



SSO: 125 ans d'existence Histoire en quatre dimensions

125
Jahre
Ans
Anni
SSO

Cet article concluant le mandat de recherche historique confié par la SSO à l'Institut d'histoire de la médecine de Lausanne propose une sorte de bilan. Il examine les principales actions collectives de la SSO, déclinée en quatre dimensions, qui comptent parmi les plus déterminantes de son histoire: la transmission des savoirs scientifiques, la promotion de la formation académique, la légitimation sociale et politique des acquis professionnels, et enfin la défense des intérêts entrepreneuriaux.

Thierry Delessert, avec la collaboration de Vincent Barras
Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé dentaire, CHUV-FBM, Lausanne

Ces quatre dimensions sont analysées sous l'angle de la notion de prophylaxie. Au long des 125 dernières années, celle-ci assume en effet des significations plurielles, et sert tout à la fois à légitimer la plus grande intégration des médecins-dentistes dans les facultés de médecine, le développement des métiers auxiliaires, et la responsabilisation des patient-e-s. Cela entraînera d'ailleurs, lors de ces dernières décennies, la diminution des prestations remboursées dans le catalogue de la LAMal, au moment où le système de santé suisse, au sein duquel la SSO est devenue un acteur incontournable, prend une extension remarquable.

La SSO: une association qui transmet des savoirs

L'activité la plus apparente et volumineuse de la SSO réside sans nul doute dans la production d'une revue professionnelle. Depuis 1877, la *Revue & Archives suisses d'Odontologie*, fondée à Genève par le professeur Camille Redard (1841–1910), devenant dès 1891 la publication officielle de la SSO sous le titre de *Revue trimestrielle d'Odontologie*, et, dès 1923, la *Revue mensuelle suisse d'odontologie*, transmet à ses membres et abonnés les informations sur les progrès constants en matière de techniques de soins, de matériaux, de connaissance en anatomie, physiopathologie, épidémiologie et autres spécialités médicales. Ce savoir partagé confère une identité professionnelle fondée sur le partage d'un langage et de savoirs spécialisés qui, comme pour toute production médicale, a pour principal objet la transmission des découvertes scientifiques et l'encouragement de ses membres à partager un éthos fondé sur la notion de qualité des soins. Les techniques – les savoir-faire – sont donc majoritaires dans la revue; elles sont en même temps le reflet d'une conception spécifique de la place des médecins-dentistes dans la société. Ainsi, par le biais des

images produites dans cette revue, on peut assister aux mutations progressives de la figure du médecin-dentiste, comme nous l'avons développé dans l'article précédent: une première mutation depuis la figure du notable, lui-même rompant avec l'image du charlatan opérant dans des foires, vers celle du praticien en cabinet et dont les principes d'hygiène fondent la pratique. Du spécialiste formé individuellement en cabinet, l'image du médecin-dentiste se transforme une nouvelle fois en celle d'un promoteur de la formation en institut universitaire et d'un praticien issu d'une formation collection en série et œuvrant pour le bien collectif, puis, dès les années 1960, à nouveau en celle d'un médecin installé en cabinet, véritable chef d'entreprise déléguant une partie du travail à des métiers subordonnés, et assurant la supervision d'une équipe.

Un travail moins visible, mais tout aussi constant, de la production de savoirs réside dans les différentes expertises que la SSO apporte aux différents projets de réformes du système de santé, que ce soit sur le plan cantonal ou fédéral. Le plus souvent, la SSO anticipe, voire sollicite, les mutations liées à son champ d'activité, et, dès sa fondation, elle s'érige en défenderesse d'intérêts professionnels, représentative d'un corps professionnel partageant les mêmes vues – bien que tous les médecins-dentistes n'y soient pas affiliés – et s'affirmant experte de son domaine scientifique. Tout au long de son existence, une quantité innombrable de commissions fournissent un intense travail de mise en évidence de la réalité de la profession et d'établissement de directives, dont la *RMSO* relate les aspects les plus frappants, mais dont les archives de la SSO conservées au siège de Berne permettent de retracer plus profondément quelques enjeux, comme on a pu le lire dans nos articles précédents. Par exemple, le rapport de la commission fédérale d'experts sur

la médecine dentaire du 7 août 1969 est central pour cerner les continuités et les mutations des fonctions actuelles de la SSO par les constats et revendications qu'il pose pour pallier le manque de médecins-dentistes pressenti dans le tournant des années 1960–1970.¹ Le point crucial de ce rapport est la promotion de la prophylaxie des caries et de la parodontose: la SSO peut ainsi faire en sorte que les soins dentaires, à travers notamment la question du besoin de personnel formé et de la responsabilité des patient-e-s, soient appréhendés en tant que problème de santé publique.

De fait, la question de la prophylaxie dentaire est séculaire, et traverse l'ensemble des activités et du savoir partagé par la SSO. Comme l'a montré l'historien Bernhard Schär, l'augmentation de la consommation de sucre et des caries dans la population helvétique est ainsi une préoccupation de base de la SSO dès sa fondation en 1886. Il se développe rapidement un ensemble de discours et de brochures préventives promouvant la prophylaxie dentaire, tout en véhiculant un pessimisme sur les effets de l'industrialisation en Suisse. La dent cariée devient un symbole de la crise de la civilisation moderne et perdure jusqu'au début des années 1960, notamment au travers des études de terrain dans les Alpes suisses, en Inde ou en Afrique, en soulignant combien la dentition des populations proches de la «nature» serait plus saine que celle des populations du Plateau helvétique, insérées dans une «culture» industrielle et de consommation d'aliments plus raffinés, voire d'abandon de l'allaitement maternel.² En Suisse romande, le Cartel d'hygiène sociale et morale, dirigé par la féministe de la première vague Emilie Gourde (1879–1946) et le juge cantonal vaudois Maurice Veillard (1894–1978), entreprend, de concert avec la commission d'hygiène de la SSO, des campagnes de



La première professionnalisation de la profession de médecin-dentiste est intervenue lorsque les praticiens se sont mis à recevoir leurs patients dans des locaux de traitement ad hoc et à appliquer des principes d'hygiène bien définis (Fotolia.com).

prévention dans le milieu scolaire au cours de l'entre-deux-guerres. Des cliniques dentaires scolaires et à l'attention des plus démunis sont mises sur pied par différents praticiens dans plusieurs cantons. Cet humanisme porté par une élite s'inscrit dans une mouvance plus large qui revendique une meilleure protection sociale en général (et de la jeunesse en particulier), ainsi que les droits pour les femmes; il s'inscrit aussi plus profondément dans une configuration politique aux contours flottants, située à droite de l'échiquier politique, assise sur un compromis entre conservateurs et radicaux. Une telle configuration promeut une action «ingénierale» sur les problèmes sociaux, et notamment les questions de santé, via le développement de la notion de «bien-être», soit l'Etat-providence.

Les recherches sur les causes biologiques des caries elles-mêmes, devenues très importantes dans la deuxième moitié du XX^e siècle, concourent à renforcer cette tendance, en corroborant le bien-fondé de la diffusion des principes d'hygiène buccale. Les «bonnes» mères, attentives à l'hygiène buccale de leurs enfants, se font ainsi les alliées de l'action de prophylaxie, en conformité avec le schéma d'une profession qui ne comprend que 210 femmes dentistes en 1969, soit 8,4% de la profession et dont la majorité sont des dentistes scolaires.³ Ce n'est qu'au cours des années 1990 que le taux de médecins-dentistes femmes commence à rejoindre celui des hommes.⁴

Dans ce contexte, l'insistance sur le soin préventif a pris le pas sur le soin réparateur, et, dès le tournant des années 1960–1970, la SSO se prend à considérer la question de la prophylaxie en terme de santé publique. Désormais, à l'initiative de la SSO, l'incitation à un comportement hygiénique se couple à la question de la fluorisation du sel, de l'eau ou des dentifrices.

On assiste parallèlement à un changement de perception sur la fonction sociale et le rôle des médecins-dentistes. En effet, ces années se caractérisent par le début de l'extension de l'Etat-providence dans le domaine de la santé. L'impulsion à ce développement est donnée par le conseiller fédéral bâlois Hans-Peter Tschudi (1913–2002), le deuxième élu socialiste de la «formule magique». Le temps de sa fonction, entre 1960 et 1973, Tschudi fait du Département fédéral de l'intérieur (DFI) l'un des plus importants au sein du Conseil fédéral. Sous sa houlette sont introduites l'assurance-invalidité et les prestations complémentaires AVS. Toutefois, les tentatives de réforme du système d'assurances maladie sont mises en échec par une coalition de groupements et associations à laquelle la SSO n'est pas étrangère. En outre, le DFI chapeaute les professions médicales, et c'est par le biais des revendications liées à la reconnaissance de la profession de médecin-dentiste que l'on peut cerner avec précision les effets de la «modernisation» du concept de prophylaxie dentaire, argument crucial de la SSO lors de cette

négociation, qui consacre la SSO comme une instance majeure dans l'écheveau du système de santé suisse.

La SSO: une association qui promeut la formation des médecins-dentistes

Le rapport sur la médecine dentaire de 1969 affirme que l'amélioration des soins dentaires préventifs et réparateurs passe obligatoirement par celle de la formation des médecins-dentistes: y est revendiqué un cursus universitaire de cinq ans, dont les deux années propédeutiques sont communes avec les étudiant-e-s en médecine générale. Cette revendication s'inscrit dans un vaste processus de réforme des études en médecine débuté en 1966 par la Commission interfacultaire médicale suisse. Cette réforme aboutit en avril 1969 à la présentation d'un plan d'étude en 6 ans pour la médecine générale, dénommé «plan Rossi». Or, dès le début des années 1960, la SSO a fait parvenir plusieurs requêtes au DFI afin que soit mise sur pied une commission fédérale ad hoc, et ce n'est qu'in extremis, en 1968, que le département l'accorde.⁵ Nous avons vu dans deux contributions précédentes que cet activisme visant une intégration des soins dentaires comme une branche de la médecine a en réalité une longue histoire: on le retrouve dès les origines, motivant la création de la SSO en 1886.⁶

Au cours de cette année fondatrice, une série d'impulsions pour l'action collective est donnée à la suite d'initiatives du médecin-dentiste thurgovien Friedrich Wellauer (1837–1906). Le 1^{er} février 1886, Wellauer et le chef du département thurgovien de la santé organisent à Zurich une conférence qui réunit les responsables de la santé des cantons d'Argovie, Berne, Lucerne, St-Gall, Schwyz, Soleure et Zurich. Portant sur l'unification des programmes de formation des «dentistes» et des autorisations de pratiquer, une seconde conférence est organisée le 19 avril 1886 avec des représentants des cantons de Bâle-Ville, Genève, Vaud et Neuchâtel. A son terme, une pétition unanime en faveur de l'inscription des médecins-dentistes dans la loi sur l'exercice des professions médicales de 1877 est adressée au Conseil fédéral; les cantons universitaires se déclarent alors prêts à inclure au sein de leurs facultés de médecine des écoles dentaires sur le modèle de la première école dentaire fondée en 1881 à Genève. Car la loi fédérale régissant l'exercice des professions médicales de 1877 se limitait aux professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire, alors que sages-femmes, «orthopédistes» et les «dentistes» étaient considérés comme subalternes ayant acquis leur savoir-faire par un apprentissage.⁷ Cette exclusion initiale, il faut le souligner, n'était toutefois adoptée qu'à une courte majorité, et ne reflétait pas la pratique de

certaines cantons – Zurich, Bâle, Berne, Genève, Thurgovie et St-Gall –, lesquels exigeaient de la part de leurs praticiens en dentisterie de solides connaissances médicales générales.

