

La Fondation de prévoyance de la SSO: des assurances pour les médecins-dentistes et leurs équipes

La Fondation de prévoyance de la SSO propose à ses membres des offres attrayantes pour toutes solutions de prévoyance. Grâce à un contrat collectif, les employeurs et les salariés peuvent s'assurer à des conditions très avantageuses contre des risques tels que la maladie, les accidents et les pertes de gain. La collaboration avec Roth Gygax et partenaires à Gümliigen permet d'élargir l'offre d'assurances de la Fondation aux domaines de la responsabilité professionnelle et l'interruption de l'activité de l'entreprise ainsi qu'à la couverture des dommages aux biens, du vol et de la protection juridique.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

La Fondation de prévoyance propose aux membres de la SSO une assurance d'indemnités journalières contre la perte de gain à la suite d'une maladie (IJM) et contre les accidents (LAA). Les frais de guérison sont également couverts dans le cadre de l'assurance obligatoire contre les accidents (LAA): frais d'hospitalisation et frais de médecins. Ce sont plus de 3000 professionnels de la médecine qui profitent de ces assurances collectives que la Fondation SSO grâce au contrat-cadre conclu avec Helsana S.A. La Fondation travaille également avec Roth Gygax & partenaires (RGP) à Gümliigen, conseillers financiers indépendants. RGP prodigue des conseils en assurances et procure des partenaires assureurs sérieux qui répondent aux besoins spécifiques des médecins-dentistes. Tous les assureurs ou banques ne conviennent pas forcément aux cabinets dentaires. Il s'agit de trouver la solution idéale pour chacun d'entre eux. Chaque partenaire éventuel fait

l'objet d'un examen approfondi par la SSO et par RGP. La Fédération des médecins suisses (FMH) a confié à RGP la gestion de la totalité de son portefeuille d'assurances, une sage décision! La fondation peut ainsi proposer des assurances avantageuses dans les domaines de la responsabilité professionnelle, de l'interruption de l'exploitation, des dommages aux biens, de la protection juridique et bien d'autres encore, toujours auprès de sociétés d'assurance réputées.

La Fondation de prévoyance de la SSO a été créée en 1965. Elle est fréquemment confondue avec la Fondation de prévoyance professionnelle de la SSO. Elle est donc à la recherche d'une nouvelle dénomination. Notre rédactrice s'est entretenue avec le président de la fondation, M. Klaus Böhme, de St-Gall, avec son vice-président Johann Steinegger, d'Yverdon, et avec le D^r Renato Broggin, de Balerna. L'entretien a porté sur les risques d'entreprise qu'encourent les médecins-den-

tistes et de l'offre de la Fondation de prévoyance de la SSO.

Importance des assurances pour les entrepreneurs

«Les assurances nous suivent dès l'enfance et pour toute notre vie. En commençant par la caisse, maladie, puis avec l'assurance responsabilité professionnelle et l'assurance vie jusqu'à la prévoyance vieillesse. Au plus tard lors de l'ouverture de mon cabinet dentaire, mon très modeste portefeuille d'assurances s'est avéré dépassé, et j'ai dû me mettre au travail et évaluer en détail tous les risques encourus possibles», nous dit Renato Broggin. Johann Steinegger ne peut imaginer travailler sereinement sans un bon plan de prévoyance. Klaus Böhme, impressionné par les cas de sinistres mentionnés par la Fondation s'est empressé de conclure une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie pour l'ensemble du personnel de son cabinet dentaire ainsi que pour lui-même en tant qu'employeur, le tout à des primes collectives très avantageuses.

Analyse du portefeuille d'assurances

La plupart des médecins-dentistes, hommes et femmes, sont en premier lieu orientés profession et technique. Le thème des assurances n'est pas le plus important pour la très grande majorité d'entre elles et eux, à moins que le destin ne terrasse un confrère ou une consœur du cercle de leurs connaissances. Alors, tout d'un coup, l'assurance de son existence même passe au premier plan. Ce n'est qu'alors que l'on prend conscience que le travail spécialisé accompli doit



Des compétences au service d'un engagement: le Président du Conseil de fondation Klaus Böhme maîtrise parfaitement les complexités légales et d'assurance ainsi que les mécanismes financiers qui agissent dans la prévoyance et le domaine social.



Johann Steinegger apprécie les offres d'assurances de la Fondation, taillées sur mesure pour les cabinets dentaires.



Renato Broggin: «Je ne connais guère de confrères qui sont parfaitement au point en matière d'assurance, bien que la plupart d'entre eux couvrent tous les risques.»



La gamme des produits de la Fondation de prévoyance SSO couvrent les risques que courent les titulaires de cabinets dentaires et proposent des alternatives attrayantes pour la prévoyance personnelle (photo: Martin Bichsel).

être sécurisé par des assurances, aussi bien pour l'employeur que pour ses salariés. Pour Renato Broggin, tous ses confrères ne sont pas solidement et réellement «au point» en matière d'assurances, bien que la plupart d'entre eux aient couvert la majorité des risques. «Les plus grandes lacunes se cachent dans l'absence de planification précise et dans l'optimisation, avant tout de nature financière, par exemple dans les domaines du deuxième pilier (LPP) et de la prévoyance professionnelle liée (troisième pilier 3a). C'est là qu'il reste beaucoup à faire», Renato Broggin en est convaincu. Il est absolument indispensable de procéder périodiquement à une analyse approfondie de l'ensemble de son portefeuille d'assurances.

