

Première «Journée des cadres de la SSO»

C'est pour apporter aux cadres des sections un soutien dans leurs activités que la SSO a organisé une Journée des cadres à Berne le 30 novembre dernier. Des orateurs internes et d'autres venus de l'extérieur ont traité des domaines de la conduite d'une association, de la politique corporative et des relations avec les médias.

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

S'engager dans la SSO lorsque l'on est médecin-dentiste constitue une expérience enrichissante. Le travail associatif rapproche de ses consœurs et confrères engagés. L'expérience qui consiste à réaliser ensemble quelque chose apporte de grandes satisfactions tout en élargissant l'horizon de chacun. Il ne faut cependant pas omettre d'évoquer aussi les exigences toujours plus lourdes posées aux intervenants de milice: en raison certes de la complexité des thèmes abordés, mais également du fait de l'évolution très rapide de l'environnement des sections de la SSO et de leurs cadres. Il suffit pour s'en convaincre d'évoquer la concurrence renforcée qui résulte de l'afflux de médecins-dentistes étrangers. La féminisation de la profession, les nouveaux modèles familiaux ont également leur part dans la difficulté croissante que l'on rencontre pour recruter des «miliciens» compétents pour une activité exigeante au sein d'une association. Le Comité de la SSO a réagi à cette évolution et a élaboré une stratégie d'encouragement des cadres (voir aussi l'encadré: Enquête: «Gestion professionnelle des sections»). Cette mesure a pu être rapidement mise en œuvre, et la première de ces «Journées des cadres» s'est tenue en novembre 2011. *François Keller*, président de la SSO, a ainsi pu accueillir plus de soixante cadres à Berne, présidentes et présidents de sections et membres des comités.

Qui s'occupe des nouveaux membres?

Christoph Gitz, consultant dans le domaine de la gestion associative, a fait bénéficier les personnes présentes de son expérience avec les associations. Il est intéressant d'apprendre à quel point les défis sont semblables pour les associations sans but lucratif! Il a montré comment et en général les associations s'éloignent de l'orientation «service»

pour aller vers la «prestation de services». Pour *Christoph Gitz*, il faut «s'attaquer aux besoins des membres et se demander systématiquement ce qu'ils attendent de leur association». Exemple: qui, au sein du comité d'une section, s'occupe de l'intégration des nouveaux membres? Une simple déclaration d'adhésion ne suffit pas. L'accueil, la bienvenue doivent être nettement perçus. Cette mission ne doit pas être vaguement attribuée au comité dans son ensemble, à un «on» indéfini. Elle doit être inscrite dans le cahier des charges du responsable de l'un des dicastères du comité. Les présidents des sections de la SSO doivent fréquemment se prononcer sur des questions de tarifs lors des assemblées des membres. C'est un sujet souvent brûlant. *Christian Bless*, président de la Commission des affaires économiques de la SSO, a exposé les principes sur lesquels repose la négociation tarifaire. *Rolf Hess*, vice-président



Bettina von Ziegler, Vice-présidente de la section de Zurich de la SSO et Rolf Hess, Vice-président de la SSO en pleine discussion.

Enquête: «Gestion professionnelle des sections»

En novembre 2011, le Comité de la SSO a procédé à une enquête auprès de ses sections sur le thème «Gestion professionnelle des sections». 100% des questionnaires distribués ont été récoltés après avoir été remplis. Un grand merci à tous les présidents de nos sections!

Survol des principaux résultats

- Près de 80% des sections disposent d'un secrétariat que l'on peut atteindre au moins cinq demi-journées par semaine. Leurs responsabilités comprennent l'appui et le conseil aux comités des sections, la préparation et le suivi des séances et réunions (y compris la tenue des procès-verbaux), les conseils aux membres et aux patients, l'acquisition de nouveaux membres, la maintenance des sites web propres aux sections ainsi que la comptabilité. L'indemnisation annuelle pour la tenue du secrétariat varie de CHF 2500.- à CHF 80 000.- en fonction de la taille des sections et de l'étendue des missions (moyenne: CHF 35 235.-).
- La moitié exactement des sections dispose d'un service juridique ou recourt aux services d'un juriste en cas de nécessité.
- Les tâches qui incombent aux sections sont en majorité attribuées à des dicastères au sein du comité. La présence des femmes est encore et toujours très modeste aussi bien dans les comités que dans les commissions. Les membres appelés à une collaboration active en tant que cadres sont le plus souvent recrutés par approches personnelles, mais aussi par annonces dans le bulletin de la section ou sur la page d'accueil du site internet, voire par annonces lors des assemblées.
- Plus d'un tiers des sections pratiquent des actions régulières de relations publiques et de publicité, parfois en faisant appel à un soutien professionnel. Toutes les sections (sauf une) ont leur propre site web.
- La cotisation moyenne des membres se monte à CHF 555.-. L'éventail s'étend de CHF 100.- à CHF 1050.-.
- Les sections sont désireuses de recevoir plus de soutien de la part de la SSO Suisse pour la formation initiale et continue de leurs cadres (journées des cadres), en termes de modèles (textes d'annonces, sujets publicitaires, systèmes de contrôle de la qualité) ou d'accès par internet à des documents.



Patrick Rohr, coach médias, a parlé des relations avec les journalistes ainsi que de la conduite d'entretiens et de la rhétorique.

rapports avec les cabinets dentaires qui font une publicité agressive, un sujet qui provoque moult irritation au sein des sections.

Patrick Rohr, spécialiste des médias, a traité pendant l'après-midi de questions autour des relations avec les journalistes, de la manière de mener un entretien et de la rhétorique. Quelques exemples tirés de sa propre et longue activité de journaliste lui ont permis d'exposer les règles du fonctionnement des intervenants des médias, de montrer comment rédiger un bon communiqué de presse, comment réagir avec équanimité aux questions des

journalistes, enfin comment aménager des relations professionnelles avec ce groupe professionnel.

Auprès des participants, une brève évaluation de cette première Journée des cadres a montré qu'elle a répondu à un réel besoin et qu'elle a donc été fort appréciée.

Conseil de lecture

Patrick Rohr: Erfolgreich präsent in den Medien. Clever kommunizieren als Unternehmen, Verein, Behörde. Beobachter-Buchverlag.
Pas de proposition bibliographique en français.



Une première très réussie: plus de soixante cadres de la SSO de toutes les parties du pays se sont retrouvés pour la première «Journée des cadres».

de la SSO, a renseigné sur des questions de politique de la santé. Il a souligné pourquoi la SSO doit s'engager lors des référendums et votations, dans son propre intérêt bien compris. *Alexandre Weber*, Secrétaire de la SSO, a évoqué entre autres les possibilités et les limites des sections dans leurs

SSOS

Congrès de la Société Suisse pour la Chirurgie Orale et la Stomatologie (SSOS), Lucerne, les 29 et 30 juin 2012

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

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

Le résumé (abstract) doit être rédigé sous forme numérique au format IADR (objectifs, matériel et méthode, résultats, conclusion) et parvenir par courrier électronique au secrétariat SSOS, au plus tard le 30 avril 2012.

Les deux meilleures présentations se verront récompensées par un prix de Fr. 1000.- pour la première et de fr. 500.- pour la deuxième.

Tous les participants acceptés à participer sont invités gratuitement au congrès.

Courriel: indo@ssos.ch

PD D^r Michael Bornstein

Objet: «Concours Lucerne 2012»

Secrétaire SSOS

«On en fait moins, mais mieux»

Olivier Marmy est médecin-dentiste spécialiste en médecine dentaire reconstructive. Il a son propre cabinet dentaire à Lausanne. Pour lui, son activité en médecine dentaire est également une mission sociale, et sa discipline exige de relever de très grands défis.

Felix Adank, Service de presse et d'information de la SSO (photos: m2d)

Son père était ingénieur et propriétaire d'une entreprise active dans la technique de sécurité. Sa mère était secrétaire et tenait le ménage: Olivier Marmy, né en 1964 dans le canton de Fribourg, a grandi avec son frère dans une famille traditionnelle qui s'est installée dans la région de Lausanne après un bref passage en Suisse allemande. Olivier Marmy a étudié la médecine pendant deux ans, avant de se tourner vers la médecine dentaire à l'Université de Genève, études couronnées de succès en 1987. Il a conquis le titre de spécialiste en médecine dentaire reconstructive en 1999. Jusqu'à ce jour, il est le seul spécialiste de cette discipline dans le canton de Vaud.

Un entrepreneur visionnaire

Olivier Marmy gère son cabinet dentaire sous la forme d'une société anonyme avec son épouse Maja qui se consacre à la pédodontie. Ce n'est pas pour des considérations fiscales, pas plus attractives, qu'il a choisi cette forme d'organisation, ainsi qu'il le souligne: il désire en effet poursuivre le développement de son cabinet avec d'autres partenaires, faire des achats plus avantageux et avoir un contact direct avec le marché européen. Olivier Marmy est un visionnaire qui regarde vers l'avenir. C'est pourquoi il s'engage résolument en politique corporative. Il est président de la section vaudoise de la SSO et bientôt membre de la Commission de la SSO pour la politique de la santé.

Il a su très tôt qu'il deviendrait médecin-dentiste: tout jeune déjà, il se passionnait pour les aspects techniques, pour la précision manuelle que requiert cette profession. Il voulait apprendre une profession médicale qu'il pourrait exercer en toute indépendance: le modèle d'entrepreneur de son père a certes joué un rôle, mais il était désireux également de traiter ses patients intégralement. Il a tout d'abord souhaité devenir pédiatre, puis s'est tourné vers la médecine dentaire dans l'intention, encore imprécise alors, de soigner des enfants et des adolescents en qualité de spécialiste en orthopédie dento-faciale. Mais il en est allé tout autrement...

Les «temps héroïques»

Au long de ses cinq années de formation à la division de médecine dentaire de l'Université de

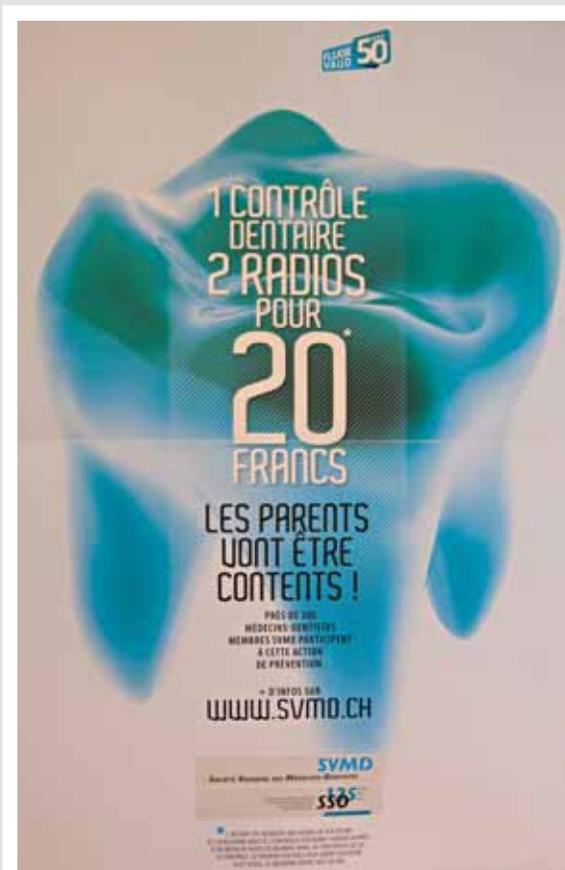


Au bureau, sous une œuvre d'un de ses patients, artiste irakien: Olivier Marmy avoue son goût pour l'art moderne et contemporain.