En sus de ce travail de lobbying auprès des cantons, Wellauer et cinquante-quatre de ses confrères fondent la *Société Odontologique Suisse* en mars 1886 à Zurich. Cette société, ancêtre de la SSO, remet aux autorités et aux Chambres fédérales en juillet une pétition demandant de placer la médecine dentaire au même niveau que celui de la médecine humaine et d'édicter un règlement en rapport avec son caractère scientifique.⁹ En novembre 1886, le Conseil fédéral et le Comité directeur pour les examens médicaux fédéraux donnent leurs préavis favorables aux pétitions, et la loi de 1877 est modifiée par l'ajout du terme de «dentiste» en français et de «Zahnarzt» en allemand. Adoptée sans avis contraire par le Parlement fédéral en décembre 1886, la loi entrant en vigueur le 1^{er} janvier 1888 consacre le principe d'une intégration partielle dans les facultés de médecine et d'un curriculum de formation sur huit semestres dont seuls les deux premiers, dits «propédeutiques», sont communs avec les étudiants en médecine générale. A la différence de la psychiatrie, également reconnue par la révision de 1888, l'odontologie n'est pas élevée au rang de spécialisation post-grade, mais instituée comme une branche distincte de la médecine générale. Cette disposition correspond aux vœux de la SSO, qui devient alors garante de la qualité de la formation.

Cependant, une série de revendications sont rapidement élaborées afin d'intégrer les futurs médecins-dentistes dans les deux premières années propédeutiques et d'obtenir une meilleure représentation de la médecine dentaire dans les réglementations fédérales. La première victoire est obtenue, de concert avec les sociétés suisses des vétérinaires et des pharmaciens, en 1912 par la présence d'un membre extraordinaire représentant les médecins-dentistes au sein du Comité directeur des examens fédéraux de médecine. La seconde, plus symbolique, est la traduction du terme allemand de «Zahnarzt» en «médecin-dentiste», entérinée par la révision de 1935. Au-delà du symbole, cette dénomination est fondamentale pour distinguer les types de formations professionnelles. La SSO appuie parallèlement les créations des instituts dentaires universitaires de Zurich (1895), Berne (1921) et Bâle (1924) et appuie la demande d'une meilleure intégration de leur corps professoral dans les facultés de médecine.⁹ Enfin, la révision de 1964 supprime les études et examens de doctorat sur-obligatoires pour les médecins-dentistes.¹⁰

La revendication de deux années propédeutiques communes et de l'enseignement de cours sur

l'appareil masticatoire dans ce tronc commun à la médecine générale est constamment rejetée par le Comité directeur et le Conseil fédéral lors des révisions de 1901, 1912, 1935 et 1964. Jusqu'au début des années 1970, l'argument de ces deux instances est qu'il serait superflu d'imposer aux futurs dentistes de telles études théoriques en raison d'un risque de manque de praticiens traditionnels: de ce fait, elles contribuent à renforcer l'image d'un métier essentiellement pratique, en décalage avec la sophistication théorique de la profession médicale. De son côté, la SSO, en étroit accord avec les instituts dentaires, ne cesse de publier tout au long du siècle des rapports prouvant le caractère scientifique et médical de l'odontologie. Elle s'érige ainsi comme experte de ce domaine, finalement entendue comme telle, non sans peine, en 1969: en conséquence du rapport de 1969, le Conseil fédéral autorise l'introduction à fin expérimentale des plans d'études à 5 ans pour les médecins-dentistes et de 6 pour les médecins généralistes avec un tronc commun de 2 ans dès l'année suivante. Laissant aux universités le temps de se réorganiser, cette réforme est validée en 1980 par la publication de plusieurs ordonnances sur les examens des professions médicales.¹¹ La loi fédérale de 1877 ainsi que les 37 ordonnances relatives aux examens des médecins, aux autorisations de pratiquer et aux conditions dérogatoires sont finalement refondues dans une nouvelle loi en 2005.¹²

La SSO: une association qui légitime les acquis professionnels

L'insertion des soins dentaires comme branche spécifique de la médecine s'accompagne d'une

progressive mutation de la SSO en tant que structure de reconnaissance des cursus post-grades. Ce développement est également une des conséquences du rapport de 1969, qui souligne que l'amélioration du métier de médecin-dentiste et de la qualité des soins passe également par le développement de la spécialisation. Sur la base des cursus déjà développés au cours des années 1960 par les instituts dentaires, la SSO propose de les regrouper en trois troncs, l'orthodontie, la parodontologie et la chirurgie buccale. L'introduction du «plan Rossi» permet l'expérimentation et le développement d'une grande variété de formations médicales post-graduées, si bien qu'en 1991 la conférence des directeurs sanitaires suisses demande au Conseil fédéral de les réglementer. Forte de son expertise, la SSO se voit mandatée pour évaluer la qualité des formations post-grades en orthodontie, en chirurgie orale, en parodontologie et en médecine dentaire reconstructive. Ces titres sont validés par la SSO et reconnus sur le plan fédéral depuis 2001. En outre, l'actuelle loi sur les professions médicales confère à la SSO un pouvoir d'accréditation des thèses de doctorat soutenues avec succès devant les facultés de médecine.¹³

Ces développements s'inscrivent dans la continuité logique de l'ensemble des initiatives prises depuis 1886 pour faire reconnaître les soins dentaires comme une branche médicale spécialisée. Ils s'inscrivent en parallèle d'une tout aussi longue mise au pas des «charlatans» et autres métiers concurrents, tels les mécaniciens dentistes opérant en bouche et reconnus par des patentes cantonales. Le rapport de 1969 identifie encore deux cent-vingt praticiens de ce type, qui bien que



La fluorisation du sel de cuisine, de l'eau potable et des pâtes dentifrices : ces mesures de prévention couronnées de succès ont été lancées par la SSO (Fotolia.com).

ne disposant d'aucune formation universitaire, sont autorisés à pratiquer en Suisse allemande. La moitié d'entre eux pratiquent 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.¹⁴ Selon les vœux de la SSO, l'introduction du «plan Rossi» est accompagnée de la suppression de ces patentes cantonales. Cet activisme visant à subordonner les techniciens-dentistes s'inscrit dans la longue durée: dès les années 1920, la SSO a contribué à la mise sur pied d'apprentissages cantonaux de technicien dentiste, tant dans le but d'améliorer la fiabilité et la qualité des prothèses que dans celui de les écarter comme potentiels concurrents. Ces apprentissages sont repris au niveau fédéral. N'étant pas considérés comme du personnel paramédical validé par la Croix-Rouge Suisse, les techniciens, selon la loi sur la formation professionnelle de 1963, ne sont pas formés pour le travail en bouche. C'est ainsi que, depuis la suppression des patentes cantonales, le métier de technicien dentiste est strictement défini comme une pratique sans contact direct avec les patient-e-s et au service des médecins-dentistes. L'apprentissage est intégré aux cursus des formations régies par l'Office Fédéral de la Formation et de la Technologie (OFFT) en 2008, et la SSO n'y assure plus aucune fonction d'évaluation des compétences acquises, à la différence des assistantes dentaires.¹⁵

Cette différenciation du travail s'inscrit elle aussi dans la modernisation du concept de prophylaxie dentaire proposée par le rapport de 1969: les soins préventifs, tels que le suivi périodique plus régulier des patient-e-s, le détartrage des dents et la prévention de la parodontose, peuvent être délégués au personnel auxiliaire. Cette conception de la délégation des soins, rompant avec l'article 20 du règlement de la SSO selon lequel il n'est pas admissible qu'un professionnel non universitaire effectue un traitement dans la bouche d'un-e patient-e,¹⁶ reflète une complexification des soins qui nécessite autant une formation de pointe pour le médecin qu'une spécialisation et une spécification des métiers auxiliaires. Car désormais, la pratique en cabinet se conçoit et s'effectue en équipe, et la SSO accompagne le processus quotidien de délégation des soins en prenant l'initiative d'organiser la formation de ces nouveaux métiers, et de valider leurs acquis. Convaincu par le rapport de 1969, et sa vision spécifique des besoins en médecine dentaire pour la population, le Conseil fédéral accepte le principe d'un développement des métiers d'assistantes et d'hygiénistes dentaires parallèlement à l'introduction du «plan Rossi». En ce qui concerne les assistantes



C'est pour attester du caractère scientifique et médical de la médecine dentaire que la SSO a publié d'innombrables rapports tout au long du siècle dernier, en accord complet avec les instituts de médecine dentaire (iStockphoto.com).

dentaires, la section zurichoise de la SSO est la première à offrir une formation. En 1963 déjà, la SSO avait fondé une commission afin de coordonner les sections cantonales et de réglementer le métier sous la forme d'un apprentissage privé.¹⁷ Jusqu'au début des années 1970, la formation des assistantes dentaires a lieu en cours d'emploi durant une année, et est validée par un diplôme de la SSO. Des cours complémentaires leur accordent le titre d'aide à la prévention dentaire et leur permettent servir d'assistantes pour des démonstrations de brossage des dents, notamment dans les écoles.¹⁸ 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. Au début des années 1990, la SSO introduit la fonction supplémentaire d'«assistante en prophylaxie», qui peut obtenir ce titre après un perfectionnement professionnel succédant à l'apprentissage. La loi fédérale sur la formation professionnelle de 2003 intègre l'apprentissage d'assistant-e dentaire dans les métiers régis par l'OFFT, et la SSO est mandatée pour élaborer le plan de formation entré en vigueur le 1^{er} janvier 2010.¹⁹

L'hygiéniste dentaire

L'hygiéniste dentaire est un métier plus récent, créé pour les soins délégués d'instruction aux patients, de nettoyage, détartrage et polissage des dents, de radiographie, ainsi que d'appareillage et d'adaptation de prothèses. A la différence des assistantes dentaires, la SSO ne devient pas l'instance de formation des hygiénistes dentaires. Sitôt leur besoin identifié par le rapport de 1969 et avalisé par le DFI, la SSO incite les cantons ayant des instituts dentaires à créer des écoles similaires

à celles d'infirmières et de laborantines.²⁰ Quatre écoles sont alors fondées: deux à Zurich en 1973 et en 1986, une à Genève en 1976 et une dernière à Berne en 1984. La formation est de deux ans, chapeautée par les instituts dentaires, validée par la Croix-Rouge Suisse (CRS). A partir de 1995, la formation est allongée d'une année. La loi fédérale sur la formation professionnelle de 2003 l'intègre dans les professions acquises au sein d'écoles supérieures spécifiques, à l'instar des technicien-e-s en salle d'opération ou des ambulanciers-ères. Depuis 2009, la formation d'hygiéniste dentaire est régie par un plan d'études cadre validé par l'OFFT et périodiquement réactualisé par l'OdASanté – ou «Organisation faïtière nationale du monde du travail Santé», qui a succédé à la CRS –, ainsi que par les prestataires de la formation et la SSO.²¹

Le tournant des années 1960–1970 consacre la polysémie du concept de prophylaxie dentaire. D'une part, il devient l'argument crucial pour obtenir l'inscription de la médecine dentaire en tant que branche spéciale de la médecine et sa reconnaissance en tant que partie prenante de la santé publique. Plus spécifiquement, et conformément à une volonté très ancienne, la conception d'un besoin en médecins spécialisés écarte les techniciens non universitaires du travail en bouche. D'autre part, le besoin en prophylaxie de la population et la complexification de la pratique en cabinet permet à la SSO de se faire reconnaître comme une instance de coordination de différentes formations, ainsi que de validation d'acquis professionnels différenciés. Plus spécifiquement, l'absence de revendications portant sur l'augmentation du nombre de médecins-dentistes formés à l'université contribue à la conception selon laquelle la prévention des caries tient également de

la responsabilité individuelle des patient-e-s. Cette conception d'une forme de «capital santé» que chacun dépenserait au courant de sa vie est déjà présente, mais de manière ténue, dans le rapport de 1969. Elle s'actualise en revanche pleinement dans la succession de combats menée par la SSO en faveur de l'exclusion des médecins-dentistes du système de remboursements obligatoires, qui l'amèneront à s'opposer à plusieurs reprises de manière frontale avec le DFI.