L'offre de la Fondation de prévoyance de la SSO

Les membres du conseil de fondation évaluent l'offre de la fondation. Comme dans le cas de la Fédération des médecins suisses, la Fondation de

prévoyance a conçu l'offre d'assurance en tenant compte des désirs des assuré-e-s, à commencer par le cabinet dentaire jusque dans le domaine privé. C'est ainsi que l'on peut désormais conclure une assurance-maladie à des conditions extrêmement attrayantes et sûres. La gamme des produits offerts couvre la totalité des risques que court l'exploitation d'un cabinet dentaire et propose des alternatives séduisantes, dans le domaine privé également. La couverture des nouveaux risques issus de l'évolution de la législation et des contraintes nouvelles vient en général s'ajouter à l'offre déjà existante.

«Le suivi et la surveillance de son portefeuille d'assurances avec la collaboration d'un agent d'assurance sont fortement recommandés. En effet, des possibilités d'optimisation sont toujours présentes, et de nouveaux risques nous concernant peuvent faire leur apparition», les membres du conseil de fondation en sont certains.

Les assurés désirent un règlement aussi rapide et simple que possible lorsque survient un sinistre.

C'est pourquoi la Fondation attache la plus grande importance au traitement aussi rapide et aussi peu bureaucratique que possible des cas par les compagnies d'assurance.

L'attrait d'une association professionnelle est en étroite relation avec les avantages qu'elle propose à ses membres. Les offres de la Fondation de prévoyance de la SSO comptent parmi ces avantages.

C'est en raison de leur collaboration pendant de longues années au sein de la Fondation de prévoyance de la SSO que les membres du conseil de fondation ont acquis des compétences et des connaissances expertes dans le domaine des assurances. Ils ont appris à maîtriser les mécanismes complexes qui animent les domaines des finances, du droit et des techniques d'assurance. La mise au point d'une plate-forme d'assurances qui couvre l'ensemble des risques en relation avec l'exploitation d'un cabinet dentaire à l'intention des membres de notre association est pour eux un motif à la fois de satisfaction et de fierté!

CB-CT: Hopes and Hypes

En collaboration avec le Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM), la SSO a introduit un nouveau tarif pour la tomographie volumique numérisée à faisceau conique (CB-CT) à partir du 1^{er} décembre 2011. Thomas Vauthier, rédacteur de la RMSO, s'est entretenu avec le D^r Karl Dula, PD, ancien président de la Société suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale (SSRDMF), et le D^r Michael Bornstein, PD, président actuel de la Société de discipline, sur l'utilisation et les limites du «Cone Beam-CT».

Thomas Vauthier, rédacteur (photos: Ines Badertscher, zmk Berne)

La tomographie volumique numérisée à faisceau conique (*Cone Beam-Computed Tomography, CB-CT*) a été présentée officiellement pour la première fois à un congrès spécialisé international à Berlin en 1998. Les résultats du New Tom 9000 (Quantitative Radiology, Vérone, Italie) en pratique n'étaient cependant pas encore convaincants. Ce n'est qu'après le lancement du CB-CT Accuitomo (Morita, Kyoto, Japon) que les trois premiers appareils ont été introduits en Suisse en 2004, d'abord dans un cabinet privé de chirurgie orale à Winterthur, puis aux Universités de Berne et de Bâle. Après un développement d'une vitesse vertigineuse, plus de 170 appareils de CB-CT des fabricants les plus divers sont opérationnels en Suisse aujourd'hui.

La nouvelle tarification du CB-CT est en vigueur depuis le 1. 12. 2011. Combien de temps les négociations ont-elles duré?

En octobre 2005, la Société suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale a déjà incité la SSO à créer une position tarifaire pour cette nouvelle technique prometteuse. A partir de 2008, le D^r Christian Bless, membre de la Commission des affaires économiques (CAE) de la SSO, s'est intensive-

ment engagé en faveur de cette requête auprès des partenaires sociaux. La Suva a tout d'abord voulu mettre le CB-CT au même niveau que l'OPT. Ce n'est qu'en 2010 qu'un consensus s'est dessiné concernant la valeur des points tarifaires. Le Service central des tarifs médicaux a finalement approuvé le chiffre tarifaire 4059 avec 113 points tarifaires et l'a mise en vigueur avec la SSO à partir du 1. 12. 2011.

Cette tarification est-elle acceptable pour toutes les parties?

Oui. Dès le début des discussions, nous avons proposé environ 350 francs par CB-CT. Nous sommes heureux que la valeur de 113 points tarifaires corresponde presque exactement à cette proposition. L'interprétation et l'établissement des résultats, et souvent aussi la rédaction d'un rapport au médecin traitant, occasionnent des frais supplémentaires considérables.

Comment le CB-CT est-il désormais remboursé par les caisses-maladie?

Actuellement, le CB-CT n'apparaît pas encore dans le catalogue des prestations selon la LAMal, mais n'est remboursée que par les assurances

sociales (AA/AM/AI), après consultation préalable et justification écrite. L'utilisation du chiffre 4025 lors de diagnostic et planification particulièrement coûteux ne sera probablement reconnue par les assureurs qu'à titre exceptionnel. La SSO recommande d'appliquer la position tarifaire 4059 également dans les cas LAMal dès aujourd'hui. Les médecins-dentistes conseil se montrent en l'occurrence plutôt conciliants.