Genève, il lui est clairement apparu qu'il voulait travailler dans le domaine de la prothétique; sa devise professionnelle est devenue: «Restaurer la fonction.» Les responsables de sa formation, ses modèles, ont joué un rôle déterminant pour sa spécialisation: il éprouve une grande reconnaissance pour le Professeur Urs Belser et ses maîtres-assistants, le Dr Anselm Wiskott, PD, et Daniel Hess, Dr méd. dent. Ce sont eux qui ont éveillé en lui la curiosité pour des technologies adaptées, pour des restaurations durables d'une dentition au terme d'une planification attentive. Olivier Marmy a vécu sa formation de base et sa spécialisation comme des «temps héroïques», son activité en médecine dentaire comme l'expression-même de l'action: «On remonte ses manches et on y va!» A l'époque, l'implantologie n'en était qu'à ses premiers balbutiements et au travail des pionniers: Olivier Marmy a particulièrement apprécié le travail d'équipe enrichissant et l'incitation constante à toujours se former et se perfectionner.

Engagement au service de la SSRD, société de discipline

Olivier Marmy rédige sa thèse et apprend l'approche globale du traitement des patients. Anselm Wiskott revient des Etats-Unis avec une conception de formation postgrade structurée en médecine dentaire reconstructive. Marmy fait partie de cette première génération de médecins-dentistes



A la salle d'attente, l'affiche présentant l'actuelle campagne de la SVMD (SSO Vaud) pour la promotion de la santé dentaire des adolescents et jeunes adultes. Cette action témoigne de l'engagement, volontaire et privé, des collègues vaudois dans ce domaine.



Ski en famille, avec le sourire malgré le mauvais temps. L'occasion de ralentir.

qui ont ainsi acquis leur titre de spécialiste. La Société suisse de médecine dentaire reconstructive (SSRD) est née sur les fondements de la SSPD (Société Suisse de Prothèse Dentaire). Olivier Marmy a vécu cette période comme un «âge d'or»: il traite et documente des cas, contribue à quelques articles, participe à l'enseignement clinique et théorique des étudiants, et conduit – laborieusement – son travail de recherche dans le domaine de la colorimétrie, sujet de sa thèse. Il s'engage dans la SSRD dès ses débuts, est membre de son comité pendant plusieurs années et préside le comité d'organisation d'un congrès national très fréquenté en 1997 à Bienne. Il devient membre de la commission de spécialisation qui examine en profondeur les candidates et les candidats au titre de médecin-dentiste spécialiste.

Entre université et cabinet dentaire

Olivier Marmy ouvre – à temps partiel – son premier et petit cabinet dentaire à Lausanne fin 1990. Il le reprend d'un médecin-dentiste qui prend sa

retraite. Il garde jusqu'à présent le contact avec l'université en qualité de chargé d'enseignement: il occupe un poste à 10% à l'Université de Genève, responsable de la formation initiale et postgrade des étudiants et confrères, et responsable de la consultation de myoarthropathie (MAP).

Olivier Marmy se met à la recherche et trouve en 2003 à Lausanne un plus grand cabinet, qui ouvre plus de perspectives et autorise une équipe plus nombreuse. Il y travaille avec son épouse et son équipe, en partie en tant que généraliste de la médecine dentaire, et en partie en qualité de médecin-dentiste spécialiste en médecine dentaire reconstructive. Il a engagé son propre technicien dentiste, et son cabinet dispose de la technique la plus moderne: un appareil Cerec pour les restaurations assistées par ordinateur, un équipement de radiologie numérique OPT et un poste de stérilisation de la toute dernière génération. Pour lui, les échanges avec ses confrères et confrères qui lui adressent des cas, ou viennent parfois à son cabinet, avec leurs patients ou la documenta-

tion, sont tout aussi importants que la technique. Les patientes et les patients doivent avoir entièrement confiance dans le travail de leur médecin-dentiste. L'effort constant pour que les traitements soient satisfaisants s'exprime dans le débat entre spécialistes.

Experts collégiaux

Le médecin-dentiste spécialiste dans ce domaine très vaste a parfois été considéré au début comme un «superdentiste», plus «éminent» que ses confrères. Olivier Marmy est plus modeste: il connaît nombre de confrères et confrères sans titre de spécialiste – notamment dans sa région – qui ne cessent de se perfectionner et qui effectuent des travaux très exigeants. Lorsqu'on lui demande un conseil, il voit son rôle comme celui d'un conseil au sein d'un collège: il veut partager ses connaissances avec autrui, dans l'intérêt si possible des patients.

Il ne pourrait pas vivre des seuls cas référés par ses confrères, et c'est pourquoi il possède sa propre clientèle, guère différente de celle de tous les médecins-dentistes généralistes. A côté des activités de médecine dentaire *stricto sensu*, il s'est aussi orienté vers les traitements cosmétiques, notamment par des facettes en céramique, ainsi que dans le traitement des troubles fonctionnels du système stomatognathique tels que les douleurs faciales ou le bruxisme: les mercredis matins au cabinet sont consacrés à une consultation de myoarthropathie. C'est Isabelle Windecker-Gétaz, Dr méd. dent., qui l'a initié à cette discipline, bien différente de la médecine dentaire classique et technique.

Mentionnons aussi le domaine des prothèses sur implants, qui exige une planification attentive et

Olivier Marmy, D' méd. dent.

Olivier Marmy a obtenu son diplôme de médecin-dentiste à l'Université de Genève en 1987.

Il a ensuite fait des études postgrades à la division de médecine dentaire reconstructive auprès du Professeur Urs Belser tout en travaillant à 50% comme assistant dans un cabinet dentaire. Il a acquis le titre de spécialiste en médecine dentaire reconstructive en 1999 (première volée sous régime intermédiaire). Jusqu'à ce jour, il reste l'unique médecin-dentiste de cette spécialisation dans le canton de Vaud. Il gère un cabinet dentaire à Lausanne avec son épouse. Leur équipe rassemble quatorze personnes travaillant à plein temps ou à temps partiel en qualité de médecins-dentistes, assistants, assistantes dentaires, assistantes en prophylaxie, hygiénistes dentaires, apprenties et techniciens. Ses hobbies? Sa famille en premier lieu (il est père de quatre enfants de 14, 19, 22 et 23 ans), puis la littérature (et pas seulement technique et scientifique), un peu de tennis, de jogging et de ski. Il trouve encore du temps à consacrer le soir et le dimanche à la politique corporative. Il ne dédaigne pas non plus un menu raffiné avec un bon vin!

une réalisation soignée... et bien de la patience de la part du patient! Ces processus, parfois longs, posent des exigences élevées en termes de coopération avec le laboratoire dentaire, les autres spécialistes intervenants, et une bonne compréhension des aspects biomécaniques.

Quand on en fait moins, mais mieux...

Lorsque Olivier Marmy se retourne et contemple ces vingt dernières années, il constate que l'époque des grands travaux avec couronnes et bridges complets en arrive lentement à sa fin: l'avenir appartient aux solutions individualisées et taillées sur mesure, aux interventions mini-invasives et aux prothèses sur implants qui préservent et complètent à la fois la substance dentaire encore présente. Il est satisfait que les interventions soient aujourd'hui non seulement moins lourdes, mais aussi souvent mieux adaptées: «On en fait moins, mais on le fait mieux!» Il aime citer cette devise du temps de ses études universitaires: «*The best crown is the one that was never done.*» Fort de son expérience et avec un esprit critique, il parvient souvent à la conclusion qu'il vaut mieux attendre qu'intervenir trop précipitamment.

Il pose aujourd'hui moins de couronnes qu'au début de son activité en cabinet dentaire. Son étalon-or aujourd'hui, ce sont les couronnes partielles adhésives (en céramique ou en composite, conventionnelles ou Cerec). Il a suivi son premier cours Cerec en 1988 par pure curiosité. Depuis, il en est à sa deuxième unité Cerec qui lui permet divers types de restaurations adhésives. De nos jours, la médecine dentaire reconstructive se préoccupe de plus en plus de l'intégrité biomécanique des dents. La technologie classique couronnes et ponts a de moins en moins d'indications.



Visite au Grand Canyon à l'occasion du congrès 25 ans Cerec à Las Vegas en 2010, mais pas encore tenté par une vie d'hermite.

Evolution plutôt que révolution

Olivier Marmy reste prudent lorsqu'il envisage l'avenir: il est probable que la technique que l'on applique aujourd'hui se verra supplantée par des processus biologiques («*tissue engineering*»), mais quand? Dans le proche avenir, les méthodes de traitement seront certainement affinées, en particulier dans le domaine des processus, des matériaux et de la régénération osseuse. Il s'attend à une évolution plutôt qu'à une révolution. Les générations suivantes de médecins-dentistes spécialistes devront accorder plus de poids aux aspects psychosociaux et économiques: par exemple pour des traitements moins coûteux à l'intention des personnes économiquement moins favorisées. L'un des critères essentiels pour la commission de spécialisation est d'ailleurs déjà l'utilisation efficiente des moyens engagés: c'est un aspect qui prendra de plus en plus d'importance dans tous les domaines de la médecine, et on relèvera que la profession dentaire a une longueur d'avance

dans ce domaine. Les interventions reconstructives lourdes doivent tenir de plus en plus compte des conditions psychosociales du patient. Le médecin-dentiste traitant doit anticiper les effets qu'aura le traitement. Cette aptitude est déterminante pour la crédibilité même du soignant.

Il voit dans le vieillissement de la population le grand défi de demain: ce n'est pas tellement la technique qui va changer, mais les rapports avec le patient: p. ex., les médecins-dentistes devront apprendre à soigner des gens atteints de démence sénile. Pour ce faire, elles et ils devront élargir leurs compétences sociales. Il est convaincu que la médecine dentaire sociale jouera un rôle de plus en plus important. Elle occupe d'ailleurs une position-clé dans le champ de la médecine dentaire reconstructive. Le défi que doit relever le spécialiste se situe moins dans le domaine de la haute technologie que dans cette responsabilité très particulière qu'il assume de constamment développer cette sensibilité.

Société suisse de médecine dentaire reconstructive

La Société suisse de médecine dentaire reconstructive (SSRD) est officiellement l'une des sociétés de discipline de la SSO depuis 1985. Elle s'est donné pour objectif la promotion et le développement de la médecine dentaire reconstructive, notamment en proposant des formations initiales et continues, et en organisant des congrès. La SSRD s'engage également en faveur de l'information de la population sur les opportunités et les possibilités qu'offre la médecine dentaire reconstructive.

Titre de médecin-dentiste spécialiste SSO en médecine dentaire reconstructive

Les médecins-dentistes intéressés peuvent acquérir le titre fédéral de médecin-dentiste spécialiste en médecine dentaire reconstructive après la conclusion de leurs études universitaires. La condition préalable en est de suivre une formation postgrade de trois ans comprenant environ 3900 heures dans les domaines suivants:

- séminaires, tutoriels et présentations de cas (15% de la formation postgrade)
- traitement de patients (50%)
- recherche (30%)
- enseignement (5%)

Tout médecin-dentiste spécialiste en médecine dentaire reconstructive doit posséder des connaissances théoriques fondées et de l'expérience clinique en médecine dentaire reconstructive, en parodontologie et en implantologie, ainsi que dans leurs domaines apparentés.