La SSO: une association qui défend les intérêts professionnels entrepreneuriaux

Avec l'extension de l'Etat-providence dans le domaine de la santé initiée par le conseiller fédéral Tschudi, la SSO devient aussi une association défendant une position de libéralisme économique des médecins-dentistes face aux assurances sociales. Parallèlement aux revendications professionnelles demandant une inclusion de l'art dentaire au sein de la médecine humaine en tant que branche spécifique, la SSO défend paradoxalement une position visant à diminuer l'inscription de la médecine dentaire en tant que domaine de soins remboursés dès l'introduction de l'assurance-invalidité en 1960, puis lors des trois révisions de l'assurance-maladie de 1911 (LAMA) mises en chantier entre 1967 et 1990, sous le mot d'ordre que «toute assurance sape indirectement la prophylaxie» ou encore que «les maladies dentaires ne sont pas assurables».22 On s'en souvient, la première commission de révision de la LAMA penchait dès 1967 en faveur du «modèle de Flims» qui distinguait les «bons» des «mauvais» risques en matière de dentition et proposait la prise en charge par l'assurance générale des soins médico-pharmaceutiques d'un contrôle annuel de la dentition, y compris le détartrage, des radiographies et mesures analogues, de la chirurgie dentaire, du traitement des parties molles de la cavité buccale ainsi que des médicaments prescrits par un dentiste. Quant aux traitements dentaires conservateurs et les prothèses, ceux-ci seraient pris en charge par des assurances complémentaires privées.23

En 1967, la SSO, qui n'est pas directement interrogée par le DFI, fait néanmoins parvenir ses réponses via la «Conférence des professions libérales». D'emblée, elle s'oppose au principe de l'obligation d'assurance en général, en arguant du danger d'une baisse de la qualité des soins en cas de fixation des tarifs par l'Etat, et s'affirme en tant qu'instance représentative d'employeurs, à l'encontre d'une assurance sociale obligatoire financée par des cotisations paritaires. De manière générale, et sur le strict plan de l'assurance santé, la SSO milite en faveur de mesures de prévention des caries étendues et du libre exercice de la profession de médecin-dentiste. En outre, et confor-

mément au point de vue des médecins généralistes et spécialisés, une participation des patients – partielle ou complète selon leurs classes de revenus – est jugée nécessaire afin de promouvoir des comportements hygiéniques adéquats, au nom de la responsabilité et de la prévoyance personnelle; une telle conception correspond bien au pessimisme culturel et décrit plus haut.24 La question du remboursement des soins dentaires selon des points pré-tarifés devient encore plus aigüe suite au dépôt d'une initiative socialiste pour une «meilleure assurance-maladie» en 1970. Ce texte prévoit l'extension de l'assurance obligatoire à l'ensemble des frais de consultations chez le médecin ou à domicile, de soins hospitaliers, d'opérations chirurgicales, de soins dentaires et de médicaments prescrits.

Au cours des débats parlementaires de 1973, la SSO devient une instance de lobbying reconnue, en étant auditionnée lors des commissions pré-parlementaires et en ayant ses relais parmi certains députés. Par ailleurs, l'alliance contractée avec la FMH et la VESKA se matérialise lors des débats portant sur l'initiative et sur le contre-projet du Conseil fédéral. En matière de soins dentaires, ce contre-projet se voit, dès les commissions parlementaires, vidé des soins de contrôles annuels et ne prévoit de remboursement que pour «certaines affections dentaires»; une telle formulation permet de limiter fortement les soins pris en charge et pré-tarifés dans une future ordonnance d'application.25 L'initiative et le contre-projet sont tous deux rejetés en votation populaire en décembre 1974 en raison du mode de financement paritaire et du caractère obligatoire de l'assurance.

A la suite de 35 interventions parlementaires demandant des adaptations de la LAMA entre 1975 et 1980, le Conseil fédéral présente en 1981 un projet liant l'assurance-perte de gains en cas de maternité et l'assurance de soins sans toucher aux principes de la prime *per capita* et facultative. Ce projet de loi sur l'assurance-maladie et maternité (LAMM) prévoit notamment de «rendre possible l'assurance d'examen préventifs et de traitements dentaires».26 S'inspirant du «modèle de Flims» de 1972, le projet prévoit une assurance dentaire facultative et l'inclusion de certains soins dentaires dans l'assurance de base. Toutefois, le catalogue de soins est fortement limité pour l'assurance de base: il ne concerne que la chirurgie dentaire et les prestations apparentées, et reprend dans les faits la convention passée entre la SSO et le Concordat suisse des caisses maladie en 1979. Afin d'éviter une extension des soins remboursés par les assurances facultatives et obligatoires, au nom de la prophylaxie et de la stimulation des patient-e-s à adopter des comportements d'hygiène dentaire adéquats, la SSO est auditionnée par la commission pré-parlementaire du Conseil national en janvier 1982, et élabore à sa demande une liste d'affections «non imputables» aux patient-e-s: les conséquences d'affections du système sanguin, du métabolisme, de l'hérédité, de tumeurs malignes et les paradontopathies juvéniles progressives.27 Depuis cette proposition, la SSO travaille activement avec l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) pour sa concrétisation dans une future ordonnance d'application en marge des débats parlementaires, et soutient du bout des lèvres le texte légal révisé auprès de ses membres.28



Autrefois, seul le médecin-dentiste était habilité à pratiquer des traitements sur les patients. Désormais, le cabinet dentaire recourt au travail d'équipe: la SSO apporte son soutien à la formation professionnelle initiale et continue des personnels des cabinets dentaires (Fotolia.com).



La SSO est devenue un «agent de couloir» (lobbyist) reconnu au Palais fédéral. Elle est écoutée au sein des commissions qui préparent les lois et elle a su établir d'étroites relations avec nombre de parlementaires fédéraux (Keystone).

La LAMM est rejetée en votation populaire en décembre 1987, mais la réforme de l'assurance maladie est immédiatement poursuivie par le DFI qui nomme une nouvelle commission d'experts travaillant de concert avec la SSO cette fois-ci, afin de formuler un nouvel article stipulant que les soins dentaires ne sont pris en charge que «s'ils sont occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles», «s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles», ou encore en cas «de lésions du système de mastication causées par un accident». En outre, les «maladies graves» sont définies de manière restrictive pour ne pas entraîner d'éventuels abus.²⁹ La limitation des prestations correspond aux mots d'ordre réitérés depuis des années par la SSO selon lesquels l'assurance, sociale ou volontaire, s'apaise la prévention et risque d'entraîner un surcoût pour l'ensemble des assurés-e-s. Aussi, la commission politique de la SSO pèse-t-elle de tout son poids auprès des experts pour éviter d'englober les soins dentaires «préventifs» dans les actes remboursés. En conséquence de l'introduction restrictive de ces soins dans la LAMal, les médecins-dentistes ne sont «assimilés» à des médecins que dans ces conditions restreintes,³⁰ ce qui peut être considéré comme l'exact reflet de leur intégration en tant que branche différenciée de la médecine, situation qui convient pleinement à la SSO: cette intégration partielle des médecins-dentistes à l'ensemble des praticiens rémunérés par l'assurance sociale tend à écarter le risque d'un mode de facturation forfaitaire risquant de faire baisser la qualité des soins. Les nouvelles dispositions légales retenues par les experts sont complétées par le Parlement fédéral au cours des débats des années 1992–1993. A nouveau, la SSO l'influence dans une acception toujours plus restrictive. Comme lors des années 1980, elle intervient auprès des commissions pré-parlementaires du Conseil des Etats et du Conseil national afin de faire adopter l'alinéa qui permettrait de couvrir les «affections non évitables du système masticatoire».

En plenum, les seuls contradicteurs sont les conseillers fédéraux présents – Flavio Cotti et Ruth Dreyfus – qui demandent de l'écarter aux motifs que la notion de «non évitable» est difficile à appliquer, et qu'elle risque d'introduire la négligence personnelle comme un motif de réduction des prestations. L'alinéa est toutefois adopté à une large majorité, et, signe d'un large consensus sur la restriction des actes de dentisterie remboursés par la LAMal, aucun-e député-e ne propose une extension des prestations.³¹

Au cours de la campagne référendaire, la SSO laissera une liberté de vote à ses membres sur la question de la LAMal. Si elle milite pour le oui sur le strict point de vue de l'article sur les soins dentaires qui se conforme à son lobbying, elle estime que la LAMal et l'introduction de soins pré-tarifés sont contradictoires pour «l'entrepreneur propriétaire d'un cabinet» et que l'obligation d'assurance négative pour les citoyen-ne-s à cause de l'augmentation prévisible des primes. Concernant le deuxième objet soumis au vote, une initiative socialiste demandant «une assurance-maladie financièrement supportable», la SSO préconise son rejet, car elle augurerait d'un financement par cotisation sociale paritaire – réactualisant ainsi ses arguments des années 1970.³² Cette dernière est largement rejetée par les citoyen-ne-s et les cantons, et la LAMal est acceptée à une courte majorité en septembre 1994.³³ Le nouveau régime assurantiel est désormais adopté, et la SSO poursuit ses collaborations avec l'OFAS et les caisses maladie.³⁴

Epilogue en guise de conclusion

Vincent Barras, avec la collaboration de Thierry Delessert

Comme il était indiqué en tête du premier de cette série d'articles historiques portant sur les 125 ans de la SSO, nous avons abordé dans chacun d'eux une problématique spécifique de l'histoire de la profession de médecin-dentiste et des divers métiers de l'art dentaire. La SSO a représenté le

personnage principal de ce récit. Certes, d'autres histoires, ou plus exactement d'autres points de vue auraient été possibles: une histoire centrée non pas sur l'organe faïtier et les principaux enjeux de sa politique durant 125 ans, mais sur les praticien-ne-s eux-mêmes et leur place dans la société, ou encore une histoire centrée sur les patient-e-s et leurs besoins et revendications spécifiques, ou enfin une histoire qui s'attacherait à souligner les développements techniques et scientifiques – ils furent certes très importants – de la médecine dentaire contemporaine. Ces histoires attendent encore leur historien-ne, mais elles en sauraient se passer de prendre en compte aussi la SSO en tant qu'acteur crucial que cette recherche a tenté de mettre en évidence.

Ce point de vue historique spécifique a permis de mettre en évidence, comme ce dernier article le marque particulièrement, un cheminement de la réflexion et des conceptions riches en contradictions fertiles au cours des 125 ans écoulés: la SSO promeut une profession médicale au sens fort du terme, une profession toutefois distincte de la médecine humaine; la SSO encourage une relation médecin-malade privée, tout en s'occupant largement de santé publique; la SSO défend une logique entrepreneuriale du métier, tout en insistant sur son importance sociale; et enfin, la SSO encourage la pratique individuelle du médecin-dentiste, tout en se préoccupant d'une organisation du travail complexe en équipe pluridisciplinaire.