Faut-il désormais prévoir une explosion? Quelles indications s'appliquent-elles au CB-CT?

Dans la mesure où nous vivons dans un monde en trois dimensions, il est concevable que les praticiens privés souhaitent de plus en plus examiner des images tridimensionnelles. Mais le CB-CT fonctionne malheureusement aussi avec des rayons ionisants. Pour des raisons de protection contre les radiations, le CB-CT devrait rester réservé aux cas dans lesquels le thérapeute en retire des informations supplémentaires d'importance thérapeutique. Les indications devraient aussi être fixées au cas par cas. Pour un confrère pratiquant des interventions chirurgicales, il peut être souhaitable de représenter la situation en trois dimensions. Car c'est aussi lui, finalement, qui porte la responsabilité de l'intervention. Dans tous les cas, il faut exclure l'«indication économique». Les contrôles à la suite d'implantations peuvent aussi très bien être effectués à l'aide d'une radiographie périapicale, à moins qu'on craigne une lésion de structures vitales ou d'autres complications graves.

Quelle est votre opinion sur le problème de la protection contre les radiations?

Il faut manipuler cette nouvelle technique de manière responsable. Le principe de base reste le principe ALARA (*As Low As Reasonably Achievable: aussi bas que raisonnablement possible*). L'exposition aux radiations lors d'une TVN est approximativement de l'ordre de six OPT maximum. En moyenne, un CB-CT correspond à environ 30 à 40 radiographies simples. Avec la TVN, nous nous situons en fait toujours au-dessus du seuil des doses faibles, d'une valeur de 100 millisieverts, tel qu'il est défini par le Comité scientifique des Nations Unies pour l'étude des effets des radiations atomiques (UNSCEAR). Comme l'a aussi montré une récente étude de PAUWELS et coll., il faut cependant avoir à l'esprit qu'il n'y a pas simplement la tomographie volumique numérisée, mais que la dose dépend toujours de différents facteurs tels que la taille de la fenêtre sélectionnée, c'est-à-dire du volume. Des temps de rotation plus rapides peuvent diminuer la dose par CB-CT, ce qui est particulièrement important chez les jeunes adultes et les enfants.



Les experts PD D^r Michael Bornstein et PD D^r Karl Dula ont plaidé expressément en faveur d'une manipulation responsable de cette nouvelle technologie.

Et qu'en est-il du problème de l'interprétation des données?

L'essentiel, c'est que «je ne verrai jamais ce que je ne connais pas ni ce que j'ignore». Il faut toujours se demander: «Ai-je vraiment besoin d'une fenêtre de taille supérieure à 8×8 cm qui contient en fait toutes les structures dento-alvéolaires?» Dans des fenêtres plus grandes figurera probablement toujours l'orbite, la fosse ptérygopalatine ou le rocher. Les structures neuro-anatomiques représentées sont d'autant plus complexes que la fenêtre est grande. En tant que médecins-dentistes, nous ne sommes pas spécifiquement formés dans ces domaines. Il est donc d'autant plus difficile de distinguer les états normaux des états pathologiques. C'est la raison pour laquelle le comité de la SSRDMF a depuis longtemps favorisé l'utilisation d'une fenêtre aussi petite que possible. Ceci nous a valu d'être vivement criti-

qués, en partie par des confrères et en partie par des fabricants. Les directives du projet européen SedentexCT (www.sedentexct.eu) fournissent la meilleure base d'information concernant les indications et les paramètres d'acquisition. L'un des 20 principes de cette organisation revendique la possibilité pour les médecins-dentistes d'établir des résultats concernant les volumes dento-alvéolaires. Dans le cas de volumes plus importants (supérieurs à 8×8 cm, c'est-à-dire des volumes maxillo-faciaux), il faut demander conseil à des confrères formés en radiologie (spécialistes de la radiologie dento-maxillo-faciale ou radiologues médicaux travaillant dans ce domaine).

Ceci nous amène à la question de la formation...

En dehors de la formation sur la protection contre les radiations selon l'OFSP, il n'y a pour le mo-

ment aucune condition légale concernant l'exécution de la TVN en Suisse. La SSRDMF a reconnu ce problème depuis longtemps déjà et a créé une formation complémentaire optionnelle de quatre jours. Ce cours de base englobe l'anatomie radiologique habituelle, les modifications pathologiques les plus importantes, et une journée de formation pratique à l'ordinateur en petits groupes. De plus, des cours de perfectionnement et de master dans des domaines spéciaux sont prévus. La Suisse devra s'adapter aux directives européennes et devra aussi tenir compte de la pression des radiologues médicaux pour que la tomographie volumique numérisée puisse se maintenir au sein de la médecine dentaire. Il est important que cette formation soit organisée par une société de discipline, et non par une université: elle a ainsi plus de poids. Une formation approfondie en CB-CT dans le cadre de la formation des étudiants irait trop loin. A la fin de cette formation de base de quatre jours, les participants reçoivent un certificat de la SSRDMF, d'ailleurs officiellement reconnu par l'OFSP. Jusqu'à présent, nous avons pu organiser trois cours de base avec près de 200 participants, dont dix médecins, principalement des spécialistes ORL. Nous prévoyons d'organiser en 2013 un cours de formation continue d'une journée spécialement pour les orthodontistes.

Existe-t-il une estimation du nombre de prises de vue effectuées?