Source: Société suisse de médecine dentaire reconstructive (SSRD).
Informations complémentaires: www.ssr.ch

NOUVEAU

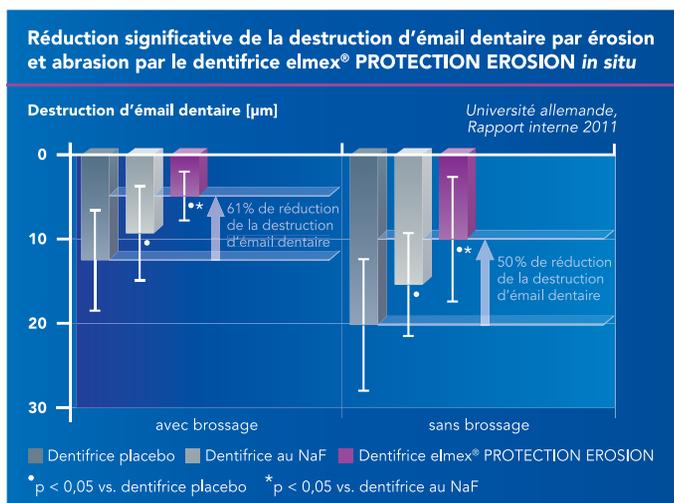
elmex® PROTECTION EROSION

Excellente protection contre l'érosion dentaire



NOUVEAU: dentifrice elmex® PROTECTION EROSION Avec technologie ChitoActive™ unique

- Renforce l'émail
- Rend les dents plus résistantes aux attaques acides répétées
- Protège l'émail endommagé par érosion contre l'abrasion
- Efficacité cliniquement prouvée:



Une utilisation deux fois par jour du dentifrice elmex® PROTECTION EROSION offre une protection significativement meilleure contre l'érosion et contre la perte d'émail dentaire causée par brosse des dents plus érosion par rapport à un dentifrice au fluorure de sodium ou un dentifrice placebo.¹

Vous trouverez des informations complémentaires sur www.gaba.ch

¹ German University: *In-situ* study on the effects of a chitosan toothpaste on acid induced enamel loss. Internal report (2011).

Les dix ans du projet suisse: «Tabagisme – intervention au cabinet dentaire»

Let it be – no, do not!

«Fumer tue... – Let it be» proclamait la campagne nationale anti-tabac. Il est scientifiquement prouvé, et depuis fort longtemps, que le tabagisme favorise les maladies du parodonte en plus des cancers de la cavité buccale. Les fumeurs sont fréquemment des patients pour la clinique de parodontologie où s'active Christoph Ramseier, l'inspirateur du projet suisse «Tabagisme – intervention au cabinet dentaire». A l'occasion du dixième anniversaire de ce projet, notre rédactrice s'est entretenue de sa genèse et de ses objectifs avec son initiateur.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)



L'industrie du tabac n'épargne aucun effort pour estomper le caractère nocif du tabagisme et de la fumée passive bien que des études scientifiques aient attesté depuis très longtemps la nocivité du tabac. Le lobby du tabac est même parvenu à «noyauter» la science: le professeur Rylander de l'Université de Genève, serviteur dévoué de l'industrie du tabac, a pendant des années remis publiquement en question l'ensemble de ces études. L'ancien directeur de l'Office fédéral de la santé publique s'en est ému: «Tant que des scientifiques à prendre apparemment au sérieux ont formulé des doutes sur les données à la base des études sur la nocivité de la fumée passive, il n'a pas pu être question de normes légales en vue de protéger la population!» En 2003, les docteurs Jean-Charles Rielle et Pascal Diethelm ont réussi à mettre en lumière et à prouver au-delà de tout doute les relations du professeur de médecine Rylander avec ses bailleurs de fonds. En exposant ses agissements au grand jour, la question de la nocivité du tabagisme est devenue un sujet d'actualité pour le grand public, et l'on a enfin pu mettre sur pied des campagnes efficaces de prévention telle que «Let it be».

Genèse du projet

Alors jeune parodontiste dans l'équipe du professeur Lang, Christoph Ramseier devait soigner de manière répétée des patients grands fumeurs. Au début 2001, médecin-chef depuis peu de la Clinique de parodontologie, couronnes et ponts, il

a donné un séminaire sur le thème du tabagisme (intitulé: Smoking). La littérature de l'époque avait déjà mis en lumière des relations substantielles entre le tabagisme et ses effets sur le parodonte. Se pose alors la grande question: comment transmettre au patient le message désagréable d'arrêter de fumer et obtenir de lui qu'il l'entende, du grand art... Christoph Ramseier a été l'initiateur du projet suisse avec le soutien du professeur

Manque de connaissances dans la population

«Aujourd'hui comme hier, on constate un lourd déficit de connaissances sur la nocivité du tabagisme. Ses effets dévastateurs sur la muqueuse buccale et sur le parodonte sont encore trop peu connus au sein de la population suisse», nous explique Christoph Ramseier. «Il y a un considérable besoin d'information. Mais les cabinets dentaires ne

«Tabagisme – intervention au cabinet dentaire»

Un projet du Programme national d'arrêt du tabagisme, parrainé par le Fonds national de prévention du tabagisme, la Ligue suisse contre le cancer, la Fondation suisse de cardiologie et l'Association suisse pour la prévention du tabagisme

Direction du projet

- Silvia Büchler, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Task-Force (instance d'accompagnement technique et scientifique)

Président

- Christoph A. Ramseier, D^r méd. dent., Clinique de parodontologie de l'Université de Berne;

Membres

- Michael Bornstein, PD, D^r méd. dent., Clinique de chirurgie orale et de stomatologie de l'Université de Berne;
- Esther Imhof, responsable du cours de formation en prophylaxie, Ecole d'assistantes dentaires de Zurich (SZDA);
- Birgit Kundmüller, hygiéniste dentaire, Courtaman;
- Eva Lädach, hygiéniste dentaire, Ecole d'assistantes en prophylaxie, Berne;
- Manuela Lo Bue, hygiéniste dentaire, Centre de prophylaxie de Zurich, Ecole d'hygiénistes dentaires HF, Zurich;
- Esther Martinet, monitrice dentaire scolaire, Association des monitrices dentaires scolaires, Fehraltorf;
- Alessandra Milani-Wolf, collaboratrice pédagogique en hygiène dentaire HF, Centre d'hygiène dentaire Careum, Zurich;
- Isabelle Passanah-Dähler, hygiéniste dentaire, Medi: hygiène dentaire, Centre de formation médicale, Berne;
- Philipp Sahrman, D^r méd. dent., Clinique de médecine dentaire préventive, de parodontologie et de cariologie de l'Université de Zurich;
- Clemens Walter, D^r méd. dent., Clinique de parodontologie, endodontie et cariologie de l'Université de Bâle;
- Silvia Wampfler, monitrice dentaire scolaire, Association des monitrices dentaires scolaires, Fislisbach
- Livia Wüthrich, hygiéniste dentaire, Centre de prophylaxie de Zurich, Ecole d'hygiénistes dentaires HF, Zurich;
- Anna-Christina Zysset, rédactrice, Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie, Berne.

doivent pas se borner à informer leurs patients sur les conséquences dommageables du tabagisme: ils doivent encore leur proposer des conseils de sevrage ou les adresser à une institution spécialisée.» Voyez comment le parodontiste évalue la situation et comment il envisage d'informer ses patients.

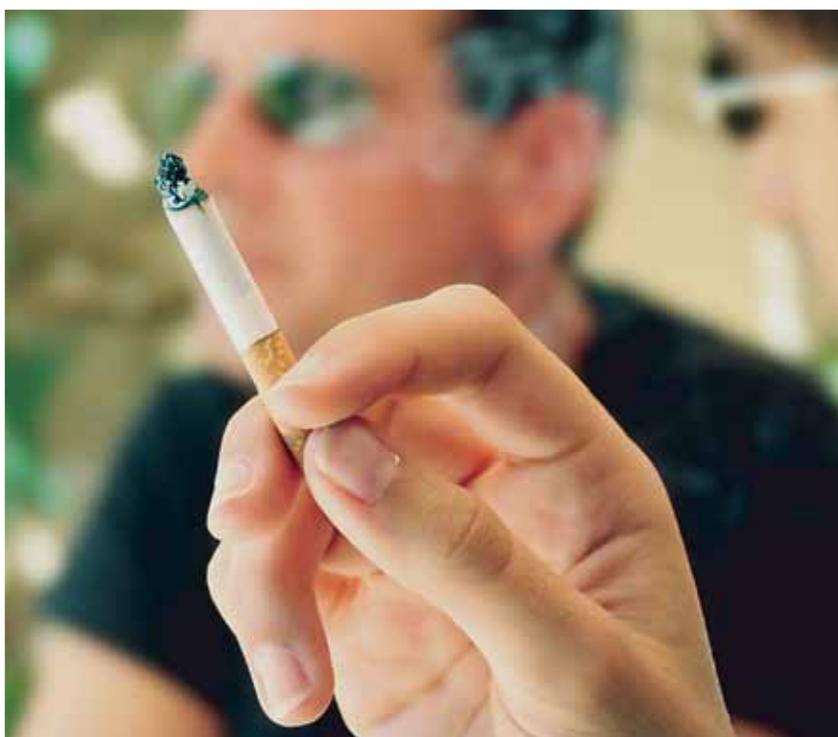
Preuves scientifiques

RMSO: «Docteur Ramseier, comment évaluez-vous les preuves scientifiques actuelles concernant les effets du tabagisme sur les tissus de la cavité buccale?»

Christoph Ramseier, D^r méd. dent.: «Les preuves présentées dans la littérature la plus récente sont indubitables. Il n'y a plus aucun doute sur le fait que la consommation de produits du tabac est dommageable pour la santé de la cavité buccale, y compris celle de produits dits «sans fumée». Les faits que nous connaissons aujourd'hui démontrent que le risque de cancer de la cavité buccale est d'environ 3,5 fois plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Le seul fait que la durée de survie de cinq ans en cas de lésions cancéreuses intra-orales ne soit que de 36% suffit à prouver les dangers associés au tabagisme. Quantitativement toutefois, les fumeurs sont surtout touchés par la parodontite, jusqu'à cinq fois plus fréquente chez eux que chez les non-fumeurs, ainsi qu'en attestent nombre d'études. Les effets négatifs sont souvent fonction des doses. Par ailleurs, l'arrêt du tabagisme entraîne une amélioration générale de la santé buccale, ce qui réduit de plus en plus avec le temps les risques d'autres maladies ou lésions chez les anciens fumeurs jusqu'à ce qu'ils rejoignent le niveau des non-fumeurs.»



«Il reste encore et toujours un important déficit des connaissances sur la nocivité du tabagisme. Les effets dommageables sur la muqueuse buccale et le parodonte ne sont pratiquement pas connus des Suisses», nous dit le président de la task-force, Christoph Ramseier.



C'est depuis 2001 déjà que la littérature médicale signale des relations certaines entre le tabagisme et des effets sur le parodonte.

Grande efficacité des institutions spécialisées

«Une intervention au cabinet dentaire apporte-t-elle quelque chose?»

«Oui, et dans tous les cas! Les taux d'arrêt du tabagisme dépendent de la durée de l'entretien et de la méthode d'entretien appliquée. Si la durée de l'intervention est de cinq minutes, ce sont près de 13% des patients qui arrêteront de fumer. Si l'on passe à un suivi intensif comprenant cinq séances, on parvient à 52% de sevrages tabagiques. Si l'on applique la méthode de l'entretien motivant (*motivational interviewing*) selon Miller et Rollnick, le taux de sevrage tabagique couronné de succès se voit multiplié par six! Les patients disposés à l'écoute et à l'arrêt du tabagisme doivent être référés à des institutions spécialisées, notamment à des conseils par téléphone (le numéro gratuit 0848 000 181 par exemple) ou par le biais d'entretiens personnels (www.at-schweiz.ch, lien: partenaire). Les cabinets dentaires peuvent se mettre d'accord avec les centres de conseil correspondants afin de mieux coordonner aussi bien les référés initiaux que les référés en retour.»

Do not let it be

«Pourquoi le cabinet dentaire est-il particulièrement indiqué pour s'occuper du tabagisme et de sa prévention? En quoi est-il différent du cabinet de médecine générale?»

«A la différence d'un cabinet de médecine générale, l'équipe du cabinet dentaire reçoit ses pa-

tients à des intervalles plus réguliers. Des fumeurs se présentent au cabinet dentaire alors qu'ils n'ont pas encore subis de graves atteintes dues au tabagisme. Ils peuvent donc profiter au mieux d'une prévention secondaire. Le temps consacré, de cinq à dix minutes au maximum pour une brève intervention concernant le tabagisme, reste donc dans des limites acceptables.»