Aujourd'hui, la SSO est une nouvelle fois confrontée à d'importantes transformations du champ professionnel et social, dont la question de la féminisation de la profession et des conséquences dans l'organisation et la pratique n'est pas la moindre. En tant qu'historiens, nous ne saurions bien sûr nous transformer à notre tour en prophètes et prédire ce qu'il adviendra de la profession de médecin-dentiste à l'avenir. Nous pouvons toutefois souligner que les contradictions fertiles n'ont pas manqué dans l'histoire de la SSO, qu'elles en ont même été constitutives, et qu'à ce titre, nous ne doutons guère que les défis qui attendent la médecine dentaire en Suisse aujourd'hui et demain seront relevés avec la même compétence par une instance professionnelle forte de son expérience et de son histoire.

Arrivés au terme de cette enquête, il nous tient à cœur de remercier tout d'abord les historiennes et archivistes qui ont apporté leur concours à cette recherche, Valérie Gorin, Marie Tavera, Séverine Allimand et Clémence Cornuz; nous remercions aussi vivement M^{me} Anna-Christina Zysset, pour sa patience et sa compétence dans la mise en forme des articles pour la RMSO, Maître Alexander Weber et l'ensemble de l'équipe administrative de la SSO à Berne pour leur disponibilité et

la mise à disposition des archives de la SSO, ainsi que l'ensemble du comité de la SSO, dont la confiance a été sans failles.

- ¹ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), département de l'intérieur, 1969 (non publié).
- ² Schär Bernhard, «Karies, Kulturpessimismus und KVG. Zur Geschichte der Zahnmedizin in der Schweiz», *Traverse*, 2008/2, 99–105.
- ³ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), département de l'intérieur, 1969 (non publié), 11.
- ⁴ «Le médecin-dentiste en 2010». *Réalités et perspectives de la profession pour l'an 2010*, (nd.) SSO, 13.
- ⁵ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), département de l'intérieur, 1969 (non publié), 8–10.
- ⁶ Thierry Delessert, Vincent Barras, «III: L'art dentaire: métier ou profession? Une perspective historique», *Revue Mensuelle Suisse d'Odontostomatologie*, Vol. 121 5/2011, 498–501 («III: Zahnärztliche Kunst: Handwerk oder Beruf? Eine historische Darstellung», *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, Vol. 121, 5/2011, 468–472); Vincent Barras, en collaboration avec Thierry Delessert, «La reconnaissance professionnelle du médecin-dentiste: une longue histoire», *Revue Mensuelle Suisse d'Odontostomatologie*, Vol. 121 7/8/2011, 763–765 («Die Anerkennung des Zahnarztberufs: eine lange Geschichte», *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, Vol. 121, 7/8/2011, 715–717).
- ⁷ «Message du Conseil fédéral à la haute Assemblée fédérale concernant le projet de loi sur l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse. (Du 18 mai 1877.)», in *Feuille Fédérale*, II 1877, 826.
- ⁸ «Message du conseil fédéral à l'assemblée fédérale concernant l'application, aux dentistes, de la loi fédérale sur l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse, du 19 décembre 1877. (Du 26 novembre 1886.)», in *Feuille Fédérale*, III 1886, 700–701. Voir à ce sujet Arthur-Jean Held, «Une gestation longue et un enfantement laborieux: la médecine dentaire aujourd'hui en Suisse», *Revue médicale suisse d'odontostomatologie*, 1981, 798s.
- ⁹ «La question des études odonto-stomatologiques il y a 50 ans», *Bulletin professionnel de la SSO*, 1956, 402–403; «L'évolution de la dentisterie dans ses rapports avec la médecine», *Bulletin professionnel de la SSO*, 1956, 176–177.
- ¹⁰ «Règlement des examens fédéraux pour les professions médicales», *Recueil officiel*, 1964, 1314 et s.
- ¹¹ «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», in *Feuille Fédérale*, 1981, 140–141.
- ¹² «Message concernant la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd) du 3 décembre 2004», in *Feuille Fédérale*, 2005, 166–172.
- ¹³ «Message concernant la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd) du 3 décembre 2004», in *Feuille Fédérale*, 2005, 166–172.
- ¹⁴ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), département de l'intérieur, 1969 (non publié), 21.
- ¹⁵ *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.
- ¹⁶ «Le problème des «Dental Hygienists» en Suisse», *Médecine et hygiène*, 1963, 437.
- ¹⁷ «SSO-Diplomgehilfin: Ausbildung und Berufseinsatz der diplomierten Zahnarztgehilfin SSO», *Revue médicale suisse d'odontostomatologie*, 1989, 214.
- ¹⁸ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), département de l'intérieur, 1969 (non publié), 20.
- ¹⁹ *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).
- ²⁰ *Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Zahnmedizin (vom 7. August 1969)*, (Berne), département de l'intérieur, 1969 (non publié), 38–42.
- ²¹ *Plan d'études cadre filière de formation hygiène dentaire*, OdASanté, 2011, 4; voir aussi le site <http://www.odasante.ch>.
- ²² Chatton J.-Y., «Révision de la LAMA: prophylaxie et assurance des soins dentaires»; Plattner A. «Zur KUGV-Revision: Zahnärztliche Aspekte», *Bulletin professionnel de la SSO*, 50, 6, 1972, 323–325.
- ²³ «Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet modifiant la constitution fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie, accidents et maternité et Rapport sur l'initiative populaire pour une meilleure assurance-maladie (du 19 mars 1973)», in *Feuille Fédérale*, I, 1973, 929–930 et 944; voir aussi Thierry Delessert, en collaboration avec Vincent Barras, «Assurance-maladie et remboursement des soins dentaires. I: Les débats des années 1960–1970», *Revue Mensuelle Suisse d'Odontostomatologie*, Vol. 121, 1/2011, 102–104 («Krankenversicherung und Vergütung der zahnärztlichen Leistungen. I: Die Debatten der 60er-/70er-Jahre», *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, Vol. 121, 3/2011, 258–261).
- ²⁴ Jemelin A., «Eventuelle réorganisation de l'assurance-maladie (Révision de la LAMA)», *Bulletin professionnel de la SSO*, 47, 2, 1969, 61–68.
- ²⁵ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil des Etats*, séance du 25.9.1973, Berne: Office central fédéral des imprimés et du matériel, 545–553.
- ²⁶ «Message sur la révision partielle de l'assurance-maladie du 19 août 1981», in *Feuille Fédérale*, II, 1981, 1072.
- ²⁷ Müller-Boschung P., «L'actualité en médecine dentaire», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 97, 3, 1987, 391–392.
- ²⁸ Boitel Raoul H. «Actualité en médecine dentaire III», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 97, 4, 1987, 523; Müller-Boschung P., «Révision partielle de la LAMA (loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents) – La nouvelle LAMM (loi sur l'assurance-maladie et maternité)», *Bulletin professionnel de la SSO*, 60, 3, 1982, 97; Müller-Boschung P., «L'actualité en médecine dentaire», *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie*, 97, 3, 1987, 389.
- ²⁹ «Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991», in *Feuille Fédérale*, 1992, I, 139–140; 251.
- ³⁰ «Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991», in *Feuille Fédérale*, 1992, I, 147.
- ³¹ *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil des Etats*, séance du 17.12.1992, Berne: Office central fédéral des imprimés et du matériel, 1301–1302; *Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale. Conseil national*, séance du 5.10.1993, Berne: Office central fédéral des imprimés et du matériel, 1843–1844.
- ³² Herzog Urs, «Révision de la loi sur l'assurance maladie. Oui – ou pourquoi pas non?», *Internum SSO*, 1994, 136–137.
- ³³ «Arrêté du Conseil fédéral relatif à la votation populaire du 4 décembre 1994», in *Feuille Fédérale*, III, 1994, 1571.
- ³⁴ Thomans Hansruedi, «La médecine dentaire dans le cadre de la nouvelle LAMa», *Internum SSO*, 1995, 74–75; *Internum SSO* (sans auteur), 1997, 38, 97 et 139.

Manifestation organisée par la SSO Zurich le 21 septembre 2011 sur le thème «Médecins-dentistes et publicité»

«Le patient doit se rendre compte qu'il ne s'agit pas de lui vendre un produit...»

Le marché de la médecine dentaire est fortement disputé. De plus en plus de cabinets dentaires consacrent des moyens importants à la publicité. Ce faisant, ils sapent l'éthique de toute la profession. C'est ce que l'on a pu constater à l'occasion d'une manifestation organisée par la section SSO du canton de Zurich.

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information de la SSO (photos: m2d)

Roger Naef, président de la SSO Zurich, a présenté le thème de la soirée lors de sa brève introduction: quelle est la place de la publicité dans le domaine professionnel des médecins-dentistes? Quelle sorte de publicité est autorisée? Que peut-elle apporter? Ou bien: porte-t-elle préjudice à toute la profession? Que peut faire une section isolée avec ses règles d'éthique? Qu'en pense la Commission de la concurrence?

Médecins, avocats et théologiens

Parmi d'autres orateurs invités se trouvait la sociologue bernoise Marianne Rychner. Elle a montré comment les trois professions libérales classiques, les médecins, les avocats et les théologiens, s'étaient constituées au Moyen-Age. Ces professions libérales ont été le moteur à la genèse des universités. Leur action répondait depuis toujours

à cette logique fondamentale que l'on retrouve dans le serment d'Hippocrate: les médecins, les avocats et les théologiens ont des caractéristiques communes: revenus élevés, statut social de haut niveau, surveillance et contrôle en régie propre de la formation et de l'exercice de la profession, indépendance, prohibition de la publicité, profession libérale et obéissance à leur propres juridictions corporatives. Ces professions libérales se situent en quelque sorte dans un troisième cercle, à côté de l'Etat et du marché. Pourquoi? Au sens le plus large, elles ont toutes trois quelque chose en commun: prêter aide et assistance à autrui. Ceci vaut tout spécialement pour le médecin-dentiste, car ce n'est pas à l'évidence par pur plaisir que l'on se rend chez lui pour un contrôle de sa dentition. La raison saute aux yeux: on craint un traitement douloureux. Exprimé dans le jargon

de la sociologie, ceci veut dire que l'on ne va pas chez le médecin ou chez le médecin-dentiste pour acheter un produit. Le médecin assume par procuration une fonction de gestion de crise parce que le patient n'est pas en mesure de s'aider lui-même. Le patient a donc besoin que le soignant agisse en fonction de son bien propre. C'est le fondement même de l'indispensable relation de confiance.

Une thérapie n'est pas un produit

La société doit donc pouvoir être assurée que celui qui prodigue des soins médicaux s'oriente en fonction du bien du patient et non de la réussite économique. Le patient doit sentir que l'on n'essaie pas de lui vendre un produit, mais que le médecin, avec lui, va rechercher une solution pour résoudre son problème de santé. Cela ne signifie cependant pas qu'un médecin-dentiste ne doit pas bien gagner sa vie. Des honoraires appropriés vont même contribuer à ce que le médecin-dentiste ne devra pas s'en remettre à une logique purement économique. La sociologue a illustré son propos avec cette plaisanterie: un patient s'adresse à un chirurgien: «Docteur, cette opération est-elle vraiment nécessaire? J'ai une épouse et trois enfants à nourrir...» – «Moi aussi, cher ami, moi aussi!»

La nécessité de s'orienter en fonction de critères économiques peut ainsi devenir problématique. Si les honoraires sont trop bas, les professionnels libéraux se verront dans l'obligation de suivre un modèle d'incitations économiques. Ce faisant, ils vont saper les fondements éthiques de toute la profession.

