^r méd. dent. Stephan Studer a présenté la conférence «La tumeur ne s'est hélas avérée ni économique, ni appropriée. La reconstruction de la fonction masticatoire en tant que défi chez des patients atteints de tumeurs!» Il souligne que la rééducation buccale de patients atteints de tumeurs est aujourd'hui complexe et n'est indiquée



Des normes nationales et internationales pour la mise en œuvre et le champ d'application de la technologie TVN font toujours défaut (photo: Université de Bâle).

que dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire étroite avec des centres médicaux ayant de l'expérience dans le traitement de tumeurs. Il y a 20 ans, la résection de tumeurs allait inévitablement de pair avec des mutilations au niveau de la mâchoire et du visage. Aujourd'hui, après une «révolution silencieuse» dans le traitement des tumeurs, il existe des techniques chirurgicales sous forme de différents lambeaux microanastomosés pour reconstruire les défauts au niveau des tissus mous et des os, ainsi que pour les implants dentaires.

Ces techniques de reconstruction offrent aux patients atteints de tumeurs une meilleure qualité de vie, permettant ainsi une intégration rapide dans la vie active et sociale. Le rétablissement de la qualité de vie chez les patients atteints de tumeurs est «indiqué» d'un point de vue médical, mais pas «économique» pour les caisses d'assurance maladie. Sur le plan économique, ces frais de santé sont toutefois en grande partie des frais d'investissement pour que les patients atteints de tumeurs puissent à nouveau intégrer la vie active ou du moins redevenir actifs en tant que consommateurs.

La conférence aborde dans le détail les défauts de résection au niveau de la mâchoire supérieure et inférieure et les reconstructions chirurgicales et prothétiques. A la fin de la conférence, les deux tiers des médecins-conseils sont cordialement remerciés pour la compréhension des traitements prothétiques complexes et chronophages. Pour l'autre tiers, l'intervenant a observé une politique d'obstruction, où le raisonnement insensible est souvent basé sur le principe «de rentabilité et d'utilité». Il a également prévenu que le remboursement des prestations dentaires sur la base d'une valeur du point de Fr. 3.10, fixée depuis 1994, n'est économiquement plus justifiable.

Les désagréments de l'apnée du sommeil

D'ici peu, la Société suisse de pneumologie, soutenue par d'autres sociétés médicales spécialisées et la SSO, déposera une demande d'intégration de l'apnée du sommeil dans la Liste des moyens et appareils (LiMA). Le Dr Edmund Rose, dentiste-orthodontiste spécialisé dans un cabinet privé à Dietikon, fait un exposé à ce sujet. Il explique que ce sont principalement les hommes qui souffrent d'apnée du sommeil. Cela se passe la nuit. Le patient dort, ronfle, puis s'arrête brusquement de respirer. Il n'a plus aucune ventilation. Ses voies respiratoires supérieures sont obstruées. Un film très instructif illustre la problématique de cette affection. Une apnée du sommeil peut avoir de sérieuses conséquences: il s'agit d'une maladie grave. Les gouttières ne guérissent que certaines apnées du sommeil. Le Dr Rose explique que l'apnée du sommeil peut être sub-



Les gouttières ne s'avèrent efficaces que jusqu'à des niveaux de gravité moyenne. Pour les cas plus graves, la thérapie dite nCPAP est utilisée (photo: Fotolia.com).

divisée selon sa gravité: il en existe des formes normales, légères, moyennes et graves. Les gouttières ne s'avèrent efficaces que jusqu'à des niveaux de gravité moyens. C'est là qu'intervient alors la thérapie dite nCPAP: une applique exerce une pression sur le nez, maintenant ainsi la voie respiratoire du nez ouverte.

Gouttières dites «boil and bite»

Le Dr Rose fait également état des nombreuses gouttières dites «boil and bite» présentées dans la publicité. Pour ce type de gouttière, aucune preuve scientifique n'a encore été apportée pour traiter l'apnée du sommeil obstructive de façon fiable. Par conséquent, les gouttières de protrusion pour la mâchoire supérieure ne devraient être utilisées que dans un laboratoire dentaire spécialisé. Ces gouttières de protrusion pour la mâchoire inférieure sont fabriquées sur mesure pour les patients. Une telle gouttière augmente le diamètre du pharynx d'environ 25% à travers la protrusion de la mâchoire inférieure. Une rétention suffisante d'au moins 10 dents parodontales saines par mâchoire est une condition sine qua non, de même que l'absence de prothèses dentaires détachables ou d'une extension unilatérale. Le diagnostic dentaire étendu comprend également un constat fonctionnel et une documentation approfondie de la situation initiale.

Point de jonction entre l'AI et la caisse d'assurance-maladie

Le Dr Wanda Gnoinski du Centre de médecine dentaire ZSM relève plusieurs éléments concernant le point de jonction entre l'AI et la caisse d'assurance-maladie. Dans son exposé sur le thème «Les infirmités congénitales: le transfert complexe de l'AI à l'art.19a de l'OPAS», elle se demande pourquoi il est question de transfert.