«Quelques médecins-dentistes formulent toujours des réticences pour aborder le sujet du tabagisme dans leur cabinet dentaire. Quelles seraient vos recommandations pour les y inciter?»

«Il faut essayer, même si cela n'est pas toujours aisé, de parler à ses patients de leur consommation de tabac. Nombre d'entre eux n'ont encore jamais été interpellés à ce sujet lors de leur passage dans un cabinet dentaire. Certes, ils ont connaissance de quelques maladies que peut causer le tabagisme, mais ils en sous-estiment les effets sur la muqueuse buccale et sur le parodonte.

Pour l'avenir, la task-force prévoit de mettre sur pied des formations initiales et continues à l'intention de toutes les professions de la médecine dentaire, dans le but de répondre à tous les doutes qui se manifestent (manque de temps, contraintes financières, manque d'intérêt de la part des patients, respect de la liberté personnelle de chacun, manque d'expérience pratique et crainte de perdre des patients). Bien d'autres difficultés dans les

relations entre le patient et son médecin-dentiste pourront être réglées à mutuelle satisfaction en recourant à l'arsenal du *motivational interviewing* selon Miller et Rollnick!»

Les grandes étapes du projet

- Le manuel «Tabagisme – intervention au cabinet dentaire» est paru en 2002 et il a été remis à tous les cabinets dentaires.
- Une série d'articles a été publiée dans la Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie. Elle nous a permis de tenir les médecins-dentistes suisses au courant des plus récents développements en la matière.
- Intégration de tous les contenus didactiques sur l'intervention brève contre le tabagisme et sur le sevrage tabagique dans toutes les écoles d'hygiénistes dentaires, d'assistantes en prophylaxie ainsi que dans les universités suisses.
- Création du *Oral Health Network on Tobacco Use Prevention and Cessation* (OHNTPC, www.tobacco-oralhealth.net) et tenue de deux ateliers européens à Münchenwiler en 2005 et à Zagreb en 2008.

Ces manifestations ont permis de donner une notoriété internationale à ces sujets au sein de la médecine dentaire. «Je suis fier que nous soyons parvenus à adapter les contenus didactiques sur

la prévention du tabagisme également pour les monitrices dentaires scolaires en Suisse. Cet enseignement est dispensé depuis l'automne 2011 dans les classes de notre pays», précise le président de la task-force.

«Quels sont vos objectifs pour l'année qui commence?»

«Nous allons procéder cette année à la quatrième enquête nationale auprès de tous les cabinets dentaires en Suisse. Nous serons ainsi le premier pays à tirer un bilan sur dix ans sur l'acceptation et sur la mise en œuvre de l'intervention brève ciblée contre le tabagisme en médecine dentaire. Nous sommes actuellement attelés à l'élaboration d'un manuel actualisé à l'intention de tous les cabinets dentaires.»

«A votre avis, où en sera la task-force dans dix ans?»

«Dans dix ans, l'intervention brève ciblée contre le tabagisme sera intégrée et routinière au cabinet dentaire, tout comme aujourd'hui l'hygiène bucco-dentaire. Tout aussi routinière sera la référence des patients réceptifs à des centres de conseil professionnels.

Les jeunes seront informés dès l'école régulièrement et avec compétence sur les conséquences

si dommageables du tabagisme pour la santé buccale. Et puis, j'ose m'imaginer que notre travail de pionniers servira d'exemple et de modèle à d'autres pays.»

Au cours de ces dernières dix années, le climat politique autour du tabagisme a notablement évolué. Fumer est désormais interdit dans la plupart des restaurants et des bars ainsi que dans la totalité des locaux fermés de travail et de l'espace public en Suisse depuis le 1^{er} mai 2010. Avec la Loi et l'Ordonnance sur la protection contre la fumée passive, notre ministre de la santé de l'époque, Pascal Couchepin, a mis le doigt sur les graves conséquences du tabagisme actif et passif pour la santé.

De l'avis de la Ligue pulmonaire, la législation reste insatisfaisante dans notre pays. Elle souhaite une législation unifiée par toute la Suisse. Le brouillard dont l'industrie du tabac se fait le diffuseur assidu est en train de se dissiper. Le débat public est désormais pleinement engagé. Les éventuels conflits d'intérêts des experts et des scientifiques membres d'institutions universitaires et des institutions de l'Etat doivent être exposés au grand jour afin que l'imposture scientifique ne vienne plus jamais compromettre la santé de la population, en Suisse et partout dans le monde.



Les cabinets dentaires ne doivent pas seulement informer leurs patients sur les effets nuisibles du tabagisme: ils doivent aussi leur proposer des conseils de sevrage ou les référer à un service compétent. La task-force propose la formation nécessaire dans ce domaine.

Astra Tech Dental: des implants dentaires suédois

Le groupe américain Dentsply International Inc. a acquis Astra Tech le 1^{er} septembre 2011, renforçant ainsi encore sa position sur le marché dentaire. Nous avons rendu visite à Astra Tech Suisse à Lausanne.

Werner Catrina (texte et photos)

Le siège suisse d'Astra Tech se trouve au dernier étage d'un immeuble de bureaux à l'avenue de Sévelin dans une zone artisanale de Lausanne. Astra Tech appartenait au groupe suédois AstraZeneca avant d'être vendue il y a quelques mois au groupe américain Dentsply pour 1,8 milliards de dollars. La société jouit d'une excellente position sur les marchés internationaux dans les domaines des implants dentaires et du healthcare (urologie et chirurgie). Elle est considérée comme innovante, et elle va sans nul doute renforcer les positions de Dentsply.

Claude Nusbaumer, *Managing Director* d'Astra Tech Suisse, travaille depuis vingt ans dans le domaine médical. Il parle couramment le français et l'allemand. Formation initiale en électromécanique, puis actif dans l'industrie dans les domaines de la vente et du marketing, il est passé au domaine médical il y a tout juste vingt ans. Il y a travaillé dans différents postes dans le domaine de l'orthopédie, avant de s'orienter il y a dix ans vers le secteur dentaire en passant à Cresco TI Systems racheté par Astra Tech en 2005.

Initialement, tous les produits Astra Tech étaient diffusés par des distributeurs. Le secteur dentaire a été le premier à être intégré avec la création d'Astra Tech Suisse en 2005. Ensuite, un peu plus tard, le deuxième pilier de l'entreprise, le secteur de l'urologie, a suivi avec les produits LoFric[®] (cathéters urologiques à usage unique).

Une entreprise suédoise active au plan international

Astra Tech, une entreprise suédoise désormais propriété du groupe américain Dentsply, est active dans le monde entier et compte 2200 collaborateurs dans les plus grands pays européens, aux Etats-Unis, au Canada, au Japon, en Asie du Sud-Est, en Australie et en Russie. Son chiffre d'affaires annuel se situe autour des 500 millions de francs. Les chiffres d'affaires dans les différents pays ne sont pas publiés.

La société a été fondée à Göteborg en 1948 sous le nom peu amène de «*AB Sjukvårdensilien*». Innovante, elle s'est fortement développée dans le domaine de la santé. Des fusions avec d'autres entreprises lui ont permis de développer une palette de produits spéciaux.

Implants dentaires coniques à fixation interne

L'impulsion initiale vers le secteur dentaire a été le développement d'un implant en deux parties à connexion conique par le scientifique Stig Hansson. Il a présenté son concept à Astra Tech en 1985 et a réussi à convaincre la direction. Ce système d'implants en titane à connexion conique tout à fait original en son genre s'est tout d'abord heurté à un scepticisme certain dans le secteur dentaire: tous les systèmes précédents reposaient sur la base de deux surfaces horizontales (face contre face). Avec leur connexion interne conique vissée, les implants Astra Tech ont su s'imposer et occupent aujourd'hui la troisième place mondiale dans ce secteur. «Nous avons toujours cru à ces implants car c'est un système qui s'inspire de la nature et qui repose fermement sur un grand nombre d'essais et d'études biologiques et mécaniques», nous explique Claude Nusbaumer. «La société a poursuivi le développement du produit et ainsi convaincu et influencé le marché: le concept de base n'a pas changé depuis ses débuts.»

Mais pourquoi le titane plutôt que l'oxyde de zirconium, biocompatible? «Tous les acteurs font des essais dans cette direction...», précise notre interlocuteur, «... et nous savons fort bien que l'oxyde de zirconium suscite un grand intérêt. Mais il présente certains inconvénients pour les implants, par exemple lorsque les contraintes sont très élevées. Le titane, lui, a fait ses preuves dans des millions d'implants, y compris pour les molaires où s'exercent des pressions considérables.»

Nouvelles surfaces...

On doit d'autres innovations remarquables à Astra Tech Dental, dont l'OsseoSpeed[™] développé en 1990. Il favorise la formation osseuse grâce à la surface modifiée au fluor et réduit en conséquence la durée de la phase de cicatrisation.

En 2004, Astra Tech a pu présenter son nouvel implant OsseoSpeed[™] à surface en fluorure de titane. Le Dr Stig Hansson a également participé à cette innovation. Il est *Senior Scientific Executive – Research & Development* chez Astra Tech AB.

Les surfaces microgrenillées facilitent la pose de l'implant. Des études cliniques attestent que les surfaces modifiées au fluorure de titane peuvent, mieux et plus rapidement que les autres surfaces en titane, lier les ostéocytes et accélérer l'intégration osseuse. Il en résulte des durées de cicatrisation plus brèves, une stabilité secondaire plus précoce et une stabilité finale plus élevée.

Avec Astra Tech BioManagement Complex[™], la société assure l'interaction de toutes les composantes du système d'implants.

Tous les implants Astra Tech destinés au marché mondial sont fabriqués en Suède en différentes



Astra Tech faisait partie du groupe suédois AstraZeneca avant d'être vendu au groupe américain Dentsply il y a quelques mois.



Astra Tech utilise le titane en tant que matériau qui a fait ses preuves depuis des décennies, ainsi que le précise Claude Nusbaumer, Managing Director d'Astra Tech Suisse. Mais, comme tous les concurrents, on examine aussi l'emploi de l'oxyde de zirconium en implantologie dentaire.

contact humain est essentiel», souligne Claude Nusbaumer, *Managing Director*.

Les contacts scientifiques avec les universités et les institutions dentaires revêtent la plus haute importance pour Astra Tech. Citons à titre d'exemple la collaboration avec la clinique du Professeur Christoph Hämmerle, D' méd. dent., du Centre de médecine dentaire de l'Université de Zurich.

«Nous offrons bien plus que de simples composants: nous fournissons dans le domaine des implants toutes les prestations accessoires, telles que le support scientifique et technique, la formation et une philosophie résolue qui fait de nous le partenaire du médecin-dentiste et du laboratoire dentaire», précise Claude Nusbaumer.

Astra Tech accorde également une grande importance à une formation de haut niveau. Les programmes comprennent de nombreuses formations continues à différents niveaux, des exercices pratiques pour la pose d'implants et le soutien au marketing à l'intention des patients et des cabinets dentaires. Ce fabricant d'implants se voit comme un partenaire fiable qui accompagne et soutient l'utilisateur de ses produits.

Le troisième congrès mondial d'Astra Tech Dental se tiendra à Göteborg du 9 au 12 mai 2012. Il réunira plusieurs milliers de participants et spécialistes internationaux qui débattront sur le thème des implants.

tailles standard de différents diamètres et longueurs. Comme la Suède ne fait pas partie de la zone euro, il n'y a pas de débat sur les gains de change non répercutés en raison de la force du franc suisse!

Dans notre pays, le marché des implants connaît déjà un niveau élevé. La croissance y est substantielle, et son potentiel reste encore et toujours considérable. Avec son système d'implants, Astra Tech est en concurrence avec d'autres acteurs importants. L'achat de la société par le groupe Dentsply devrait poursuivre le renforcement du secteur dentaire dans le but de conquérir la première place sur le marché mondial des implants dentaires.