La publicité a pour objectif en général de mettre en avant un produit en tant que tel. On n'achète pas un produit parce que l'on souffre. Avec un large sourire, la publicité des centres de médecine dentaire risque d'être contre-productive. Peut-être va-t-elle à l'encontre de l'évidence qu'un médecin ne fait pas de publicité, se demande Marianne Rychner. A ceci s'ajoute le fait que, d'habitude, la publicité fonctionne avec un certain degré d'exagération ainsi que l'on peut le constater avec les réclames caractéristiques qui vantent des produits de lessive. Cette logique publicitaire va donc «déteindre» sur les prestations vantées des médecins et des médecins-dentistes. La logique sous-jacente de la publicité «en réalité ce n'est pas vraiment ça» va se transposer sur l'image de celui qui fait de la réclame. Résultat: une image dégradée de toute la profession.

Le point de vue de la Commission de la concurrence

Olivier Schaller, vice-directeur de la Commission de la concurrence, défend un point de vue diamétralement opposé. Au début de son exposé, il



«Lorsque quelqu'un souffre, il ne veut pas acheter un produit que lui vanterait la publicité. On se rend chez le médecin ou chez le médecin-dentiste parce que l'on a besoin d'un diagnostic et d'une thérapie», nous dit Marianne Rychner, sociologue.

s'est référé à l'article 27 de la constitution fédérale qui garantit la liberté économique. Pour l'orateur, la publicité est un paramètre important de la concurrence. D'abord, la publicité permet la communication sur le marché et donne au consommateur la possibilité de comparer les prix et la qualité des produits. Il n'en va pas autrement dans le domaine de la santé. Les patients doivent de plus en plus payer les traitements de leur poche. C'est pourquoi il est bon qu'ils puissent se renseigner. C'est quelque chose qui relève aussi de la responsabilité propre de chacun. Olivier Schaller ne peut pas concevoir que la publicité des médecins-dentistes porterait préjudice au statut de la profession. Certes, la publicité n'est peut-être pas autorisée dans tous les cas de figure, mais c'est un risque qu'il faut prendre en considération. L'orateur verrait même avec satisfaction qu'il y ait un plus grand nombre de médecins-dentistes fiers de leurs savoirs et de leurs compétences et qui le communiqueraient par le biais de la publicité.

Débat

Une fois définies les positions, s'est ensuivi un débat de podium auquel se sont associés le médecin-dentiste cantonal zurichois Werner Fischer et Peter Loosli, secrétaire de la section de Zurich de la SSO. Le premier a souligné que le titulaire d'un cabinet dentaire est responsable pour sa publicité; il doit donc être explicitement nommé dans celle-ci. Les affirmations publicitaires doivent être exactes, ne doivent être ni trompeuses ni pressantes. Certes, ce dernier point est difficile à définir. Nul doute que le médecin-dentiste puisse faire savoir qu'il ouvre un nouveau cabinet dentaire et faire état de ses compétences. Pour le reste, Werner Fischer est plutôt restrictif. Les publicités excessives sont le fait de confrères qui ne sont pas bien établis dans la profession: «Ils font des affaires, il font du mal aux patients, et ils continuent...»



Pour le Dr Oliver Schaller, le rôle premier de la publicité est de rendre possible la communication sur le marché. Les consommateurs peuvent ainsi comparer les prix et la qualité des produits. Il n'en va pas autrement dans le domaine de la santé!



Pour être efficace toute publicité doit vivre de l'exagération. Le client le sait fort bien et il l'accepte. Dans le domaine médical cependant, cette logique publicitaire porte préjudice à toute la profession!

Peter Loosli s'est attaqué à l'emploi fréquent de la notion de produit: «Un traitement de médecine dentaire n'est pas un produit! C'est une action. Du point de vue du droit, il s'agit d'une relation de mandat.» Du point de vue de la sociologie, Marianne Rychner a insisté précisément sur cette



Pour le Dr Werner Fischer, médecin dentiste cantonal, les excès en termes de publicité sont le fait de confrères qui ne sont pas bien établis dans leur profession: ils font des affaires, ils causent du tort à leurs patients, mais ils continuent...

différenciation: «Il y a une différence fondamentale entre un produit et un traitement. Lorsque quelqu'un a mal, ce n'est pas un produit que lui vante la publicité qu'il veut acheter. On se rend chez le médecin ou chez le médecin-dentiste parce que l'on a besoin d'un diagnostic médical ou d'un traitement. Ce n'est qu'à ces conditions que pourra s'établir une relation de confiance entre le médecin et son patient.»

Les membres présents de la SSO Zurich ont activement participé au débat. Beat Wackerle, membre du Comité de la SSO, a posé la question de savoir pourquoi la SSO en tant qu'association n'impose pas de plus sévères limitations à la publicité, que celles que prévoit le législateur. Olivier Schaller a renvoyé au parlement fédéral, lui qui a fait les lois telles qu'elles sont aujourd'hui. Dans le public, on s'est alors élevé avec véhémence contre le fait que la SSO pourrait imposer des limitations à la publicité plus sévères que celles édictées par le législateur. Marianne Rychner est venue à la rescousse: «L'esprit du temps va actuellement à l'encontre de l'autonomie des professions libérales.» Une péripétie historique pour elles: la reconnaissance qu'il faudrait une organisation corporative pour imposer des limites...

Au service de la bonne santé du parodonte

C'est à la fin du mois de décembre qu'Herbert Hofstetter, D^r méd. dent., spécialiste en parodontologie, va quitter l'école d'hygiène dentaire au centre de formation medi. Il en a remis la conduite opérationnelle déjà au mois de septembre à celle qui va lui succéder. «A mon avis, la parodontologie est le fondement de la plupart des domaines de la médecine dentaire», nous explique le parodontologue. Cette conviction lui a permis de transformer la profession «hygiéniste dentaire» en celle de «thérapeute du parodonte». Il a inscrit à son palmarès nombre de victoires pour les hygiénistes dentaires. Des membres de la commission aiment se souvenir de ses exposés techniques richement illustrés. Notre rédactrice s'est entretenue avec le directeur de l'école sur le départ.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: Paul Steinmann, Köniz)

RMSO: «Vous avez travaillé pendant plus de vingt-sept ans à l'école d'hygiène dentaire. Comment en êtes-vous arrivé à assumer cette mission passionnante?»

Herbert Hofstetter, D^r méd. dent.: «J'ai fait très tôt la connaissance des activités de l'hygiéniste dentaire (HD) alors que j'étais maître assistant à la clinique couronnes et ponts de l'Université de Berne et j'ai appris à les apprécier à leur juste valeur. Mon patron d'alors, le Professeur Klaus Lang, m'avait très précocement rendu attentif à l'importance du rôle de l'HD lors des traitements et pour le suivi au long cours des patients. J'ai posé ma candidature au poste de chef de clinique lorsque les plans ont été connus pour que Berne aussi ait son école d'HD, à côté de Zurich et de Genève.»

«Qui étaient vos mentors avec qui vous pouviez avoir des échanges?»

«Je dois ma formation de parodontologue en premier lieu au Professeur Klaus Lang. Les pères spirituels de l'Ecole d'hygiène dentaire de Berne ont été le Professeur Hans Graf (président du Conseil de fondation), le D^r Roland Saladin (praticien privé et parodontologue) et le D^r Fred Haenssler (directeur du Centre de formation Feusi). Ils ont constamment été à mes côtés et m'ont apporté leur soutien dans tous les domaines.»

L'HD joue un rôle essentiel pour le suivi des patients

«Vous êtes médecin-dentiste spécialiste en parodontologie. Que trouvez-vous de pas-

sionnant dans ce domaine de spécialisation?»

«A mon avis, la parodontologie est le fondement sur lequel reposent la plupart des disciplines de la médecine dentaire. Un parodonte en bonne santé ou assaini, c'est la condition préalable fondamentale en médecine dentaire à toute reconstruction réussie à long terme. Qu'il s'agisse d'une obturation, d'une couronne, d'un bridge ou d'un implant, il faut tout d'abord assainir les tissus parodontaux et/ou péri-implantaires. Le suivi professionnel à vie (recall) revêt une importance toute particulière. C'est ici que l'HD revient au premier plan: c'est elle qui joue le rôle principal.»

«Avez-vous déjà enseigné, et dans quels domaines prioritaires?»

«J'ai enseigné avec beaucoup de satisfaction aussi bien aux Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (ZMK Berne) qu'à l'Ecole d'hygiène dentaire de Berne (DHSB). J'ai développé aux ZMK l'enseignement synoptique. A la DHSB, les priorités de mon enseignement portaient sur la médecine dentaire préventive et sur la parodontologie bien évidemment. Par ailleurs, j'ai participé à l'enseignement clinique et transmis les bases de l'anamnèse médicale.»

Le défi majeur: le personnel!

«Quelles ont été les urgences à résoudre au long des premières années?»

«Les premières années ont été marquées par la réalisation de la DHSB. A côté de l'aménagement des locaux d'enseignement, de clinique et de traitement, il s'agissait en premier lieu d'élaborer le curriculum (deux ans à ce moment encore) et de le mettre en œuvre. Pour y parvenir, nous avons été aidés généreusement de divers côtés.»

Qu'y a-t-il de plus important au monde?
L'Etre humain, l'Etre humain, l'Etre humain.
He aha te mea nui i tenei Ao?
He tangata, he tangata, he tangata.

Proverbe Maori

«L'Ecole d'hygiène dentaire de Berne s'est ouverte sous votre direction en 1984. Etes-vous intervenu déjà lors de la phase de planification?»

«Oui. J'ai été nommé un an déjà avant l'ouverture de l'école. J'ai pu ainsi contribuer et collaborer à l'ensemble de la planification et de la réalisation. La collaboration avec l'architecte, M^{me} Anna Kohler, a été particulièrement passionnante. J'ai été sur le chantier quasiment tous les jours et j'ai pu faire état de mes conceptions et de mes vœux aussi bien pendant la construction que pour les équipements.»



Herbert Hofstetter: «Toute carrière d'HD commence par un entretien avec le directeur de l'école.»



Formation pratique en clinique sous la surveillance attentive de l'enseignante.

Ce sont en particulier l'Ecole HD de Zurich, les ZMK de l'Université de Berne et les associations professionnelles SSO et SSP qui ont joué un rôle essentiel.»

«Pendant toutes ces années, le plus grand défi a été (et reste encore) le secteur des ressources humaines. Il a longtemps été très difficile de trouver des collaboratrices et des collaborateurs appropriés et simultanément intéressés. Plus tard, d'innombrables grossesses, congés de maternité et absences pour cause de maladie ont été notre lot quotidien. Il m'est arrivé de vivre des temps bien difficiles ...»

La thérapeute du parodonte doit savoir motiver son patient

«Comment en est-on arrivé à la professionnalisation de la profession? Quels ont été les acteurs déterminants dans ce processus?»

«Au cours de ces dernières années, la profession d'hygiéniste dentaire n'a cessé de poursuivre son développement. Le champ d'activités s'est élargi et exige des compétences nouvelles. L'hygiéniste dentaire qui s'occupait principalement de l'hygiène buccale de ses patients est devenue «thérapeute du parodonte». La détection précoce et le traitement des affections du parodonte comptent parmi les activités les plus importantes

de l'HD. Il lui faut donc posséder des connaissances techniques fondées ainsi que des aptitudes manuelles largement au-dessus de la moyenne.»

«Ce qui est particulièrement exigeant, ce sont les rapports avec des groupes de patients parfois très différents les uns des autres. Pour être en mesure de traiter les maladies dentaires et parodontales à long terme et avec succès, la collaboration et la motivation du patient revêtent une importance cruciale. C'est pourquoi l'HD ne doit pas seulement disposer de larges connaissances techniques: tout aussi indispensables sont ses compétences personnelles et, particulièrement, aussi ses compétences sociales.»