En principe, les prestations de l'AI pour les infirmités congénitales sont prises en charge jusqu'à 20 ans révolus. Le Dr Gnoinski explique pourquoi il reste néanmoins important de pouvoir parfois poursuivre ou mener à terme les mesures médicales après 20 ans. Il existe des raisons médicales pertinentes pour retarder le déroulement d'un traitement. Pour ces cas, il est important que le transfert de l'AI vers les caisses d'assurance-maladie se déroule sans problème.

L'absence (anodontie totale ou partielle) de dents définitives et les déformations de la mâchoire sont par exemple deux points délicats lorsqu'il s'agit, dans le cadre du transfert à l'assurance-maladie, de confirmer l'évaluation initiale de l'AI et de la prise en charge des frais. Cet angle sur la téléradiographie de 1991 mesurait-il vraiment 9° ou a-t-il été généreusement arrondi? Dans ce cas, une garantie d'AI pour les patients aurait en principe été accordée à tort, et la caisse d'assurance-maladie ne serait plus tenue de prendre en charge les frais. Dr Gnoinski a réussi à fournir un aperçu de la «confusion» de l'AI et de la caisse d'assurance-maladie avec les différents articles de l'OPAS. En conclusion, elle s'adresse aux spécialistes des caisses d'assurance-maladie en les priant de bien vouloir comprendre que parmi les rares enfants atteints d'infirmités congénitales relevant de l'art.19a alinéa b, l'exigence habituelle «veuillez envoyer un orthopantomogramme ainsi que des modèles» s'avère tout simplement absurde à certains stades. En l'occurrence, des solutions communes flexibles devraient pouvoir être trouvées pour le bien-être du patient.

Quelles canines sont déplacées, et lesquelles sont incluses?

Ce thème, qu'aborde le Dr Lukas Müller, est toujours d'actualité au sein de la Commission pari-

taire de confiance. L'art.17a 2.1 de l'OPAS aborde la problématique de la «mobilité des dents et germes dentaires ayant le statut de maladie». Les canines au niveau de la mâchoire supérieure percent de manière complexe. Elles se développent profondément dans le maxillaire, leur croissance se termine tardivement, et leur percée dans la cavité buccale ne se déroule généralement qu'après la percée des dents adjacentes. Il n'est donc pas rare de constater un déplacement avec rétention de ces dents. Les filles sont plus fréquemment touchées que les garçons. Dans environ 10% des cas, le déplacement et la rétention entraînent une résorption des racines des dents adjacentes. Dans la plupart des cas, des mesures simples permettent d'éviter un déplacement imminent avec rétention de la canine: ex-

traction de la 3^e dent de lait ou de la 4^e dent définitive, ouverture et/ou maintien ou récupération de place au niveau de la mâchoire supérieure grâce à des appareils d'orthodontie (par ex. dispositif cranio-cervical, plaques, extension forcée de la mâchoire supérieure). La ligature chirurgicale, en revanche, s'avère bien plus onéreuse. Qui paie un tel traitement? Le déplacement et la rétention de la canine en soi n'ont pas encore le statut de maladie au sens de l'art. 17a 2.1. La définition du statut de maladie doit faire une distinction entre une dentition après l'achèvement du développement et une dentition en plein développement. Dans le premier cas, une absence de pathologie (autre que la rétention de la canine) signifie qu'il ne s'agit pas d'une prestation obligatoire selon OPAS 17a 2.1. Dans le cas d'une dentition en plein

développement, le déplacement et la rétention de la canine ne deviennent alors une prestation obligatoire qu'à partir du moment où des interventions simples ne peuvent empêcher un défaut du développement de la dentition.

Les dents de lait: un problème d'assurance

Pour terminer, le D^r H. Van Waes a abordé le thème des problèmes d'assurance dans la pédiodontie: réalité scientifique ou rentabilité. La salle se vide de plus en plus, le public est fatigué, et certains sont attirés par la fraîcheur revigorante de l'Aar, ce qui se comprend tout à fait au vu du caractère éprouvant de ces exercices de réflexion pendant l'une des dernières belles journées de l'été.

Revue

Manquement à l'éthique scientifique

Luther F:

Scientific misconduct: Tip of an iceberg or the elephant in the room?

J Dent Res 89: 1364–1367, 2010

<http://jdr.sagepub.com/content/89/12/1364.full>

Le manquement à l'éthique scientifique ou inconduite scientifique renvoie généralement à toute tentative pour tromper, par des affirmations fausses ou par omission d'informations importantes, à propos de ce qui a été fait, des résultats obtenus ou encore de la paternité des idées ou des mots employés, lors de la soumission d'un projet de recherche, de sa réalisation ou du traitement de ses résultats.