... et CAD/CAM abutments

Autre domaine d'activité: les CAD/CAM Atlantis™ Abutments individuels pour différents d'implants. Ils sont fabriqués en Suède ou aux Etats-Unis avec des scanners et des logiciels spéciaux garantissant une extrême précision. Astra Tech travaille ici en alliance stratégique avec différents fournisseurs de scanners 3D, tels que, par exemple, 3M Espe et Dental Wings.

Avec System Facilitate™, Astra Tech propose des logiciels pour la planification et la chirurgie assistées par ordinateur, dans le domaine dentaire également.

Comme souligné plus haut par Claude Nusbaumer, Astra Tech recourt au titane comme à un matériau qui a fait ses preuves depuis des décennies. Cependant, comme ses concurrents, elle étudie également les possibilités de l'oxyde de zirconium en implantologie dentaire. «L'oxyde de zirconium est un matériau compatible avec les tissus. Il est très répandu en médecine dentaire...», nous dit Claude Nusbaumer, «... mais, à notre avis, il faudra encore bien d'autres essais et d'autres

études pour les implants où s'exercent des forces considérables.»

Collaboration avec les universités et formation continue

Astra Tech Suisse emploie une vingtaine de personnes dont les deux tiers pour le secteur dentaire et un tiers pour l'urologie. La plupart s'activent au service extérieur et visitent médecins-dentistes, laboratoires dentaires, cliniques et universités. «Le



Mallette de démonstration pour le service commercial

Promotion d'une bonne cause

Les médecins-dentistes sont des personnalités-clés: ce sont elles et eux qui peuvent convaincre leurs patients qu'ils peuvent faire don à la Croix Rouge suisse des dents en or qui leur ont été retirées. Les bénéfices sont considérables pour toutes les personnes qui ont pu être soignées parmi les quarante millions de gens rendus aveugles par la misère en Asie et en Afrique.

Beatrix Spring, cheffe de projet à la Croix Rouge suisse (photos: CRS®, Beatrix Spring)

Il y a cinq ans que le D^r Michael Bornstein, PD, Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (ZMK) a grand ouvert les portes de la «Collecte de vieil or» de la Croix Rouge suisse (CRS), presque comme un cadeau de Noël. Chaque année pendant la semaine de Noël, la CRS peut s'adresser aux étudiantes et étudiants en fin de cursus et leur expliquer la problématique de la cécité due à la pauvreté et l'efficacité de la collecte de vieil or et d'or dentaire. Luisa Schmid-Messerli, D^r méd. dent., a fait également ses études aux ZMK, et elle est toujours présente à cette occasion. Membre du groupe de travail «Vieil or pour la vue» de la CRS, elle s'adresse aux médecins-dentistes de demain: «Cette façon de venir en aide à la Croix Rouge est unique. Un peu d'or dentaire récolté permet d'apporter tant de bienfaits! J'informe toujours mes patients de ce projet et je les motive à faire don de l'or dentaire extrait à la Croix Rouge suisse: une personne pourra ainsi recouvrer la vue.»

L'or dentaire bernois rend la vue dans l'Himalaya

Avec la réalisation d'un nouveau film documentaire sur le camp ophtalmologique de la CRS en Transhimalaya au Népal, Michael Bornstein et Luisa Schmid-Messerli ont vécu une première: des caisses métalliques sont remplies de matériel

médical et administratif soigneusement emballé au siège principal de la Croix Rouge népalaise dans le bas pays du Népal. Destination du vol: le district de Dolpa. Des semaines auparavant, le message a été diffusé dans toute la région qu'un ophtalmologue et son équipe allait arriver à Dunaï, chef-lieu du district. Des patients atteints de la cataracte y seront opérés pendant quatre jours: ils rentreront chez eux avec leur vue recouvrée! En raison d'une mousson qui se prolonge, le vol au-dessus des montagnes a été différé pendant des jours. C'est finalement un vol en hélicoptère qui sera possible. Soixante-sept personnes pourront être opérées au camp dans des conditions des plus spartiates. Plus de trois-cents autres personnes y subiront un examen de la vue et, si nécessaire, recevront des soins. Le D^r Indu Prasad

Trois possibilités vous sont ouvertes si vous êtes désireux d'apporter votre soutien à l'action «Vieil or pour la vue»:

Vous pouvez **commander à la CRS des enveloppes** résistantes pour envoyer l'or dentaire récolté auprès de vos patients, simplement et en toute sécurité.

Dans un bon emballage, vous pouvez **envoyer vos bijoux** usagés avec indication de l'expéditeur dans un sachet adressé à: Croix Rouge suisse, Vieil or pour la vue, Rainmattstrasse 10, 3001 Berne

Nous **revendons les bijoux** en bon état et de bonne qualité. Vous pouvez les examiner dans notre Boutique aux cadeaux sur internet. De plus, nous organisons régulièrement des expositions où les bijoux sont vendus.

Enfin vous pouvez toujours prendre contact avec nous pour être informé-e de la prochaine exposition, par courriel (e-mail: altgold@redcross.ch) ou par téléphone 031 387 71 11.



Après l'opération, tous les patients reçoivent des lunettes pour se protéger de la poussière et des intenses rayons du soleil.

Dhungel, ophtalmologue expérimenté, ne cesse le travail qu'une fois tous les patients traités: personne ne doit être déçu après une longue marche, souvent de plusieurs jours. Le D^r Dhungel est un homme de parole qui ne recule pas devant la tâche. A la fin du film documentaire, il déclare fièrement: «Un non voyant peut récupérer la vue pour seulement cinquante francs!»

Médecins ophtalmologues expérimentés

Le D^r Bornstein, PD, se demandait s'il y aurait suffisamment d'ophtalmologues pour des actions de ce genre. Sa question va droit au cœur du problème: pour la tenue d'un camp ophtalmologique, il faut disposer d'une grande expérience car les conditions de travail sont très difficiles. En plus du traitement proprement dit des patients et de la gestion du camp, l'ophtalmologue doit aussi former les collaborateurs de santé de la région à l'identification des maladies oculaires. La maîtrise de la langue vernaculaire constitue un atout certain.

Après leurs études, nombreux sont les ophtalmologues de la région qui ouvrent leur propre cabinet en ville ou travaillent dans des cliniques. Le rude climat fait que les camps ophtalmologiques ne peuvent se tenir tout au long de l'année. Le D^r Dhungel si expérimenté est fidèle à la Croix Rouge depuis des années. Il dirigera à l'avenir des

camps ophtalmologiques en d'autres lieux, par exemple aussi au Tibet.

Maintenant motivés, les étudiantes et les étudiants sortent de la salle de séminaire. La date pour le cours 2012 est déjà convenue avec le D^r Bornstein.

Luisa Schmid-Messerli, D^r méd. dent., et moi-même sommes très satisfaites de cette journée afin que le don d'or dentaire extrait «pour la bonne cause» ne tombe jamais dans l'oubli. Cette aide est absolument indispensable!

Merci à tous!



Le D^r Dhungel, médecin ophtalmologue (à g.) et son assistante Purni Maya opèrent au camp ophtalmologique jusqu'à ce que tous les patients aient été traités.



Les candidates et candidats médecins-dentistes de l'Université de Berne apportent une contribution substantielle à la poursuite de la collecte de vieil or.

Articles promotionnels originaux pour l'anniversaire de la SSO

La SSO va célébrer ses 125 années d'existence avec des articles promotionnels d'anniversaire. Cette année jubilaire est une excellente occasion pour tous les membres de la SSO de témoigner leur gratitude à leurs patientes et à leur patients pour leur fidélité à leur cabinet dentaire. Les articles promotionnels de la SSO sont peu coûteux, mais ils procurent une grande joie et renforcent les rapports de confiance tissés entre le médecin-dentiste et ses patients.

Anna-Christina Zysset, Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SSO (photo: mäd)

C'est le 7 mars 1886 à l'Hôtel Viktoria à Zurich que le médecin-dentiste Friedrich Wellauer a porté sur les fonts baptismaux la «*Schweizerische Odontologische Gesellschaft*». Il considérait qu'il incombaît comme un devoir à la nouvelle organisation professionnelle d'assumer les missions à la fois sociales et prophylactiques de l'art médical dentaire. C'est une action à laquelle la SSO est restée fidèle depuis cent vingt-cinq ans et jusqu'à ce jour. Les médecins-dentistes membres de la SSO, hommes et femmes, comptent parmi les meilleurs au monde grâce à leur formation initiale et postgrade du plus haut niveau qualitatif. La population suisse bénéficie, elle aussi, des progrès de la médecine dentaire. C'est sur les instances de la SSO que les soins dentaires scolaires ont été introduits dans nos écoles au niveau des communes. Ils couvrent depuis les années soixante pratiquement tous les enfants d'âge scolaire ainsi que les élèves des jardins d'enfants. La Société suisse des médecins-dentistes a également milité en faveur de l'ajout de fluorures au sel de cuisine et aux

pâtes dentifrices en tant que protection efficace contre la carie. C'est ainsi que la prévalence de la carie chez les enfants de notre pays a notablement baissé: les dommages à la dentition dus à la carie ont reculé de 90%.

Mais ce n'est pas que la SSO qui a de bonnes raisons de célébrer: les patientes et les patients doivent eux aussi percevoir et découvrir ce jubilé. Divers petits cadeaux permettront aux médecins-dentistes membres de la SSO de leur remercier de leur fidélité à leurs cabinets dentaires. Par exemple, une trousse de voyage idéale pour les accompagner dans leurs déplacements et réunions d'affaires. Elle contient le strict et indispensable nécessaire pour les soins dentaires quotidiens: de la soie dentaire, une brosse à dents et un petit tube de dentifrice. Ce cadeau si pratique remplira encore sa mission, bien longtemps après les célébrations du 125^e anniversaire de la SSO.

Il est fort possible que les cabinets dentaires SSO distribuent également de petits miroirs dentaires: les patients pourront ainsi contempler la face

postérieure de leurs arcades dentaires. Pendant cette année de jubilé, la SSO s'occupe aussi de l'haleine fraîche: des chewing-gums ménageant les dents seront proposés dans nombre de salles d'attente.

Les patients apprécient les petits cadeaux

Les importantes commandes d'articles anniversaires promotionnels du temps de la présidence du D^r Ulrich Rohrbach ont éveillé alors l'attention de la presse et des services d'information. C'est pourquoi nous lui avons demandé quand et comment il remettait ces articles à ses patients. Ecoutons-le, enchanté: «Il y a des décennies que se trouve dans mon cabinet dentaire au mois de décembre une corbeille emplie de «petits cadeaux». On y découvre du dentifrice, de la soie dentaire, des brosses à dents, des chewing-gums sans sucre et différents accessoires de prophylaxie. A côté, il y a une affichette souhaitant de bonnes fêtes et un grand merci de la part de toute l'équipe du cabinet dentaire. Les articles promotionnels d'anniversaire de la SSO y seront un complément bienvenu. Les trousse de voyage et les chewing-gums se sont envolés «comme des petits pains». J'ai bientôt dû passer une nouvelle commande!» Il semble que les patients apprécient beaucoup les petits cadeaux. Ulrich Rohrbach rapporte qu'il y a des gens qui prennent exprès rendez-vous peu avant Noël pour être sûr de rapporter quelque chose de «gratuit»! Ulrich Rohrbach nous a déjà annoncé qu'il commanderait de nouveaux articles originaux pour Noël prochain.