«Aujourd'hui, la profession d'HD est connue de la plupart des habitants de notre pays. D'innombrables patients ont appris à apprécier les avantages d'un traitement régulier par une HD. C'est pourquoi la demande n'a pas cessé de croître.»

«Nombreux sont les acteurs importants qui ont écrit l'histoire à succès de la profession d'HD en Suisse: en font partie au premier chef les pionniers et visionnaires tels que le Professeur H. R. Mühlemann, le Professeur U. P. Saxer et le Professeur K. Lang. Le rôle essentiel a toutefois été joué par tous ceux qui ont concrétisé leurs idées et leurs conceptions, c'est-à-dire les collaboratrices et les collaborateurs des quatre écoles HD.»

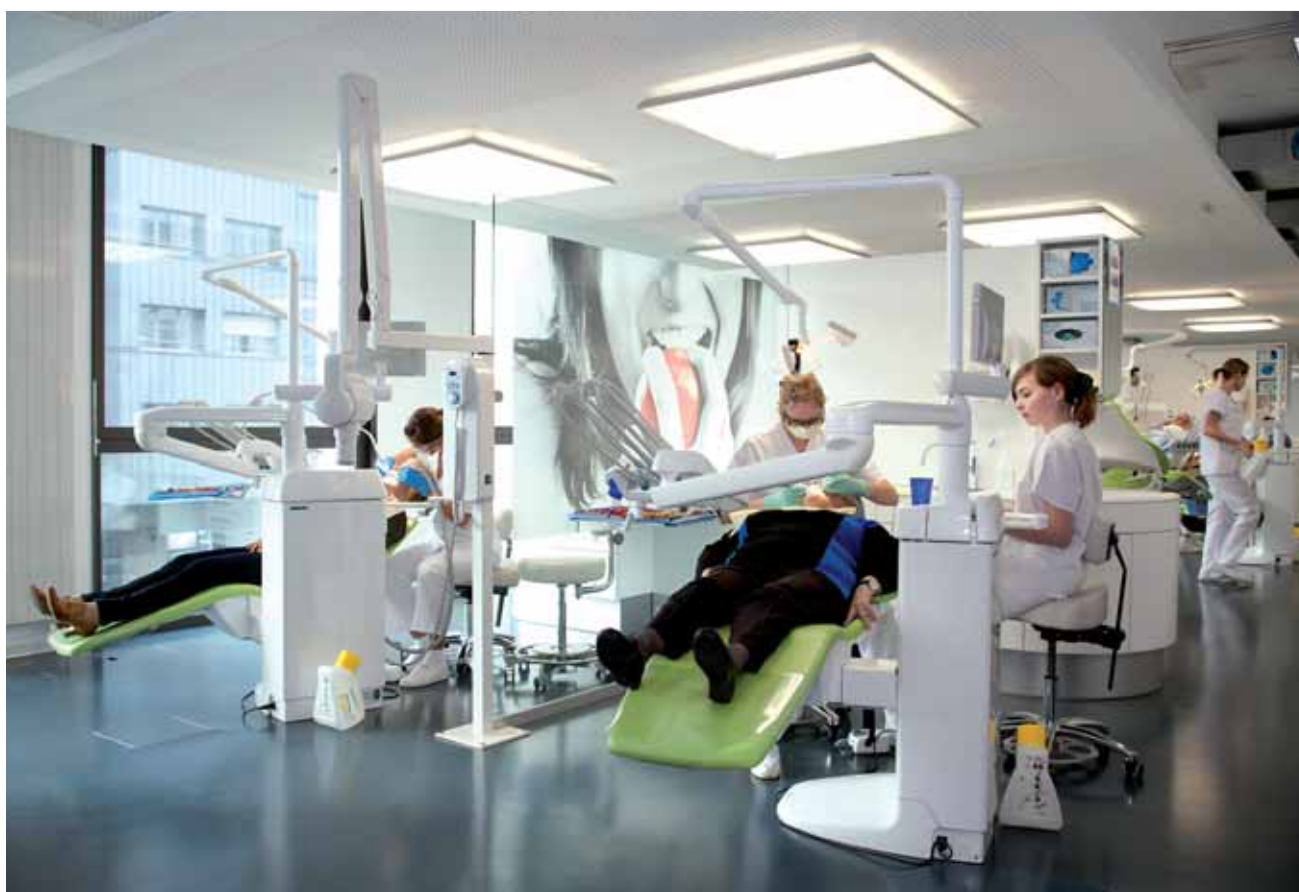
«Les écoles ont bénéficié du soutien intellectuel et financier des associations professionnelles Swiss Dental Hygienists et SSO, et de celui des autorités politiques de leurs cantons. Sans ces interactions complexes, la profession HD ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui devenue.»

«Quelles formations postgrade ont servi votre activité de directeur d'école?»

«Ma formation postgrade de médecin-dentiste spécialiste en parodontologie a été de la plus grande importance pour mon activité de directeur de la DHSB. Cependant, au début, les bases de la gestion d'entreprise me manquaient cruellement (économie d'entreprise, aspects juridiques, gestion des ressources humaines, etc.). C'est la raison pour laquelle j'ai suivi une formation de gestion en parallèle avec mes activités.»

«Les HD fraîchement diplômées sont très appréciées sur le marché du travail. En a-t-il toujours été ainsi?»

«Oui! La demande d'HD a toujours été très forte, dès le début. Bien que nous ayons formé plus de 500 HD ici à Berne, la situation sur le marché du travail est encore et toujours tendue pour les employeurs. On manque d'HD, surtout dans les régions rurales. Les raisons en sont multiples:



Le Centre medi dispose d'équipements ultramodernes. Coup d'œil au cœur de la nouvelle clinique de formation.

l'intérêt croissant de la population pour les prestations des HD, la durée relativement brève de l'exercice de la profession et le taux d'activité souvent très réduit. En effet, la plupart des HD sont des femmes qui ne travaillent qu'à temps partiel.»

Le patient est toujours au centre des préoccupations

«Les formateurs jouent souvent un rôle d'exemples. Qu'avez-vous apporté à vos étudiant-e-s sur leur parcours professionnel?»

«A côté des connaissances techniques, j'ai tenté de leur transmettre également les règles fondamentales de l'éthique. C'est le patient qui est toujours au cœur de nos activités de médecin-dentiste ou d'hygiéniste dentaire. Les intérêts propres de l'HD (augmentation excessive des rémunérations, privilèges ou limitations dans le domaine des horaires de travail, etc.) ne doivent donc pas être les premières priorités. Ce qui importe pour moi, c'est la collaboration au sein de l'équipe du cabinet dentaire. Chacun et chacune est important-e. Chacun et chacune a sa mission clairement définie. Ce n'est qu'ensemble que nous pourrions offrir le meilleur à nos clientes et clients, à nos patientes et patients.»

«Quel est votre avis sur l'activité d'hygiéniste dentaire indépendante?»

«L'HD est une collaboratrice importante au sein de l'équipe de médecine dentaire. Sans la présence d'un médecin-dentiste, différentes activités essentielles (prises de radiographies, anesthésies terminales, etc.) ne sont pas autorisées. C'est pourquoi l'activité indépendante d'HD n'a pas de sens s'il n'y a pas de collaboration avec un médecin-dentiste. Par contre, l'indépendance économique de l'HD au sein d'un cabinet dentaire peut être à l'avantage de tous les intervenants.»

Nouvelle étape de la vie

«Les voyages sont votre passion. Quel sera le prochain?»

«Notre prochain voyage nous mènera en Asie du Sud-Est, en Australie et en Nouvelle-Zélande, mon épouse et moi. Pour une fois, nous voulons laisser l'hiver derrière nous et rendre visite à divers amis et relations de l'autre côté de la planète.»

«Qu'est-ce qui importe pour vous dans les voyages?»

«Pour moi, voyager est important de deux points de vue: d'une part, je souhaite découvrir du nouveau et de l'inconnu. Je m'intéresse aux autres cultures, aux autres modes de vie. C'est pourquoi

je donne la préférence à l'hébergement chez les gens du cru et non dans de quelconques hôtels anonymes. Toute aussi importante en voyage, c'est la distance par rapport à la Suisse. Ce n'est qu'après un certain temps loin du pays que je peux considérer avec un esprit critique, voire remettre en question, nos mentalités ou notre système politique avec ses avantages et ses inconvénients. C'est dans cette perspective que notre prochain voyage me permettra aussi de réfléchir à comment vivre cette prochaine étape de notre existence.»

Complément à l'éditorial novembre 2011

Le site kantonzahnärzte donne des indications pour les assurances sociales intéressant les requérants d'asile et les bénéficiaires des prestations payées par les caisses de compensation. Il ne donne pas des indications sur les options thérapeutiques subventionnées (LAA, LAMal, AI).

La rédaction

La parodontologie: un travail d'équipe

Dominik Hofer, médecin-dentiste (SSP) spécialiste en parodontologie tient avec Markus Grassi un cabinet dentaire privé à Langnau im Emmental. Ces deux médecins-dentistes spécialistes s'occupent également intensément de politique corporative. Markus Grassi dirige la section SSO bernoise depuis des années, alors que Dominik Hofer est à la tête de la société de discipline SSP (Société suisse de parodontologie).

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

Ce sont ses études en médecine dentaire qui ont conduit ses pas à Berne, lui qui était né et avait grandi à Flawil en Suisse orientale. Voici ce que Dominik Hofer nous dit de sa carrière professionnelle: «Tout s'est passé de manière relativement ordonnée et peu spectaculaire.» Il est marié, joue du violon et apprécie la musique. Il aime la photographie et conduit en amateur des recherches sur les papillons. C'est cet amour des papillons qui l'on conduit déjà plusieurs fois dans les forêts tropicales, pour autant que son emploi du temps le lui permette.

Les traitements du parodonte sont lourds RMSO: «A quelles exigences particulières un cabinet dentaire de parodontologie doit-il répondre?»

Dominik Hofer: «Il faut faire la distinction entre un cabinet de seule référence et un cabinet généraliste qui met l'accent sur la parodontologie. Tous deux sont très exigeants en matière de personnel et requièrent une collaboration impeccable avec le confrère qui réfère le patient. Si plusieurs cabinets dentaires sont impliqués, la seule planification du traitement peut déjà demander beaucoup de travail dans certaines conditions. Le déroulement et la coordination du traitement sont

donc plus aisés si le patient est traité de manière synoptique dans le même cabinet dentaire.»

«Quelles sont les exigences que vous posez avec Markus Grassi à l'équipe de votre cabinet dentaire?»

«Dans une équipe importante, il faut connaître les points forts de chaque collaboratrice et les encourager de manière ciblée. Nous demandons beaucoup, à commencer par nous-mêmes les médecins-dentistes. Nous nous efforçons d'offrir un environnement intéressant et amical à nos collaboratrices. L'alternance entre travaux administratifs et assistance au fauteuil y contribue. Les assistantes dentaires doivent pouvoir compter sur des processus de traitement bien définis et organisés, et bien adaptés les uns aux autres. En fin de compte, un cabinet dentaire ne fonctionnera au mieux que si tout le monde tire à la même corde. C'est un véritable défi dans le contexte d'une activité à la fois technique et très exigeante.»

Nous n'avons pas besoin de spécialistes par centaines

«Selon la société de discipline SSP, il y a actuellement quatre-vingt-quatre médecins-dentistes parodontologues diplômés SSP.

Cela est-il suffisant à long terme pour la Suisse?»