Tout d'abord, le nombre de CB-CT dépend de s'il s'agit d'un cabinet spécialisé, p. ex. un cabinet de chirurgie maxillaire ou orale, ou s'il s'agit d'un cabinet vers lequel les patients sont orientés et qui effectue les prises de vue pour des confrères en tant que prestataire de service. Dans ces cas, nous pouvons supposer que le nombre de prises de vue est en moyenne compris entre 300 et 400 par appareil et par an en Suisse. Il faudrait rester plutôt critique par rapport au battage publicitaire actuel en faveur de cette nouvelle technique. D'un point de vue objectif, des radiographies tridimensionnelles en trop grand nombre ne sont pas nécessaires: la médecine dentaire a réussi et réussit même sans elles dans la plupart des cas. Nous sommes dans l'obligation de baisser les coûts du système de santé et de tenir compte des principes de la protection contre les radiations. Aussi bien la SSO que la SSRDMF recommandent de demander la position tarifaire 4059 avec 113 points tarifaires lors de devis pour des cas LAMal également. Mais nous devrions aussi rester critiques dans les cas LAMal. Dans des cas urgents, comme à la suite d'un accident ou en cas d'abcès sévère, il nous est impossible d'attendre la prise en charge des coûts. Les médecins-dentistes conseillent se montrent cependant plutôt conciliants. Pour assurer une évaluation cohérente, les médecins-



Tous les médecins-dentistes devraient néanmoins connaître cette nouvelle technologie afin de pouvoir comprendre et participer à l'interprétation des prises de vues dans des cas justifiés en tant que médecin traitant.

Introduction de la tarification de la tomographie volumique numérisée à faisceau conique (CB-CT) à partir du 1er décembre 2011

Le Service Central des Tarifs Médicaux LAA (SCTM) et la Société suisse des médecins-dentistes ont décidé d'introduire la position tarifaire suivante dans le tarif dentaire SSO-AA/AM/AI :

Chiffre	Texte	Commentaire	AA, AM, AI Points	(PP) (Points)
4059	CB-CT	Comprend l'exécution d'une tomographie volumique numérisée [s'appuyant sur une demande écrite basée sur une image en 2 dimensions (OPG ou radiographie dentaire)] et un rapport radiologique écrit; la tomographie doit être délivrée sur un support de données lisibles. Le chiffre 4059 ne sera honoré par les assureurs AA/AM/AI qu'après entente avec l'assureur et sur la base d'un rapport fondé.	113	(96-130)

La tomographie volumique numérisée est un moyen diagnostique utile dans la médecine dentaire d'aujourd'hui à condition que son engagement soit raisonnable, approprié et économique.

Dans la plupart des cas une image en 2 dimensions est suffisante pour garantir la qualité exigée. Si celle-ci n'est plus garantie une image en 3 dimensions à l'aide d'un CB-CT est à exécuter.

Dans le cas d'un diagnostic et d'une planification sur la base d'un CB-CT particulièrement exigeants en temps, le chiffre 4025 peut être facturé en plus (uniquement après entente avec les assureurs AA/AM/AI).

Lucerne, 22.11.2011 / SCTM
Berne, 22.11.2011 / SSO

dentistes conseil devraient idéalement participer aux cours de CB-CT de la SSRDMF, dans le sens d'un «Benchmarking». La SSRDMF a réalisé une conférence de consensus l'année dernière et prévoit la publication de directives cohérentes pour les médecins-dentistes conseil concernant les indications et contre-indications médico-dentaires de la TVN.

L'acquisition d'un appareil de CB-CT est-elle rentable pour un cabinet privé?

En dehors du coût de l'appareil lui-même, il faut aussi tenir compte des frais liés à l'infrastructure et du temps de travail à y consacrer; ceci ne doit en aucun cas être sous-estimé. S'y ajoutent encore des investissements pour l'informatique (serveur, mise en réseau, backup, espace mémoire). Dans cette mesure, l'acquisition d'un appareil de CB-CT ne se rentabilise pas pour chaque praticien privé. Il a peut-être avantage à orienter des patients vers un confrère. La délocalisation ou délégation de compétences peut être absolument justifiée, car une prise de vue pertinente accompagnée d'une bonne interprétation des résultats est certainement intéressante, comme nous le constatons également

en radiologie médicale. Travailler de manière interdisciplinaire doit aussi être considéré comme une chance. Nous ne sommes plus des guerriers solitaires. En fin de compte, chaque médecin-dentiste doit prendre sa propre décision. La question se pose aussi de savoir si le médecin-dentiste est prêt à prendre la responsabilité supplémentaire concernant le diagnostic de ses prises de vues par CB-CT. Il faut bien réfléchir à l'acquisition d'une installation de CB-CT et ne pas décider de manière intuitive. Tous les médecins-dentistes devraient néanmoins connaître cette nouvelle technologie afin de pouvoir comprendre et participer à l'interprétation des prises de vues dans des cas justifiés en tant que médecin traitant. Ils peuvent presque toujours disposer d'un logiciel de visualisation ou télécharger un logiciel secondaire sur internet, avec lequel il est possible d'examiner des images réalisées ailleurs.

Jetons encore un coup d'œil dans la boule de cristal: quels développements prévoyez-vous généralement dans le domaine du CB-CT ou de la radiographie numérique?

Karl Dula: je ne suis plus président de la SSRDMF.