Le cabinet du D^r Rohrbach fonctionne sans page d'accueil internet ni aucune autre publicité. Ce sont les recommandations de ses patients satisfaits qui assurent l'excellente fréquentation de son cabinet dentaire, et ceci depuis trente-trois ans. Pour conclure, nous voulions encore savoir ce que la campagne de profilage de la SSO pourrait tirer de son expérience: «Du temps de ma présidence de la SSO, j'ai vécu à fond les débuts de la campagne de profilage, et j'y ai contribué avec un esprit parfois quelque peu «critique». A l'époque, tout pointait en faveur du renforcement du label SSO. Les différentes actions ont eu des résultats différenciés. Je formule un jugement positif pour l'ensemble de la campagne, aussi bien à l'interne (prise de conscience de la part des membres et dans bien des sections!) qu'à l'externe (population, médias, milieux politiques). Il est important que le travail se poursuive, quelle qu'en soit la forme. Les articles promotionnels d'anniversaire ont été et sont toujours l'un des aspects originaux de notre campagne.»

Un grand merci au D^r Rohrbach pour ses déclarations!



Au cabinet dentaire du D^r Rohrbach, la trousse de voyage et les chewing-gums sont partis comme des petits pains! Nul doute que les patientes et les patients apprécient beaucoup les petits cadeaux.

Congrès / Journées scientifiques

Compte rendu de la «Journée de la zircone» du 12 novembre 2011 à Berne

Le point sur la zircone

A première vue, la zircone semble répondre au cahier des charges du matériau dentaire idéal: biocompatibilité élevée, hautes performances techniques, esthétique favorable. Mais à y voir de plus près, qu'en est-il au juste? La zircone peut-elle réellement se mesurer au titane, jusqu'à preuve du contraire l'étalon-or en implantologie? Pour faire le point sur la situation et pour passer au crible les connaissances actuelles sur la zircone et ses applications, les Professeurs Daniel Buser, ZMK Berne, et Urs Belser, SMD Genève, ont organisé le 12 novembre 2011 la première «Journée de la zircone» à l'auditoire Ettore Rossi à Berne.

Thomas Vauthier, rédacteur (texte et photos)

La première partie de cette réunion scientifique était consacrée à une mise à jour sur les implants en zircone, alors que la deuxième partie était destinée à en savoir plus sur les piliers et les éléments prothétiques en zircone. De la recherche fondamentale jusqu'aux possibilités cliniques, une brochette d'experts ont présenté les résultats des études scientifiques disponibles et des perspectives pour le futur.

Introduction

Prof. Daniel Buser, ZMK Berne

En guise d'introduction au programme scientifique de la journée, le Prof. Daniel Buser, ZMK Berne, a retracé l'historique de la céramique dans le domaine de l'implantologie. Les premiers essais avec des implants en oxyde d'alumine des Professeurs Sami Sandhaus, Lausanne, et Willi Schulte, Tübingen, se sont heurtés à de nombreuses difficultés. En effet, les résultats à long terme étaient insatisfaisants, notamment en raison d'un taux

élevé de fractures. Dès le milieu des années 1980, le titane s'est clairement imposé en tant que matériau de choix pour les implants. Depuis lors, de grands progrès ont été accomplis, tant au niveau du design et des surfaces, que des piliers et de leurs connexions avec le corps implantaire. L'avènement de la zircone, matériau nettement supérieur aux céramiques classiques, a changé la donne depuis les années 2000, d'abord en prothèse dentaire fixée et progressivement en implantologie également. Bien que le dioxyde de zirconium soit un matériau qui associe une excellente biocompatibilité et de hautes performances techniques, de nombreuses questions restent encore ouvertes à son sujet. Daniel Buser estime que la situation actuelle dans le domaine des implants en zircone est comparable à celle des implants en titane à la fin des années 1980. En l'absence de résultats à long terme, il est impératif de pousser les expériences, tant au laboratoire qu'en clinique, afin de disposer de données scientifiques solides et validées.

Intégration tissulaire des implants en titane

D^r Dieter Bosshardt, privat-docent, ZMK Berne

Oui, vous avez lu juste: «en titane»! Le directeur du laboratoire Robert Schenk pour l'histologie orale auprès des ZMK Berne est un expert dans le domaine des processus d'intégration tissulaire. Depuis les travaux fondamentaux de Per-Ingvar Brånemark et d'André Schroeder, il a été démontré que les implants en titane peuvent former un «bonding direct» entre l'os et l'implant, un phénomène que Brånemark a appelé «ostéointégration» et Schroeder «adaptation ankylotique fonctionnelle». Les facteurs influençant cette intégration biologique sont la composition du matériau,



Le D^r Dieter Bosshardt, privat-docent, ZMK Berne

la macrostructure et la microstructure de l'implant ainsi que les propriétés chimiques de la surface. Le spécialiste en histologie a ensuite passé en revue les différences entre la stabilité primaire (entre l'implant et l'os existant, qui se nécrose) et la stabilité secondaire (entre l'implant et l'os nouvellement formé). Cette transition se déroule par étapes successives, à commencer par la formation d'os lamellaire et le remodelage de l'os cortical jusqu'à l'adaptation de l'architecture osseuse à la fonction.

Plus l'apposition d'os nouvellement formé est rapide, moins grand sera l'hiatus de la chute de stabilité entre la phase primaire et secondaire. Les recherches se concentrent en premier lieu sur les modifications de la surface, tant structurales que chimiques, pour favoriser une ostéointégration encore plus rapide. Le paramètre primordial pour l'évaluation de l'ostéointégration est le «bone to implant contact ou BIC», exprimé en pour cent. Concernant l'intégration dans les tissus mous, il a été démontré que la largeur biologique autour des implants est supérieure à celle autour des dents naturelles, mais qu'une fois établie, elle reste stable au cours du temps. Il se forme un épithélium jonctionnel dans la région du col de l'implant, dont la structure est assez similaire à celle que l'on observe sur les dents naturelles.

Tests précliniques d'implants en zircone dans des cultures cellulaires

D^r Erik Hedbom, ZMK Berne

Erik Hedbom est spécialiste en cytologie et partage son temps entre la Clinique de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital de l'Île et la Clinique de chirurgie orale et de stomatologie des Centres de médecine dentaire de Berne.

Typiquement, le comportement de cellules mises en contact avec une surface se passe en quatre étapes: adhésion, expansion, prolifération et différenciation. C'est ce dernier point qui intéresse particulièrement dans le contexte de la colonisation des surfaces implantaires par les cellules du



Le Prof. Daniel Buser, ZMK Berne



Le Dr Erik Hedbom, ZMK Berne



Le Dr Nikola Saulacic, ZMK Berne



Le Dr Reto Coray, cabinet privé, Zurich

voisinage. Il y a plusieurs marqueurs de différenciation qui se prêtent pour des évaluations *in vitro*: phosphatase alcaline, collagène I, ostéocalcine, sialoprotéine osseuse et RUNX2. L'activité de différenciation peut également être évaluée par la quantification de l'expression génique sous PCR en temps réel. Et finalement, par microscopie de fluorescence après marquage de différents composants cellulaires.

L'équipe d'Erik Hedbom a testé plusieurs matériaux, le titane pour comparaison, et différents échantillons en zircone. Ces derniers avaient tous été sablés, puis traités par différents modes de mordancage, soit alcalin, soit acide. Les tests *in vitro* ont fait apparaître des différences considérables quant à la morphologie cellulaire et de la différenciation ostéogénique. Les résultats les plus prometteurs ont été observés pour une surface en zircone sablée et traitée par mordancage acide selon une technique non dévoilée pour le moment.

Tests précliniques d'implants en zircone en expérimentation animale

Dr Nikola Saulacic, ZMK Berne

Des essais *in vitro* aux essais *in vivo*: le groupe de Nikola Saulacic a évalué les processus précoces de la néoformation osseuse sur des surfaces implantaires. Des implants avec différentes surfaces en zircone ont été insérés dans des maxillaires supérieurs de miniporcs; ces implants étaient munis de «chambres» qui, après guérison, servaient de sites tests pour des analyses histologiques et histométriques. Ces expériences ont permis de confirmer les résultats des recherches d'Erik Hedbom *in vitro*. *In vivo* également, la surface implantaire en zircone sablée et mordancée à l'acide montrait le plus grand pourcentage de contact os-implant (BIC). Le BIC était de 23,9% après deux semaines et de 45,2% après huit semaines, des valeurs nettement supérieures à celles observées avec une surface de zircone sablée et traitée par mordancage alcalin. Fait surprenant, dans les régions

de l'os néoformé, les auteurs ont observé des cellules géantes multinucléées, dont ni l'origine ni la signification ne sont connues jusqu'à présent.

Ostéointégration d'implants en zircone avec une nouvelle surface micro-rugueuse

Dr Michael Gahlert, cabinet privé, Munich

Les praticiens privés réalisant des expériences sur des animaux sont plutôt rares. Michael Gahlert est l'un d'eux et il a livré quelques résultats fort intéressants sur des implants en zircone avec une nouvelle surface (tenue secrète jusqu'à présent) posés dans des miniporcs également. L'évaluation comparative par rapport à des implants en titane a porté sur trois paramètres: maximum torque-out (couple maximal à appliquer pour rompre l'ostéointégration), la densité osseuse péri-implantaire et le BIC (*bone implant contact*). Les analyses effectuées n'ont fait apparaître, à aucun moment, de différences statistiquement significatives entre les deux matériaux testés. De plus, les implants en zircone montraient une capacité d'ostéointégration comparable à celle des implants en titane du groupe de contrôle.

Dans une autre série d'expériences sur 18 minicochons, réalisée à Malmö, un design implantaire modifié a été testé, de nouveau titane SLA contre

implants en zircone avec la surface expérimentale. Tant les résultats pour le torque-out maximal que les analyses par histomorphométrie ont été comparables pour les deux matériaux.

Aspects chirurgicaux de la pose d'implants en zircone en deux pièces

Dr Reto Coray, cabinet privé, Zurich

Le conférencier a présenté les étapes essentielles du maniement d'implants 4,2×10 mm en zircone avec un col poli et une partie endo-osseuse sablée et mordancée. Après le forage-pilote jusqu'à une profondeur de 2,3 mm, le lit implantaire est préparé jusqu'à la profondeur désirée, puis mis en forme, et les parois sont tarudées pour l'insertion de l'implant. Le système peut être adapté en fonction de l'épaisseur de la gencive et peut être utilisé soit en guérison ferme ou ouverte. Il est en outre possible de reparer l'épaulement de l'implant, un avantage surtout dans les régions antérieures.

Expériences cliniques avec des implants en zircone en deux pièces

Dr Norbert Cionca, SMD, Université de Genève

L'intérêt pour les implants en céramique – ou plutôt pour les implants en zircone, plus précisés-



Le Dr Michael Gahlert, cabinet privé, Munich



Le Dr Norbert Cionca, Université de Genève

ment encore en Y-TZP, *yttria-stabilized tetragonal zirconia polycrystal* – se fonde sur trois arguments majeurs: l'esthétique d'abord, nettement supérieure aux implants en titane, les propriétés améliorées du matériau ensuite, dont avaient parlé les intervenants précédents, et la possibilité de créer des reconstructions complètement sans métal. Pas étonnant donc que le marché foisonne de moult types d'implants en zirconie, soit monocorps, soit proposés en deux pièces.

La littérature scientifique concernant les expériences cliniques avec les implants en zirconie est encore relativement clairsemée. *Norbert Cionca* a présenté une revue systématique d'ANDREIOTELLI de 2009, qui avait démontré que la majorité des implants a été perdue durant la phase de guérison ou dans les six mois après la mise en charge. Une autre étude d'OLIVA et coll. (2010) a enregistré 42 échecs (5,05%) sur 831 implants en zirconie dans un suivi sur cinq ans. Dans ce contexte, il y a lieu d'évoquer le phénomène du «aseptic loosening», un terme dérivé de la chirurgie orthopédique qui définit un processus non infectieux d'ostéolyse et de résorption osseuse à l'interface os-prothèse (-implant) dont les causes pourraient être une surcharge mécanique, la production de particules d'usure ou une réponse tissulaire. Cette perte aseptique de l'ostéointégration, l'une des complications majeures en orthopédie, a également été observée sur des implants dentaires.