«Nous n'avons pas besoin de centaines de spécialistes. Pour les soins de base en parodontologie, nous n'en avons d'ailleurs pas besoin du tout. Les spécialistes doivent se répartir sur le territoire de manière équilibrée et apporter leur soutien aux médecins-dentistes dans les cas difficiles, grâce à leurs savoirs spécifiques et aux possibilités thérapeutiques dont ils disposent. La SSP n'a aucune influence sur la répartition géographique de ces spécialistes, ni sur l'immigration en provenance de l'étranger. Nous sommes naturellement satisfaits qu'un programme postgrade en parodontologie soit proposé dans les quatre universités. Nos jeunes confrères ont ainsi la possibilité de suivre en parodontologie une formation postgrade de haut niveau. On pourra ainsi compenser les départs de spécialistes pour raison d'âge.»

Parodontologie et hygiène dentaire vont la main dans la main

«La SSP propose aux hygiénistes dentaires la qualité de membre hôte. Pourquoi?»

«Les hygiénistes dentaires (HD) sont des partenaires importants au sein de tout cabinet dentaire de parodontologie. Conformément à sa tradition, la SSO a toujours tenté lors de ses congrès annuels de proposer aux HD un programme et un contexte appropriés. En tant que membre hôte, elles font partie de la grande famille de la SSP.»

Collaboration et partenariat

«Quelle est l'importance des HD au cabinet dentaire de parodontologie?»

«Pour moi personnellement, la parodontologie ne peut pas se concevoir sans hygiénistes dentaires. J'ai le privilège de travailler avec des HD à la fois engagées et disposant de hautes compétences



Quelle est la différence entre un cabinet dentaire généraliste et un cabinet de parodontologie?

Carrière de Dominik Hofer

Dominik Hofer a suivi l'école primaire à Flawil et le gymnase à St-Gall. Il a ensuite fait ses études de médecine dentaire à Berne, rédigé une thèse en microbiologie portant sur les patients atteints du sida, puis accompli une spécialisation en parodontologie.

Ses recherches sur les patients VIH l'ont tout naturellement mis en rapport avec le professeur Klaus Lang, et celui-ci a exercé une influence décisive sur la suite de sa carrière. «La parodontologie est la discipline la plus passionnante de la médecine dentaire: en effet, elle peut et doit rassembler toutes les autres disciplines imaginables», telle est la conviction de ce spécialiste qui a choisi d'exercer en Emmental.

«A l'époque où je rédigeais ma thèse de doctorat, nous avons rencontré pendant les consultations destinées aux personnes atteintes du VIH de nombreux patients présentant des manifestations orales particulières. Les soignants se trouvaient alors dans un état de notable et perceptible insécurité en relation avec les contacts avec ces patients. Ce sont surtout les affections du parodonte qui présentaient une image différente de celles auxquelles nous nous étions précédemment habitués. Je constate aujourd'hui avec satisfaction que les progrès accomplis dans la prévention et les thérapies médicamenteuses font que ces maladies opportunistes ne sont plus que très rarement observées.»

Vivre avec le VIH

«La pratique d'un concept d'hygiène clair et précis au sein du cabinet dentaire associé au port de gants, masques et lunettes protégeront toute l'équipe du cabinet dentaire contre les infections VIH ainsi que des hépatites B et C. Diverses manifestations orales sont souvent associées à une éventuelle infection par le VIH: candidiase orale, atteintes nécrosantes du parodonte, stomatite nécrosante, leucoplasie chevelue, ulcération aphteuse, sarcome oral de Kaposi et manifestations orales d'infections par des virus du groupe herpes ou par des cytomégalovirus. Lorsque l'on se trouve confronté à des affections de cette nature il y a lieu d'ordonner un examen de médecine interne après une anamnèse et un examen clinique complets. Nous avons, au cabinet dentaire précisément, la possibilité de détecter à temps d'éventuelles maladies infectieuses ou d'autres atteintes systémiques grâce à des recall réguliers», estime Dominik Hofer.

Cabinet dentaire en commun

Dominik Hofer dirige un cabinet dentaire de parodontologie avec Markus Grassi. Il l'avait rencontré par hasard au service militaire et ils ont parlé de son travail avec des patients atteints du sida. «Il en est ressorti une perspective intéressante pour ma thèse de doctorat. Je l'ai rédigée à la Clinique de parodontologie ensemble avec Markus Grassi et les maîtres assistants d'alors Christoph Hämmerle et Andrea Mombelli. Après ma formation postgrade, il me fallait passer encore un an à la clinique pour ma spécialisation auprès d'un spécialiste en parodontologie (aujourd'hui: médecin-dentiste spécialiste en parodontologie). C'est à cette époque que le Dr Grassi avait un poste correspondant libre, et j'ai donc effectué auprès de lui l'année d'assistantat que je devais accomplir. Après quatre ans d'assistantat, nous avons décidé tous les deux que nous pourrions poursuivre notre collaboration», nous raconte Dominik Hofer.



Dominik Hofer: «J'ai le privilège de travailler avec des professionnels engagés dont les compétences scientifiques, mais aussi sociales, sont du plus haut niveau.»

professionnelles et sociales. L'HdD doit être une partenaire engagée de l'équipe du cabinet dentaire. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions soigner nos patients de manière optimale. De plus, les échanges de tous les jours sont enrichissants et stimulants pour le médecin-dentiste.»

«A quel point la parodontologie a-t-elle changé depuis votre spécialisation?»

«Prenons l'exemple de la chirurgie mucogingivale. Nous avons de nombreuses possibilités nouvelles et perfectionnées de traitement depuis l'introduction du microscope opératoire et des instruments

de microchirurgie. Les études cliniques ont également mis en évidence les possibilités et les limites des traitements de régénération tissulaire guidée (GTR). Aujourd'hui, nous parlons tous de la gestion des risques. C'est une notion qui a pris pied en parodontologie ces dernières années.

Aujourd'hui, nous pouvons évaluer le patient et ses besoins individuels de manière à la fois structurée et efficace, et lui proposer la thérapie qui convient.»

«Que signifie «gestion des risques» en parodontologie?»

«L'analyse des risques pour un patient atteint de parodontite comprend entre autres les aspects suivants: fonte osseuse précédente en rapport avec l'âge, nombre et profondeur des poches résiduelles, facteurs systémiques, indice BOP, tabagisme et nombre de dents présentes.»

Pas d'implant si le parodonte n'est pas en bonne santé

«Aujourd'hui, les implants font partie de la routine quotidienne en médecine dentaire. La SSP s'engage dans la cadre de la Fondation Implants Suisse, ce qui n'est pas du goût de tous les parodontologues. Nous sommes toutefois convaincus que la préservation des dents naturelles est une contribution essentielle pour l'implantologie. Tout le monde a intérêt à ce que le parodonte soit sain: l'état du parodonte est souvent déterminant pour la thérapie à appliquer. C'est pourquoi, au début d'un traitement, il y a lieu d'évaluer l'état des tissus du parodonte et de les «remettre en bon état». Une fois terminé un assainissement simple ou complexe, c'est cette phase de la prise en charge qui sera déterminante pour le succès du traitement subséquent.»

«Quel est la contribution de la parodontologie à la santé buccale du patient?»

«Bien que la notion de médecine orale soit connue depuis des décennies, ce n'est que ces dernières années qu'il est apparu à l'évidence que la cavité buccale revêt une importance capitale pour tous les médecins. Aujourd'hui, les médecins-dentistes et les hygiénistes dentaires en savent déjà beaucoup sur l'influence de la santé buccale sur l'état de santé en général. Ces connaissances ne sont toutefois pas la norme pour le corps médical dans son ensemble. La SSP a récemment lancé un nouveau projet afin de combler ce déficit des connaissances. Les patients âgés souffrant de maladies systémiques ont d'autres besoins et présentent d'autres risques. Il faut les connaître, et les traitements doivent s'adapter les uns aux autres dans les cabinets médicaux et dentaires. Il n'y a aucune raison médicale pour renoncer à traiter une infection de la cavité buccale. Une simple inflammation bactérienne chez un patient diabétique ou souffrant de troubles cardiovasculaires peut mener à de graves complications en l'absence de traitement approprié. Un parodonte en bonne santé est également la condition préalable indispensable à tout soin de médecine

dentaire. C'est aussi un fondement essentiel du bien-être général du patient. La santé buccale recouvre également la prévention de la carie et des érosions. La surveillance de l'état du parodonte et l'empêchement des caries de la racine comptent parmi les tâches essentielles en présence d'une parodontite. Nous sommes également convaincus que notre message dans les campagnes de la Fondation Implants Suisse trouvera un sol fertile!»

«A quelles évolutions doit-on s'attendre en parodontologie au cours de ces dix prochaines années?»

«La recherche fondamentale et les études cliniques permettront de mieux connaître des processus éminemment complexes. Les avantages cliniques de la recherche fondamentale sont souvent peu apparents au premier coup d'œil. Mais, tôt ou tard, elle se met à notre service lorsqu'il s'agit d'élaborer un traitement optimal. Rien qu'en microbiologie, les connaissances actuelles font apparaître de nouvelles stratégies de traitement. Ma liste de vœux pour ces prochaines années inclut de plus amples informations sur la parodontite et sur les maladies systémiques. Elle attend aussi des réponses à la question de savoir quel sont les patients qui vont développer plus tard une parodontite, ainsi qu'un moyen efficace de prévenir la carie des racines.»

«A quel point l'exercice de votre métier est-il important pour vous?»

«Il est très important. Nous sommes déjà passablement limités par rapport aux années précé-

dentes. C'est pourquoi nous ne devons pas perdre de vue les propositions idoines au plan politique. Nous autres médecins-dentistes suisses nous trouvons dans une situation encore relativement confortable si l'on considère les conditions de travail du corps médical en Suisse, ou les limitations légales imposées à nos confrères d'Allemagne. La collaboration est tout à fait excellente avec la SSO, notre organe de «politique corporative». En tant que société de discipline, nous n'avons que peu, voire pas d'influence sur les décisions politiques. Les évolutions du nouveau tarif dentaire Dentotar montrent toutefois à l'évidence que la pression se fait toujours plus forte, pour les médecins-dentistes également.»

«Quelle est votre motivation pour vous engager en politique corporative?»

«En ma qualité de président d'une société de discipline, je ne peux éviter de me colleter avec des questions de politique professionnelle. Nous avons aujourd'hui des formations postgrade accréditées au niveau fédéral et pour lesquelles la SSP assume encore et assumera toujours la responsabilité. Dans tous les autres domaines, nous dépendons de l'excellente collaboration qui règne avec la SSO et avec les autorités fédérales. Cette collaboration fonctionne très bien, mais elle exige beaucoup tout en étant passionnante. Le réseau personnel que j'ai pu mettre sur pied tout au long de ces dernières années est pour moi un «levier de la plus remarquable efficacité!»



«Lycorea halia atergatis de Costa Rica», <http://www.flickr.com/photos/dominikhofer/sets>

Nécrologie Urs Laederach

La conscience linguistique de la SSO



Urs Laederach, 28 octobre 1955–
28 octobre 2011

Les dossiers sont toujours bien rangés sur son bureau. Nous recevons encore des courriels et des appels téléphoniques qui lui sont destinés. Mais son fauteuil reste obstinément vide: Urs Laederach nous a quittés.

C'est le 1^{er} juin 2006 qu'Urs Laederach a rejoint notre équipe du Service de presse et d'information. Ce fut un privilège pour la SSO que de pouvoir compter sur les compétences d'un spécialiste expérimenté de la publicité, précisément au moment de notre première grande campagne de profilage. Il a veillé jalousement au respect de l'identité corporative de la SSO tout en étant toujours prêt à apporter son soutien aux sections de notre association professionnelle. Son style, inimitable, a marqué nos publications «infodents» et «Dentarena». Son sens très sûr de la langue allemande était tel que le Duden a corrigé l'une de ses rubriques en ligne après une intervention de sa part...