Je me réjouirais néanmoins si un chapitre spécifique à la radiologie dento-maxillo-faciale était créé dans le cadre des nouveaux tarifs de médecine dentaire. Avec les nouvelles technologies dont nous disposons aujourd'hui, nous avons clairement abandonné la radiologie purement médico-dentaire et abordé la radiologie dento-maxillo-faciale.

Michael Bornstein: l'imagerie tridimensionnelle va continuer à prendre de l'importance et à se développer. L'amélioration des appareils de CB-CT, comme la diminution de la dose de radiation, peut entraîner dans le futur un élargissement du spectre d'indications du CB-CT. Un jour, nous n'utiliserons presque plus la radiographie extra-orale bidimensionnelle classique. L'OPT et la télé-radiographie perdront de l'importance. Les radiographies simples intra orales pertinentes resteront cependant toujours la référence. Peut-être que le CB-CT ne constitue pas le dernier développement de l'imagerie tridimensionnelle et qu'une nouvelle technologie arrivera. Pour nous, la possibilité de diagnostic des parties molles serait intéressante, car ceci constitue la faiblesse essentielle de la technologie CB-CT. Là, nous dépendons encore d'astuces, ou alors nous avons besoin d'examen supplémentaires par ultrasons ou IRM.

Karl Dula: le diagnostic des parties molles nécessitant cependant de fortes doses de radiation, un plus grand nombre de médecins-dentistes spécialement formés est nécessaire. Une plus grande responsabilité signifie une meilleure formation: on en revient toujours au même point.

Michael Bornstein: c'est la raison pour laquelle nous signalons le prochain cours de la SSRDMF «Formation en tomographie volumique numérisée». Celui-ci se tiendra les 26/27 octobre et les 7/8 décembre 2012. Nous recommandons aussi la 25^e Journée annuelle de la SSRDMF sur le thème «Contrôle radiologique de réussite en médecine dentaire», le 13 juin 2012 (la veille du Congrès de la SSO) à Berne.

D' Dula, D' Bornstein, nous vous remercions pour cet entretien.

Conclusion en bref

Les deux experts ont plaidé expressément en faveur d'une manipulation responsable de cette nouvelle technologie, particulièrement pour une retenue en matière d'indications, dans le plus grand respect possible de la protection contre les radiations. La SSRDMF veut se conformer à ces exigences grâce à une formation et une formation continue ciblées pour tous les médecins-dentistes.

Les opposants aux Managed Care sont divisés

Le référendum contre le projet de réseaux de santé intégrés a abouti: plus de 130 000 signatures ont été récoltées par les sociétés de médecine, les sociétés cantonales de médecins, les organisations de patients et les associations du personnel médical. Mais c'est un résultat trompeur: les opposants ne sont pas tous unis derrière le référendum.

Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SSO (texte et photo)

Les volontaires des différents comités référendaires apportent des caisses de signatures à la Chancellerie fédérale: ce sont 132 837 citoyennes et citoyens qui ont signé le référendum contre le projet de Managed Care, respectivement contre les réseaux de soins intégrés dans l'assurance-maladie obligatoire, soit plus du double que les 50 000 paraphes nécessaires. Une fois de plus, on peut constater la force des médecins pour s'emparer d'une question touchant à la politique de la santé.

Changement de cap après le vote de la base FMH

La campagne référendaire n'a pas été exempte de fausses notes. Au début, le comité de la FMH avait soutenu le projet Managed Care. Ensuite, l'Association Suisse des médecins assistants et chefs de clinique (ASMAC), quatre sociétés cantonales de médecine et trois sociétés de discipline ont demandé un vote de la base des membres de la FMH. Cette votation a eu lieu encore avant les débats finaux au Parlement. Le verdict a été très clair: deux tiers des membres se sont prononcés en faveur d'un référendum, ce qui a incité le président de la FMH Jacques de Haller à virer de bord. Il s'est rangé derrière le référendum, et la FMH s'est résolument engagée dans la bataille. Elle a distribué des listes de signatures à remplir et a invité ses membres à la soutenir. D'autres organisations ont aussi rejoint le comité référendaire: tout d'abord PULSUS, une association de prati-

ciens de la santé publique créée en Suisse centrale, et puis la fmCh, l'Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive. Leur comité «Libre choix du médecin pour tous!» géré en commun a récolté plus de 100 000 signatures. Il avait à ses côtés l'ancien secrétaire général de l'UDC Gregor Ruth et l'ancien porte-parole du PDC Paul Felber, tous deux stratèges expérimentés de la politique. Les autres signatures ont été le fait de l'ASMAC, l'Association Suisse des médecins assistants et chefs de clinique, du syndicat VPOD ainsi que d'une association pour le libre choix du médecin, jusqu'alors inconnue.

Corps médical et organisations de patients en désaccord

La participation de la FMH à la bataille référendaire ne doit pas cacher que le corps médical est partagé: ce sont moins de la moitié des 35 000 membres de la FMH qui ont participé au vote de la base. 10 000 d'entre eux, soit les deux tiers, se sont prononcés contre le projet de Managed Care. Cette décision a eu des conséquences au plan personnel: le vice-président de la FMH, le conseiller national Ignazio Cassis, partisan bien connu du Managed Care, a protesté en démissionnant du comité.