Dans une étude sur cinq ans, actuellement en cours à l'Université de Genève, 38 implants en zirconie ont été posés chez 28 patients, dont 14 ont été chargés chez 10 patients. Les résultats provisoires rapportent pour le moment 1 échec primaire et 1 fracture du pilier (deux semaines après la mise en charge).

Six ans d'expérience avec des implants en zirconie monocorps

D^r Michael Gahlert, cabinet privé, Munich

Dans son deuxième exposé, le praticien privé de Munich a d'emblée manifesté sa préférence pour des implants en une pièce, en arguant que les dents naturelles sont aussi des structures monocorps. Force est toutefois de constater que l'utilisation d'implants en une pièce nécessite davantage de précision lors du positionnement. La zirconie étant peu tolérante au retraitement à la fraise, les retouches doivent être limitées au strict minimum. Les fraises diamantées à bague verte (gros grain) sont proscrites, seules les fraises à bague rouge et jaune sont tolérables.

Dans une série de 170 implants en zirconie, 17 n'ont pas atteint une stabilité secondaire suffisante, 13 implants se sont fracturés sous contrainte prothétique, et 13 implants sont devenus mobiles en fonction. Plus en détail, durant une période d'observation de trois ans, les taux de survie étaient les



La D^r Susanne Scherrer, privat-docent, Université de Genève

suivants: pour les implants de 3,25 mm: 59,5%, pour les implants de 4,0 mm: 90,6% et pour les implants de 5 mm: 73,9%. Pour l'instant, l'analyse sur 5 ans se limite aux implants de 4,0 mm: et le pourcentage de survie est resté inchangé.

Aspects techniques des reconstructions en zirconie

D^r Susanne Scherrer, privat-docent, SMD, Université de Genève

Susanne Scherrer s'intéresse depuis longtemps aux écueils techniques et aux défaillances des céramiques dentaires, plus particulièrement sous l'aspect de la fractologie. Bien que la zirconie soit un matériau céramique à hautes performances, sa manipulation nécessite la plus grande prudence. En effet, le processus de fabrication de pièces prothétiques en zirconie est une chaîne complexe, tout au long de laquelle des erreurs, parfois fatales, sont possibles.

La température lors du frittage va déterminer la taille des particules: moins elle est élevée, plus les particules seront minces, pour s'approcher dans le cas extrême de l'ordre du nanomètre. Le design des armatures est crucial: il faut une épaisseur minimale pour la résistance mécanique, particulièrement au niveau des connexions des éléments de bridges, et pour assurer le soutien de la céramique de recouvrement. Des fissures d'origine thermique peuvent survenir lorsqu'il y a incompatibilité au niveau des coefficients d'expansion ou de contraction thermique entre l'armature et la céramique de recouvrement ou en cas de procédés erronés des cycles de cuissons.

D'autres sources d'échecs sont des rayures de surface suite à un traitement par fraisage non adéquat au laboratoire et des contacts occlusaux mal équilibrés. La zirconie est extrêmement sensible à tout traitement par fraisage, un point qui est trop peu respecté dans les laboratoires! La spécialiste a également attiré l'attention sur les piliers en zirconie sur les implants. A son avis, la connexion devrait toujours être vissée, le collage

est à éviter. Or, le vissage peut être problématique, surtout sur les piliers antérieurs, et des lésions de la zirconie imposées par le tournevis sont possibles! La préférence devrait être donnée aux piliers individualisés, sans arrêtes vives et en fonction de la restauration finale.

Il faut aussi savoir que la zirconie est un mauvais conducteur thermique. Si l'on procède à un refroidissement trop rapide lors du dernier cycle de cuisson, on va incorporer des tensions résiduelles thermiques de 20 à 450 MPa sous la surface occlusale. Le refroidissement doit se passer lentement autour de la température de transition du verre (T_g) indiqué sur les bouteilles de porcelaine.

Composants implantaires en zirconie – expériences et perspectives du point de vue prothétique

Prof. Urs Belser, SMD, Université de Genève

Après un bref rappel des règles fondamentales et les canons à respecter pour les piliers en zirconie réalisés par CFAO, présentés par le D^r *Andreas Dmoch*, ZMK Berne, *Urs Belser* a passé en revue les changements de paradigmes intervenus d'une part par l'introduction de la zirconie en tant que biomatériau aux propriétés fascinantes et d'autre part par les technologies numériques. Bien que le but ultime sera le tout numérique, nous n'y som-



Le D^r Andreas Dmoch, ZMK Berne



Le Prof. Urs Belser, Université de Genève

mes pas encore pour le moment, et les techniques conventionnelles continuent à cohabiter à différents degrés avec le CFAO.

Le spécialiste genevois a mis au début de la présentation une citation tirée d'une revue systématique de CONRAD et coll. (2007) qui sont d'avis qu'«il n'y a pas un seul et unique matériau ou système tout céramique qui puisse être mis en œuvre dans toutes les situations cliniques».

En se fondant sur la littérature disponible, *Urs Belser* a soumis à une évaluation critique les progrès accomplis ces dernières années avec la zircone, tant pour les piliers sur implants que pour des reconstructions prothétiques. L'un des problèmes majeurs – et pas définitivement résolu – est le risque de fractures («chipping») des céramiques de revêtement cosmétique. Des travaux de HEINTZE & ROUSSON (2010) et de GUESS, ATT & STRUB (2011) expriment les préoccupations relatives au comportement clinique à long terme et au vieillissement de la zircone. Le monde des chercheurs et des cliniciens attend avec impatience des données plus probantes à ces sujets.

Pour parer à ces problèmes, le spécialiste genevois a une nette préférence pour des reconstructions pilier-reconstruction prothétique réalisées en bloc, individuellement par CFAO. Les pièces préfabriquées sont à éviter. Une grande attention doit être consacrée à l'occlusion, où il faut éviter à tout prix des contacts sur les crêtes marginales ou sur les cuspidés centriques. Pour situer la complexité des reconstructions implantoportées en tout céramique, *Urs Belser* a cité les conclusions suivantes, formulées en 2007 par CONRAD et coll.: «Pour appliquer avec succès ce type de travaux, il faut que le clinicien sélectionne le matériau, la technique de fabrication, et la méthode de scellement ou de collage appropriées, de sorte à s'adapter aux conditions intraorales et esthétiques...»

Stabilité des piliers en zircone – réalité ou utopie?

D^r Anja Zembic, ACTA, Amsterdam

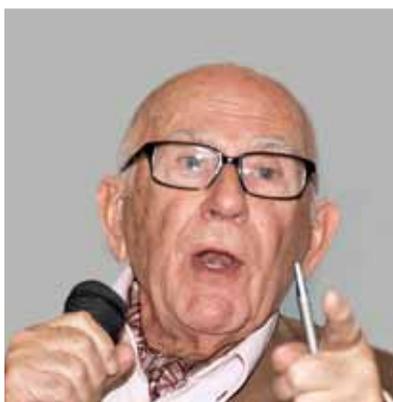
Il n'y a pas grand-chose à rajouter aux résultats convaincants obtenus avec des piliers en titane en implantologie. En raison des taux de survie de l'ordre de 95% après cinq ans, ils continuent à représenter l'étalon-or en la matière. L'intégration tissulaire est favorable et stable. Le seul bémol est l'aspect esthétique: il y a souvent une transpa-



La D^r Anja Zembic, ACTA, Amsterdam

rence grisâtre, notamment dans les situations de muqueuses minces (<2 mm). L'intérêt se porte donc de plus en plus vers la zircone pour éviter ce problème, pour les piliers implantaire également. Les propriétés mécaniques étant extrêmement favorables, avec une ténacité et une résistance élevée à la flexion, la réalisation implant-pilier en zircone n'est plus une utopie.

De nombreuses études ont investigué *in vitro* le comportement des piliers en zircone de différents types et combinaisons avec différents modes de connexion avec les implants. L'une des publications les plus récentes de LEUTERT et coll. de l'Université de Zurich est notamment arrivée à la conclusion que les piliers à connexion interne avec un décalage («mismatch») horizontal atteignaient les couples de flexion significativement supérieurs que ceux sans mismatch horizontal. Deux études



Le Prof. Sami Sandhaus, Lausanne

cliniques d'*Anja Zembic* ont observé des taux de survie très favorables pour des piliers en zircone individualisés sur les implants unitaires antérieurs et postérieurs, la durée d'observation ayant récemment été élargie jusqu'à cinq ans. Qui plus est, il n'y avait aucune différence entre les piliers en zircone et ceux en titane. Le taux relativement élevé de fêlures superficielles («chipping»), de l'ordre de 6%, et de desserrage de la vis de connexion, environ 4%, restent des problèmes en attente de solution, bien que le desserrage se produise sensiblement moins souvent pour les piliers à connexion interne.

Conclusions

Cela ne fait aucun doute, la zircone est un matériau très intéressant et promis à un bel avenir. Cette première «Journée de la zircone» était une excellente occasion pour s'en convaincre. Malgré les progrès remarquables accomplis, il reste cependant encore un potentiel d'améliorations et d'optimisation. Les points forts de la zircone sont ses propriétés techniques et optiques remarquables qui se reflètent également par des résultats cliniques probants, tant en prothèse fixée qu'en implantologie. Les bémols à ses aspects favorables sont la complexité des processus de fabrication, les précautions à respecter impérativement lors du maniement, tant au laboratoire qu'en clinique, et le prix élevé des restaurations en zircone.

On peut regretter que les présentations, par ailleurs de haut niveau, de cette réunion scientifique aient été presque exclusivement focalisées sur les aspects techniques de la zircone en tant que biomatériau. Il aurait été intéressant d'en savoir plus sur le comportement biologique – le maître-mot péri-implantite vient à l'esprit! – à moyen et à long terme. Il est vrai que les données disponibles à ce sujet sont encore relativement éparpillées, mais il y a fort à parier que les recherches intensives autour de la zircone ne tarderont pas à livrer des résultats à ce propos. La biologie de la zircone serait certainement un thème intéressant pour une prochaine «Journée de la zircone».

Et, last but not least: La première «Journée de la zircone» à Berne était honorée par la présence du *Professeur Sami Sandhaus*, pionnier des implants en céramique, qui a suivi avec un vif intérêt les présentations de cette réunion scientifique.

Le «coaching» de cabinet dentaire: management, organisation & communication

Depuis quelques années déjà, puisque les instances universitaires (à l'exception de quelques UFR d'odontologie: Paris VII – Garancière, Université libre de Bruxelles – Hôpital Erasme, Casablanca – Faculté de médecine dentaire) ne semblent toujours pas se précipiter d'assister l'étudiant en chirurgie dentaire dans la gestion de son futur environnement professionnel, nombre de praticiens décident à juste titre de recourir aux services de prestataires extérieurs afin de les aider et de les accompagner dans la gestion et le développement de leur activité.

Rodolphe Cochet (consultant en management des cabinets dentaires – www.rh-dentaire.com)

Cependant, il semble nécessaire d'éclairer les équipes dentaires et leur gérant sur les pratiques de ce secteur d'activités très disparate.

Le coach: une profession non réglementée, manipulation et dilettantisme

Le praticien et son équipe à la recherche de solutions opérationnelles afin de développer leur organisation trouveront aisément des «coaches», soit par ouï-dire, soit par cooptation d'un confrère, soit en lisant des articles de la presse médico-dentaire, soit plus simplement en effectuant des recherches sur internet. Cependant, si l'on restreint ses recherches au «coache» ou au «coaching», on risque d'être confronté à nombre de dilettantes, sans rigueur, ni méthode, ni outil, prêts à conseiller le dentiste comme le boulanger. En effet, n'importe qui peut se prénommer «coache», et il faut admettre que ce «métier» évasif, même si certaines instances prétendent le réglementer sous la forme d'un cursus d'enseignement diplômant, s'assimile parfois à un ensemble de pratiques douteuses de manipulation mentale qui consistent à cerner les faiblesses du mandant pour mieux l'asservir d'un point de vue psychologique et financier. Le coaching peut donc être l'une des méthodes adoptées par le prestataire mandaté par l'équipe dentaire, mais ne doit en aucune manière être l'unique procédé définissant les moyens du prestataire par lesquels il accompagnera le cabinet dentaire dans la conduite du changement organisationnel. En somme, le prestataire mandaté peut faire du «coaching», mais il doit vous fournir bien d'autres références professionnelles et universitaires afin que vous puissiez l'autoriser à pénétrer dans la sphère de votre activité professionnelle réglementée.