Travailler avec Urs était une joie de tous les instants. Son esprit de collégialité, d'empathie et d'humour nous a permis de vivre des moments inoubliables, jour après jour. Il était exemplaire dans sa disponibilité et son sens des responsabilités. A tous les projets dont il s'occupait, il a toujours voué la même attention: chaque affaire ne pouvait être menée que jusqu'à son achèvement complet.

Urs consacrait ses loisirs à sa passion, la littérature. Si l'on évoquait lors d'une pause-café un ouvrage comme les mille cent pages du «2666» de Roberto Bolaño, il l'avait lu deux semaines plus tard déjà. Dernièrement, nous avons parlé des thèses de Pierre Temkine qui a relu et réinterprété la pièce en deux actes de Beckett «En attendant Godot».

Nombreux étaient les dons d'Urs Laederach, une personnalité qui aimait la vie, un homme à la fois tout de curiosité et infiniment attachant. Le 28 octobre dernier, le jour même de son cinquante-sixième anniversaire, il a perdu son combat contre une leucémie aiguë diagnostiquée seulement trois semaines plus tôt. Il nous manque.

Marco Tackenberg
Chef du Service de presse et d'information de la SSO

Reviews

Endodontie

Balto K:
Tooth survival after root canal treatment
Evid Based Dent 12: 10–11, 2011
<http://www.nature.com/ebd/journal/v12/n1/full/6400772a.html>

De très nombreuses études ont analysé les résultats à long terme du traitement radiculaire non chirurgical. Les taux de succès se sont situés entre 53% et 95%. Le survol de ces articles fait état d'incohérences dans la définition et la classification des résultats enregistrés, ce qui explique la variabilité des taux de succès. Une quantification objective du résultat a été par exemple utilisée dans une étude sur les dents lactéales endodontiquement traitées en sélectionnant les données de 14 études, dont 10 étaient rétrospectives. Toute comparaison directe des résultats fut compromise par des différences substantielles dans les caractéristiques de l'étude. Seuls quatre critères purent être validés pour améliorer significativement la survie dentaire. Ces critères, dans l'ordre décroissant d'influence, comprenaient: (1) une restauration coronaire après le traitement, (2) une dent

dotée de deux contacts proximaux, (3) une dent non utilisée comme pilier de prothèse fixe ou amovible, (4) une dent qui n'était pas une molaire. La proportion des dents survivant entre 2 et 10 ans après le traitement se situait ainsi entre 86% et 93%.

Utiliser la survie dentaire comme seul critère sur lequel le résultat était déterminé permit d'éliminer toute subjectivité en évaluant les succès et échecs, et en permettant une comparaison équitable avec les taux de survie des implants dentaires. L'étude identifiait aussi huit facteurs de pronostic pertinents dans le contexte d'une thérapie endodontique, à savoir, spécifiquement, (1) les qualifications de l'opérateur, (2) le type de dent, (3) la structure dentaire restante, (4/5) le status pulpaire et périapical préopératoire, (6) l'étendue et la qualité de l'obturation radiculaire, (7) le moment de la restauration coronaire et (8) le nombre de contacts proximaux. L'espace apical et la méthode d'irrigation peuvent aussi être considérés dans l'évaluation du pronostic potentiel. Les quatre conditions considérées comme associées à la survie dentaire diffèrent de celles rapportées dans d'autres études qui considéraient le status intrapulpaire et la présence d'une lésion périapicale comme étant les

dés du problème. Les facteurs intéressant la survie dentaire après un traitement radiculaire ne sont pas les mêmes que ceux qui affectent le succès de la thérapie.

La survie dentaire après un traitement endodontique est particulièrement élevée, quels que soient les critères utilisés. Il importe de conserver la structure tissulaire en évitant une préparation canalaire excessive si l'on souhaite que la dent reste viable et fonctionnelle.

Michel Perrier, Lausanne

Liaison composite – composite

Rinastiti M et al.:
Effect of biofilm on the repair bond strengths of composites

J dent Res 89: 1476–1481, 2010
<http://jdr.sagepub.com/content/89/12/1476.full>

Les résines en composite sont soumises aux conséquences des phénomènes d'usure intervenant dans la cavité buccale. En plus de l'exposition à la salive, aux aliments et aux boissons, ces matériaux souffrent des changements de température, des forces de mastication et des effets du biofilm. L'usure contribue à augmenter la rugosité superficielle, à diminuer la microdureté et à modifier la structure interne des résines. Le collage d'un nou-

veau composite sur une résine préexistante permet parfois de réparer une obturation. Cependant, les effets du biofilm sur ce type de collage sont inconnus. Le conditionnement de la surface à traiter peut optimiser le collage. Il comprend l'application d'une résine intermédiaire associée à une silanisation. L'âge et le type du composite peuvent altérer l'efficacité de cette méthode ainsi que le biofilm.

Cette étude a évalué la force d'une liaison composite – composite en examinant une variété de résines exposées *in vitro* à un biofilm composé d'un mélange bactérien.

Les composites testés comprenaient Anterior Shine[®], Grandio[®], Tetric EvoCeram[®] et Filtek Supreme[®]. Chaque spécimen fut soumis à l'action du biofilm et en anaérobiose pendant 4 heures. Ce biofilm fut retiré après 14 jours. Les surfaces de composite furent alors nettoyées et conditionnées à l'aide d'une résine intermédiaire ou d'un silane, avant d'ajouter du composite et de tester la force de la liaison et la qualité de la surface.

A l'exception du composite microhybride Anterior Shine[®], toutes les surfaces des composites présentèrent une augmentation de la rugosité après l'exposition aux biofilms. L'application de résine intermédiaire diminuait le niveau des forces de cisaillement après l'exposition aux biofilms. Le silane produisait des échecs au niveau de la cohésion, alors que ceux-ci apparaissaient au niveau de l'adhésion avec la résine intermédiaire.

L'exposition aux biofilms *in vitro* génère des formes d'usure semblables à celles qui se produisent dans la cavité buccale. Le recours à un silane pour conditionner la surface d'un composite dégradé par le biofilm apportait un meilleur collage que la résine intermédiaire.

Michel Perrier, Lausanne

Boissons pour sportifs

Noble W H et al.: Sports drinks and dental erosion

J Calif Dent Assoc 39: 233–238, 2011

L'érosion dentaire est la perte de structure tissulaire résultant de l'action dissolvante d'acides sur l'émail et la dentine. Les acides, qui ont une source intrinsèque ou extrinsèque, ramollissent les surfaces qui sont ainsi mieux soumises à l'abrasion et à l'attrition. L'érosion dentaire affecte 2% à 18% de la population, et son incidence est en augmentation. Ce phénomène est associé à la consommation croissante de boissons acidulées, «sportives» et énergétiques, qui favorisent en outre l'obésité et le diabète chez les enfants comme

chez les adultes. Bien que les boissons «sportives» aient été développées pour optimiser l'hydratation et les performances des athlètes soumis à des sports intenses, la plupart sont désormais commercialisées et consommées par des personnes sans activités sportives particulières. Peu d'athlètes consomment suffisamment de liquides pendant leurs activités sportives. Ils développent ainsi des phénomènes de déshydratation, d'augmentation de la température corporelle, de perte de fluides, avec parfois des situations plus graves. Une hydratation adaptée permet aux athlètes d'améliorer leur fonction cardiovasculaire, de réguler leur température corporelle et d'optimiser leurs performances. Les boissons sportives deviennent indiquées lorsque les athlètes sont engagés dans d'intenses exercices prolongés qui dépassent une heure. L'eau et ces boissons contribuent à maintenir la balance hydrique, électrolytique et minérale, qui reste stable pendant l'activité.

Les facteurs qui contribuent à l'érosion dentaire sont nombreux. A la base, les forces de déminéralisation excèdent les forces de reminéralisation. Le pH à la surface dentaire diminue, les ions de calcium et de phosphates sont libérés de la structure amélo-dentinaire. La saturation progressive de ces minéraux dissous à la surface dentaire crée une supersaturation calcique et phosphatique avec augmentation du pH qui va permettre la reminéralisation des tissus durs.

Des facteurs chimiques et biologiques influencent le processus d'érosion. Les facteurs chimiques comprennent le pH du produit consommé, le type d'acide, le pouvoir tampon et les propriétés chélatrices de la salive et de la surface dentaire. Biologiquement, le biofilm qui recouvre la surface dentaire est fait de glycoprotéines et de protéines salivaires. Il protège la surface dentaire mais se trouve confronté à de fréquentes expositions prolongées aux acides. Son pH diminue alors et libère les minéraux de la surface. La salive dilue et élimine les substances érosives de la cavité buccale, neutralise et tamponne les acides, apporte du calcium et des phosphates pour mieux neutraliser les acides, et favorise la reminéralisation.

Les boissons sportives contiennent de l'acide citrique et des sucres qui vont produire caries et érosion. Non seulement l'acide citrique abaisse le pH, mais il empêche encore le biofilm de retrouver son pH normal et ouvre la voie aux bactéries acidogènes. La dissolution amélaire causée par les boissons sportives et énergétiques est 3 à 11 fois plus élevée que celle due aux boissons à base de cola. Le processus génère la formation de complexes calciques qui vont réduire les niveaux de supersaturation du biofilm. Davantage de minéraux vont ainsi s'échapper de la surface dentaire.

L'action de ces processus est synergique dans le maintien d'un pH bas et d'une déminéralisation. Au cours de leurs activités, les athlètes perdent du liquide en transpirant jusqu'à 1,5 litre par heure. Les électrolytes ainsi éliminés vont influencer négativement les performances, réduire le flux salivaire et les concentrations protéiques salivaires. La xérostomie qui en résulte apporte une salive moins diluée, un ralentissement des taux de clearance et de concentration protéique salivaire, ainsi qu'une dilution insuffisante des boissons érosives. Le reflux d'acide peut aussi apparaître pendant les exercices physiques, en particulier lors d'une déshydratation. Le reflux gastro-oesophagien est une agression non négligeable pour les dents. La manière de consommer ces boissons a aussi un effet à long terme. Siroter et se gargariser aura un potentiel d'érosion plus élevé que le recours à une paille ou à une déglutition rapide. L'érosion a aussi un effet sur les matériaux de restauration dont la surface devient plus rugueuse, moins dure, et le volume plus faible.

La clé de la gestion des érosions dentaires réside dans un diagnostic précoce et dans un changement des habitudes du patient. Il sera préalablement interrogé sur ses activités personnelles. Une fois la consommation de boissons sportives identifiée comme cause de l'érosion, des stratégies de prévention seront instaurées. Elles comprennent l'introduction de boissons contenant aussi de plus fortes concentrations de calcium, l'utilisation de fluorures topiques et de solutions de rinçage à base de phosphate calcique amorphe, l'application topique de vernis fluorés ou d'adhésif de composite, en remplaçant parfois les pertes de tissus dentaires par des obturations étendues.

Il sera aussi recommandé aux patients de préférer l'eau aux boissons sportives pendant la pratique d'exercices physiques intenses. La méthode de consommation sera aussi discutée en évitant de garder longtemps les boissons dans la bouche, qui sera par ailleurs rincée à l'eau après leur consommation, en évitant aussi le brossage avant 30 minutes et en consommant régulièrement des produits lactés qui vont contribuer à la normalisation du pH.

Il convient d'être conscient des rapports existant entre les boissons acidulées, qu'elles soient sportives ou récréatives, et l'érosion dentaire. Ces boissons déminéralisent les dents. La quantité consommée et la manière de les consommer renforcent le problème, tout comme le développement d'une xérostomie et d'un reflux gastro-intestinal.

Michel Perrier, Lausanne