Au sein de la FMH, l'Association des médecins de famille et de l'enfance et la Société suisse de médecine générale se sont prononcées en faveur des soins intégrés. Dans le comité pour, on a reçu le soutien de la conseillère nationale et médecin

Yvonne Gilli, des Verts. Mais tous les médecins de famille, et de loin, ne sont pas en faveur du projet. Dans le cadre de PULSUS, les prestataires de base rejettent le Managed Care sous la forme décidée par le Parlement. Le corps médical n'est pas le seul à être divisé, mais aussi d'autres opposants au projet, tel le PS. Bien que ce parti ait décidé lors d'une assemblée des délégués de soutenir le référendum, Jean-François Steiert, Edith Graf-Litscher et Prisca Birrer-Heimo, membres éminents de ce parti, se sont prononcés en faveur des réseaux de soins intégrés. Même situation avec les organisations de patients: la plate-forme internet *patienten.ch* est représentée au sein du comité référendaire, alors que la Fédération Suisse des Patients et l'Organisation suisse des patients (OSP) mènent la lutte en faveur du projet.

Assurance qualité ou distorsion de la concurrence?

Les organisations de protection des consommateurs également se prononcent pour les réseaux de soins intégrés. Elles en attendent un renforcement de la médecine de premier recours et de l'assurance qualité dans l'intérêt des patients. Les opposants au projet parlent de leur côté d'une distorsion de la concurrence en faveur du Managed Care. Des incitations ciblées sont prévues pour pousser les patients vers les réseaux de soins intégrés. Jusqu'à présent, les assurances avaient accordé des budgets relativement généreux aux réseaux médicaux existants. Mais, une fois l'objectif du Conseil fédéral atteint, nul doute que les caisses-maladie vont imposer des budgets rigoureux aux médecins des réseaux intégrés. Les critiques soulignent que les soins médicaux se verraient alors soumis à des arbitrages de coûts relevant des principes de l'économie d'entreprise. Tout sera clair au lendemain du 17 juin 2012, jour où le peuple suisse se prononcera!



Sous le regard de Jacques de Haller, président de la FMH, les différents comités référendaires apportent les signatures récoltées à la Chancellerie fédérale.

Journée des malades

Vie professionnelle et soins: comment concilier les deux?

Les proches qui doivent assurer des soins à leur partenaire, enfant ou autre membre de la famille en plus de leur activité professionnelle sont souvent sous pression. En effet, il leur faut concilier travail, famille, loisirs et soins pour une période de durée indéterminée. Ceci ne manque pas de causer bien des difficultés, y compris de nature financière. La «Journée des malades» s'adresse à cette problématique de notre société.

Anna-Christina Zysset, rédactrice

«Jusqu'à ce que la mort nous sépare» a promis Maria Engel à son Peter à l'église, en 1948. Maria, ménagère, s'occupait de leur petit Peter quand son mari se rendait en voiture tôt le matin à son travail à l'imprimerie Hallwag. Le petit Peter était le rayon de soleil du jeune couple. Ce bonheur domestique a cependant bientôt été assombri: des doigts raides, des mains douloureuses et qui, parfois, refusaient tout service. Le père de famille avait de plus en plus de soucis à son travail. Sa démarche autrefois assurée devenait de plus en plus hésitante, et il avait de plus en plus de peine à se tenir droit. Les collègues de travail ont commencé à murmurer, alors que les consultations chez le médecin, de plus en plus fréquentes, et les médicaments coûteux chargeaient toujours plus lourdement le budget du ménage. Plus moyen de s'en passer: Maria Engel a dû prendre un emploi. Elle avait fait un apprentissage de vendeuse et elle a trouvé un poste à temps partiel chez Wollenhof

S.A. Les progrès de la maladie contraignaient Peter Engel à rester de plus en plus souvent à la maison au lieu de se rendre à son travail. Il perdit son emploi, ce qui a obligé Maria à augmenter son temps de travail alors qu'elle devait déjà s'occuper d'un patient et d'un enfant à la maison. Le diagnostic fut enfin posé: Parkinson. Peter le fils aidait sa mère comme il pouvait, mais ses résultats scolaires se dégradèrent notablement. Il devenait de plus en plus renfermé: il n'y avait plus de temps pour les copains, et la famille ne pouvait plus s'offrir des vacances. Maria Engel travaillait désormais à plein temps, car la famille ne pourrait plus se passer de ce revenu. Les soins de plus en plus lourds, les constantes consultations chez le médecin, le ménage, s'occuper de l'enfant en plus de son travail de vendeuse aux horaires prolongés l'amenaient au bout de ses forces. Le dimanche de congé, il lui fallait faire la lessive, repasser, faire le ménage et préparer des repas d'avance pour

la semaine. Elle ne pouvait compter sur aucun soutien de la famille. Le pas hésitant de son mari, sa démarche cahotante et ses chutes fréquentes ont éveillé des spéculations dans le voisinage: Peter le père s'adonnerait-il à la boisson? Les consultations chez le médecin lui attiraient maints regards soupçonneux dans le bus ou dans le tram. Par ailleurs, Maria Engel accompagnait merveilleusement chaque étape de la déchéance de la santé de son mari. Nul ne se doutait à quel point elle lui était proche. Elle devint veuve à cinquante-cinq ans. Cette vendeuse partout appréciée vivait désormais dans une solitude complète. Son fils travaillait comme imprimeur. Il avait quitté le foyer familial depuis longtemps. Devenu chômeur lors de la première crise pétrolière, il mit fin à ses jours. Maria Engel décéda peu après. Diagnostic médical: infarctus.