La production d'une évidence scientifique honnêtement argumentée est une préoccupation majeure, surtout si l'on songe aux récents exemples de manquement à l'éthique scientifique. En médecine dentaire, l'un des exemples les plus marquants reste celui de Jon Sudbo, médecin et médecin-dentiste norvégien. Ce dernier, professeur associé à l'Université d'Oslo jusqu'en 2006, perdit alors son droit de pratique et tous ses titres académiques après avoir publié dans la revue *The Lancet* un article frauduleux selon lequel certains anti-inflammatoires non stéroïdiens diminuaient le risque de cancer chez les fumeurs. Il fut par la suite découvert que les données de son étude (908 patients) étaient entièrement fictives, comme l'avaient été celles de deux autres articles du même auteur publiés dans le *New England Journal of Medicine* et le *Journal of Clinical Onco-*

logy, ainsi que celles de sa thèse et d'une quinzaine d'autres articles.

Il est possible que d'autres exemples existent et que les cas démasqués ne représentent que le sommet de l'iceberg. Un sondage de 2347 scientifiques étasuniens effectué par le National Institute of Health a rapporté qu'environ 16% ont dû céder à la pression exercée par les sources de financement en modifiant leurs concepts, méthodes ou résultats et qu'environ 10% retirèrent les détails de leurs méthodes ou de leurs résultats. Ce rapport dénonce l'étendue du problème et analyse les contributions de l'informatique forensique et d'autres moyens permettant de réduire l'inconduite scientifique.

Pour ce qui est de l'étendue du problème de l'inconduite scientifique, deux exemples en illustrent la gravité et leurs conséquences sur la clinique. Jan Hendrik Schön a publié de nombreux articles en utilisant et en réutilisant les mêmes données méthodologiques. Bien que ses coauteurs aient été exonérés, on peut encore se demander s'ils avaient véritablement adhéré aux standards professionnels en ne s'interrogeant pas sur les données publiées.

Dans le cas du D^r Andrew Wakefield, son interprétation indiquant que l'autisme était vraisemblablement lié aux vaccins rougeole-oreillons-rubéole déclencha un discrédit préoccupant des programmes de vaccination. Les conséquences débouchèrent sur un problème de santé publique alors que l'auteur avait manqué à l'éthique scientifique dans plusieurs de ses publications, en recevant notamment des fonds d'une agence impliquée dans un litige en rap-

port avec ces vaccins, et en étant aussi engagé dans les démarches pour un brevet intéressant d'un nouveau vaccin. Ce comportement mit en doute la probabilité d'une proche éradication de la rougeole.

Quant à l'informatique scientifique, il est possible désormais de manipuler grâce à elle et de modifier aisément les systèmes digitaux. Cependant, des méthodes complexes développées par les sciences forensiques permettent de détecter de telles altérations. Des algorithmes mathématiques peuvent lire des blocs de pixels falsifiés, des analyses de fichiers peuvent mettre en évidence des procédures de fraude. La spécificité technique d'une caméra, l'analyse de l'intensité et de la direction de la lumière peuvent contribuer à dévoiler une inclusion ou un ajout fallacieux de particules d'imagerie.

La communauté clinique et scientifique, la santé publique, les soins et la sécurité sont concernés par le problème du manquement à l'éthique scientifique.

Les mesures visant à prévenir ce problème tablent sur une meilleure formation, une prise de conscience adéquate et l'application de mesures préventives. Les suggestions suivantes sont proposées:

- 1 les revues devraient définir ce qui constitue le statut d'auteur principal;
- 2 les éditeurs devraient pouvoir obtenir des auteurs toutes leurs publications récemment parues ou en soumission pour dépister la réutilisation de données;
- 3 le recours à des logiciels permettant de détecter les plagiat;
- 4 le recours à des logiciels permettant de détecter les falsifications d'images;
- 5 des limites de manipulation d'images devraient être édictées et appliquées;

- 6 les éditeurs devraient mieux connaître les tactiques de manipulations de différences cliniques significatives;
- 7 les coauteurs devraient être plus conscients de leur rôle en s'assurant de la précision et de l'honnêteté des méthodes présentées;
- 8 les institutions devraient s'assurer de la transparence de leurs procédures en autorisant les investigations externes et sans chercher à protéger les fournisseurs de fonds;
- 9 les sociétés professionnelles devraient offrir des directives à leurs membres permettant d'informer les éditeurs d'éventuelles fraudes qu'ils auraient découvertes.
- Chaque intervenant du milieu de la recherche et de la clinique médicale et médico-dentaire devrait être sensibilisé par ce qui touche à une éthique professionnelle acceptable. Ce n'est pas aux revues uniquement que revient la mise en évidence d'un manquement à l'éthique scientifique. L'objectif est non seulement de protéger la profession et les progrès de la science, mais encore d'avoir un impact positif sur la santé des patients.

Michel Perrier, Lausanne

Impressum

Titel / Titre de la publication

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

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

Monatsschrift für Zahnmedizin, Postfach, 3000 Bern 8
Für Express- und Paketpost: Postgasse 19, 3011 Bern
Telefon 031 310 20 88, Telefax 031 310 20 82
E-Mail-Adresse: info@sso.ch

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

Rédaction «Recherche · Science»

Chief Editor / Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Adrian Lussi, Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin,
Freiburgstr. 7, 3010 Bern

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel; PD Dr. 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 ZAHNMEDIZIN.

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

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

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

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

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

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