La société de formation: généralités, recettes standardisées et tours de «passe-passe»

Certaines sociétés de formation, souvent non scientifiques, proposent également aux praticiens du secteur dentaire un panel de «solutions clés en mains» dispensées dans le cadre de séminaires. Cependant, étant donné qu'il n'y a rien de plus

singulier qu'un cabinet dentaire d'un point de vue fonctionnel/organisationnel et que les protocoles peuvent être très différents d'un praticien à l'autre (omnipraticien/spécialité – exercice individuel/cabinet de groupe ou clinique – assistantes polyvalentes/spécialisées...), nombre de ces cours tels qu'ils sont prodigués ne sauraient suffire à conduire le véritable changement de la politique de management d'un cabinet ou d'un centre dentaire. Certaines dérives ont également été observées, comme par exemple l'émulation collective qui consiste à réduire le cours à un ensemble de questionnements socratiques de l'assemblée, après avoir repéré le cabinet qui semble le plus organisé et le praticien qui paraît être le plus réservé, doté en outre d'un leadership très déficitaire. Le formateur revêt la panoplie d'animateur et prestidigitateur, et manipule l'assemblée afin de camoufler les insuffisances théoriques et méthodologiques de son «programme» de formation. Ce sont en fait les «stagiaires» qui se révèlent les plus habiles en management et qui délivrent les clés de leur organisation à leurs confrères les moins expérimentés. Ces séances de formation sont bien entendu très rentables pour les sociétés qui les dis-

pensent dans le cadre d'un forfait annuel englobant plusieurs thématiques: gestion de l'agenda, présentation d'un devis...

Les praticiens «stagiaires» sont également souvent indulgents lorsqu'on leur demande de porter un regard critique sur le contenu de la formation dispensée car c'est parfois l'occasion rare de rencontrer et de partager son expérience avec d'autres confrères, d'autres équipes. Il n'en demeure pas moins que c'est cher payer lorsque le montant forfaitaire du programme annuel de formation collective dépasse les 16 000 euros par praticien!

Le consultant: prestation personnalisée de services intellectuels, déontologie

Lorsqu'on recherche un prestataire de services afin d'identifier les dysfonctionnements de son cabinet dentaire et les insuffisances professionnelles des praticiens en management, gestion, organisation et communication, il est impératif en premier lieu de vérifier le secteur d'activités dudit prestataire via sa codification ou son immatriculation: en France, par exemple, il s'agit du code APE. En somme, alors que l'étudiant en chirurgie dentaire aurait besoin de bénéficier de cours magistraux en management odontologique et de se familiariser avec certains grands principes directeurs de gestion RH en particulier qu'il conviendrait de dispenser en fin de cycle universitaire, le praticien en exercice ne saurait perdre son temps à recevoir un enseignement théorique qui ne correspond en rien à la configuration structurelle et fonctionnelle de son cabinet dentaire. Cet enseignement risque fort de ne pas être aligné sur ses propres objectifs de développement. Aussi, il ne suffit pas que le prétendu «consultant» dispose d'un troisième cycle de formation (Doctorat, Master ou DESS), faut-il encore qu'il puisse faire la preuve de son efficacité et de la réalité de sa



Avant d'initier tout programme d'accompagnement managérial, un audit du cabinet est nécessaire afin d'évaluer les compétences des gérants et/ou praticiens et de l'équipe.

méthodologie, via la parution d'articles scientifiques dont il doit porter les références à votre connaissance, via une charge d'enseignement universitaire également. Plus encore, ce n'est pas tant la formation initiale du consultant qui devra emporter votre décision de recourir à ses services, c'est son expérience et sa connaissance aigüe du fonctionnement d'un cabinet dentaire. Aussi, il faut différencier le «consultant junior» (fraîchement recruté par la société de conseil et ne détenant qu'un savoir théorique) et le «consultant sénior» (huit années d'expérience minimum exclusivement dédiées à l'accompagnement managérial des cabinets dentaires). Même si les professions de conseil ne sont pas non plus réglementées à l'instar des professions de santé, nombre d'entre elles sont cependant supervisées par des syndicats ou fédérations qui ont édicté un code de déontologie.

1. L'audit

Avant d'entamer un quelconque programme de management, il est indispensable que le(s) pra-

ticien(s) bénéficie(nt) d'un audit, c'est-à-dire d'une intervention personnalisée du prestataire au sein du cabinet dentaire (une journée minimum) afin d'évaluer non seulement les insuffisances professionnelles des chirurgiens-dentistes, mais plus encore les dysfonctionnements organisationnels (secrétariat, clinique, logistique...). Aucun auditeur ne peut prétendre répondre aux besoins professionnels du gérant du cabinet ou du centre dentaire sans avoir édité un bilan individuel de compétences de chacun des praticiens en activité, qu'ils aient ou non des responsabilités managériales.

2. Le programme personnalisé d'accompagnement managérial

Le prestataire de conseil en management dentaire doit répondre à vos propres objectifs de développement. Il doit donc impérativement vous proposer plusieurs options d'accompagnement, du moins ne pas vous imposer un parcours de formation «théorique» à l'instar d'une société de

formation. Vous devrez également prendre garde que le programme ne contienne aucun séminaire «collectif» avec d'autres cabinets dentaires, mais uniquement des interventions personnalisées au sein de votre cabinet/centre dentaire.

3. Les résultats

Même si les prestataires de services de conseil ne sont pas assujettis à une garantie de résultats, à l'instar des professions de comptable ou de juriste, il convient de faire le point par échéance trimestrielle avec le consultant. Tous les objectifs de développement consentis par l'équipe doivent être précisément consignés afin que chacun des acteurs du cabinet dentaire puisse aisément vérifier le bienfondé et la légitimité de la méthodologie adoptée par le prestataire. Ce contrôle est d'autant plus important qu'il s'intègre dans la démarche Qualité du cabinet, à laquelle il convient d'initier l'équipe dentaire dans le cadre de la conduite du changement de sa politique de management.

Dental



+ Le système éprouvé:
Le système endodontique de
Cendres + Métaux.

- + Tenons radiculaires Mooser
- + Tenons CM
- + Ancrage radiculaire Rotex®/ Rotex®-RD
- + Dalbo®-Rotex®
- + Boîtes endodontiques appropriées



**CENDRES⁺
MÉTAUX**

Cendres+Métaux SA
Rue de Boujean 122
CH-2501 Biel/Bienne

Phone +41 58 360 20 00
Fax +41 58 360 20 11

info@cmsa.ch
www.cmsa.ch/dental

Revue

Alvéolites

Lopes Cardoso C et al.:

Clinical concepts of dry socket

J Oral Maxillofac Surg 68: 1922–1932, 2010

http://www.exodontia.info/files/J_Oral_Maxillofac_Surg_2010._Clinical_Concepts_of_Dry_Socket.pdf

Une alvéolite peut se développer 2 à 4 jours après une extraction et constitue la principale complication de ce type d'intervention. Son incidence peut atteindre 45% après une extraction de troisième molaire mandibulaire, mais se situe autrement qu'entre 1% et 4%.

Une récente définition de l'alvéolite inclut le développement d'une douleur postopératoire autour de l'alvéole qui s'intensifie après 1 à 3 jours, accompagnée par une perte partielle ou totale du caillot alvéolaire et parfois par une sensation d'halitose. Cette douleur irradie jusqu'au cou et aux oreilles sans répondre favorablement aux analgésiques. D'autres symptômes fréquents com-

prennent des céphalées, de l'insomnie, des étourdissements, du trismus et des adénopathies régionales. Microscopiquement, l'infiltrat cellulaire est riche en phagocytes et en cellules géantes dans la portion résiduelle du caillot, avec présence de bactéries et de nécrose corticale.

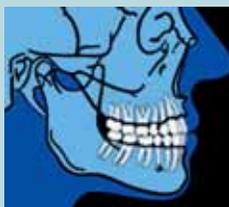
L'étiologie de l'alvéolite reste incertaine, bien que des facteurs locaux et généraux y soient associés, l'un d'eux étant la perte du caillot sanguin. L'activité fibrinolytique locale est aussi augmentée, ainsi que la formation de kinines alvéolaires qui vont intensifier la douleur. La plasmine joue aussi un rôle dans le développement des kinines et peut expliquer en partie la douleur et la perte du caillot. D'autres facteurs peuvent intervenir comme la technique opératoire, la présence de vestiges osseux dans l'alvéole, une hygiène insuffisante favorisant la contamination, les médiateurs hormonaux, le tabagisme et la consommation d'alcool.

La cause spécifique de l'alvéolite n'a pas encore été élucidée, mais des efforts préventifs devraient impérativement accompagner toute extraction den-

taire. L'anamnèse médicale et dentaire est importante. Les patients présentant un risque plus élevé sont ceux qui ont une hygiène insuffisante, un âge supérieur à 40 ans, des pathologies systémiques, ainsi que les femmes prenant des contraceptifs, les patients souffrant de périodontite, les fumeurs ou les patients sous corticostéroïdes. Le processus opératoire devrait assurer des lésions osseuses minimales. Les patients développant une alvéolite devraient être suivis quotidiennement en irriguant délicatement l'alvéole pour éliminer les débris alimentaires et autres corps étrangers susceptibles d'inhiber la coagulation et de favoriser l'infection. On préférera une solution à parts égales de 3% de peroxyde d'hydrogène et de sodium ioduré à 2%, suivi d'un curetage superficiel des débris. Les patients effectueront un rinçage à la chlorhexidine à 0,12% trois fois par jour pendant 2 semaines. En cas de fièvre, suppuration ou autres signes d'infection, 1500 mg/jour d'amoxicilline seront administrés (1200 mg/jour de clindamycine chez les patients allergiques à la pénicilline). La douleur est gérée à l'aide d'analgésiques, et le suivi quotidien se poursuit jusqu'à disparition des symptômes.

Michel Perrier, Lausanne

SGDMFR
Schweizerische Gesellschaft für dentomaxillofaziale Radiologie
SSRDMF
Société suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale
SSRDMF
Società svizzera di radiologia dentomaxillofacciale
SADMFR
Swiss Association of Dentomaxillofacial Radiology



Congrès de la Société suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale (SSRDMF) du 13 juin 2012 à Berne

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

La SSRDMF a inséré dans le programme passionnant du congrès 2012 un forum pour permettre à de jeunes chercheurs spécialisés en radiologie dentaire de présenter leurs travaux dans le cadre d'un concours qui s'adresse à la relève.

Ce concours est ouvert à des confrères suisses et étrangers. Les médecins-dentistes de toutes les disciplines peuvent présenter des travaux pour lesquels une méthode radiologique dentaire joue un rôle déterminant.

Le résumé (abstract) doit être rédigé au format électronique conformément aux directives IADR (objectifs, matériel et méthode, résultats, conclusion) et parvenir par courrier électronique au secrétariat de la SSRDMF le **31 mai 2012** au plus tard. Le temps de parole des présentations admises est limité à dix minutes, suivi d'une discussion de cinq minutes.

Le prix de la relève SSRDMFR est doté de 2750 francs. Les auteurs des trois meilleurs travaux recevront respectivement 1500, 750 et 500 francs.

Tous les participants admis au concours des espoirs seront également invités à participer au congrès.

Adresse e-mail: dorothea.berndt@unibas.ch

D. Dagassan-Berndt, D^r méd. dent.
Secrétaire SSRDMF