J'ai été à l'école primaire avec Peter. Je rencontrais sa mère tous les jours alors qu'elle prenait le tram pour se rendre à son travail. Elle m'a conté quelques épisodes de sa vie, après le décès de son mari. Ce n'est que bien plus tard que j'ai compris tout ce que cette femme avait fait et tout ce qu'elle avait enduré. Cette tragédie silencieuse s'est jouée dans les 1960 et 1970. Heureusement que les choses se sont beaucoup améliorées depuis.

Fondation de l'association Parkinson Suisse

La maladie de Parkinson et bien d'autres encore sont bien connues du public suisse. Quiconque désire se renseigner trouve immédiatement sur internet des informations scientifiquement fondées. L'association Parkinson Suisse a été fondée en 1985, à l'instigation de médecins neurologues. Elle compte aujourd'hui quelque 5300 membres. Elle s'engage pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées. Cette organisation est un partenaire fiable sur lequel peuvent compter les patients, les membres de leur famille et leurs proches, le public en général et les professionnels. Elle informe, conseille, défend les intérêts des personnes touchées vis-à-vis des autorités et des prestataires. Elle soutient dans tout le pays près de 70 groupes d'entraide tout en appuyant la recherche scientifique sur la maladie de Parkinson. De plus, elle informe le public sur la maladie et sur la vie avec elle, et s'engage activement pour la formation initiale et continue des professionnels de la santé.

Les soins ambulatoires prennent de l'importance

Dans la perspective de l'évolution démographique prévue, des progrès de la médecine et de l'importance toujours croissante des formes ambulatoires des soins, la conciliation des soins et de l'exercice de la profession prendra inévitablement de plus en plus d'importance, en Suisse



Il faut que l'on puisse compter sur des soignants et des travailleurs sociaux sensibilisés et informés qui intégreront la situation des proches soignants qui exercent une activité lucrative dans un case management professionnel et contractuel contraignant pour la famille (iStockphoto).



Toute contrainte recèle un considérable potentiel explosif pour un partenariat (iStockphoto.com).

également. Les conditions financières, personnelles et d'organisation ne sont pas réglées de manière satisfaisante en Suisse pour les proches qui prodiguent des soins tout en exerçant une activité lucrative. Les possibilités de soutien ne sont que trop peu connues de la population.

Où en sommes-nous?

C'est dans ce contexte que j'ai interrogé une assistante sociale qui conseille les malades et leurs proches et qui s'occupe elle-même de sa mère âgée de 87 ans en plus de son activité professionnelle à plein temps. Elle est l'interlocutrice désignée pour tous les cas d'assistance. Elle doit coordonner tous ses rendez-vous de médecins et de thérapeutes avec ses engagements professionnels. Ce n'est possible qu'au détriment du temps de repos urgemment nécessaire pour se reposer d'un quotidien professionnel aussi exigeant qu'éreintant. Son expérience du métier lui facilite l'organisation de l'encadrement de ses patients, mais il lui reste bien difficile de s'offrir repos et détente, tant ses clients lui tiennent à cœur.

Distinction difficile à faire

«Plus les membres de la famille sont proches d'un membre âgé ou malade, plus ils perçoivent les attentes de la famille. Les distinctions sont difficiles à établir dans le contexte familial. Tout refus est associé à des sentiments de culpabilité. A ceci s'ajoute le renversement des rôles», me dit mon interlocutrice. Au début, cela cause bien des difficultés.

Trouver des ressources

De plus en plus de centres de conseil et d'assistance très compétents ont vu le jour ces dernières années. Cependant, de nombreux services d'as-

sistance sont très coûteux, et c'est pourquoi l'on renonce souvent à faire usage de cette possibilité. Lorsqu'ils s'entretiennent avec les personnes concernées, les centres de conseil trouvent souvent des ressources auxquelles celles-ci n'avaient tout simplement pas pensé. Ce processus libératoire encourage les personnes en quête de conseils de se mettre elles-mêmes à la recherche d'autres solutions et d'appliquer des propositions pertinentes venues d'instances neutres.

Potentiel explosif

Toute contrainte recèle un gros potentiel explosif dans une relation de partenariat. C'est pourquoi chaque engagement doit être discuté avec son



Le plus célèbre malade de Parkinson au monde: l'ancien champion de boxe Mohamed Ali (Keystone).

partenaire. Un entretien avec un professionnel permet souvent de trouver une solution lorsque les idées sont par trop divergentes. L'indication de possibilités d'assistance contribue à la nécessaire délimitation des activités.

Soigner plutôt que travailler

Si l'on considère l'étendue des contraintes, on se pose la question de savoir s'il faut renoncer à sa profession. Écoutons l'assistante sociale: «Je ne veux pas influencer mes clients, mais seulement attirer leur attention sur les risques d'une telle décision. Se consacrer intégralement aux soins et à l'encadrement d'un parent ou d'un partenaire est susceptible d'entraver durablement sa propre autonomie, voire de la rendre impossible. Il y a aussi les conséquences négatives au plan financier. Le retour à l'exercice de sa profession peut en être rendu plus difficile, voire même impossible. C'est pourquoi il faut soigneusement peser le pour et le contre afin de déterminer dans quelles circonstances cette décision pourrait être prise sans de trop graves conséquences. Sinon, je conseillerais plutôt et je rechercherais d'autres possibilités d'encadrement.»

L'assistante sociale encourage des possibilités de soutien financier, par exemple sous la forme de crédits d'encadrement, ainsi que l'information permanente du public sur ce sujet. La part toujours croissante des personnes âgées dans la population montre à quel point cette problématique est urgente...

De l'avis de l'association, si l'engagement des proches exerçant une activité lucrative est désiré aux plans politique et social, alors il est dans l'intérêt de la communauté que soient créées des structures sociales et d'entreprise qui soutiennent et encouragent à fond ces prestations. Qui travaille, soigne ou encadre a besoin de sécurité. C'est pourquoi l'association «Journée des malades» milite pour que...

- ... quiconque a besoin de soutien soit sûr de l'obtenir; pour ce faire, il faut être informé des possibilités et des limites des soins professionnels, ainsi que des formes d'assistance qui sont offertes;
- ... quiconque en a besoin puisse être assisté; les offres doivent pouvoir être financées; personne n'assurera le coût des vacances pour les proches soignants; c'est pourquoi elles se révèlent souvent d'un prix exorbitant;
- ... quiconque prodigue des soins à un proche doive pouvoir garder son emploi; en effet, l'activité professionnelle représente une alternance bienvenue et interrompt la routine quotidienne des soins tout en assurant la sécurité financière; il faut pouvoir compter sur des responsables des ressources humaines formés, capables de trouver des solutions avec les salarié-e-s;

- ... le financement de la sécurité personnelle des soignants (caisse de pension, AVS) soit assuré; différentes possibilités de financement doivent pouvoir être envisagées au service des proches soignants, par exemple sous forme de crédits d'encadrement ou de compensations salariales;
- ... l'on puisse compter sur des soignants et des travailleurs sociaux sensibilisés et informés qui intégreront la situation des proches soignants qui exercent une activité lucrative dans un *case management* professionnel et contractuel contraignant pour la famille.

La conseillère aux Etats Christine Egerszegi-Obrist parle d'expérience personnelle vécue. Elle souligne dans son appel aux médias sur la Journée des malades que nous devons tous assumer nos responsabilités communes: «Au nom de considérations sociétales, économiques et humaines, il doit être possible de concilier soins et profession.

Il faut pour cela des employeurs compréhensifs qui autorisent des horaires de travail flexibles, il faut aussi une bonne assistance médicale dotée de services ambulatoires fiables et enfin un réseau social de soutien. Les proches soignants fournissent un travail de prix qui représente des millions de francs d'économies dans le secteur de la santé et une meilleure qualité de vie pour les malades. Cela mérite estime et reconnaissance.»

«Mais nous tous portons aussi la responsabilité d'un environnement favorable qui leur facilite l'accomplissement de cette double tâche. Et cela au-delà de la Journée des malades d'aujourd'hui!»¹ Les personnes qui s'occupent de malades en plus de leur activité professionnelle de tous les jours sont les piliers silencieux de notre société et de notre système de santé. Mais leurs problèmes sont

¹ Appel médias pour la Journée des malades 2012, Christine Egerszegi-Obrist, conseillère aux Etats, Melligen

encore et toujours souvent et largement esquivés dans les débats publics. Les proches dans la famille ou le partenaire qui restent actifs dans la vie professionnelle et qui, en plus, s'occupent de partenaires, enfants ou parents qui ont besoin de soins apportent beaucoup et ne sont que rarement rémunérés pour leur travail: il faut organiser les démarches administratives, l'achat de médicaments, les soins professionnels et l'assistance nocturne, les courses chez le médecin, les trajets entre leur domicile et celui des malades. Il faut concilier tout cela avec la vie familiale et le quotidien professionnel. Si ce numéro d'équilibre dure longtemps, l'épuisement n'est pas loin avec le risque de tomber malade à son tour. Souvent, surtout les femmes, mais les hommes de plus en plus, réduisent leur temps de travail, voire renoncent à leur métier. C'est une issue qui n'est bonne ni pour les proches soignants, ni pour l'économie, ni pour la société.

SGDMFR
Schweizerische Gesellschaft für dentomaxillofaziale Radiologie
SSRDMF
Société suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale
SSRDMF
Società svizzera di radiologia dentomaxillofaciale
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 concoureurs et 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 SSRDMF 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

Livre

Odontologie pédiatrique clinique

Maulin-Ifi Chantal et coll.:

Collection JPIO

Editions CdP – Wolters Kluwer France, 2011,

328 pp, plus de 600 ill.; 156,75 euros

ISBN 978-2-84361-154-4

L'odontologie pédiatrique clinique ou pédodontie s'intéresse aux enfants de 0 à 15 ans. Son champ d'action comprend les diverses disciplines générales de la médecine dentaire qui ne sauraient faire l'objet d'une pratique exclusive seulement, mais s'inscrivent dans l'activité générale du clinicien.

L'établissement du contact avec l'enfant au cabinet dentaire implique une approche systématique visant d'abord à neutraliser son appréhension. Il nécessite une connaissance et une compréhension des phases du développement de l'enfant pendant la petite enfance (0 à 2 ans), la période préscolaire (2 à 6 ans), la période scolaire (6 à 11 ans) et l'adolescence (12 à 15 ans). Cette relation met en jeu trois partenaires, l'enfant, les parents et le praticien, avec une relation directe et privilégiée envers le premier. La gestion comportementale implique des techniques de communication non verbales et verbales qui placent le jeune patient en confiance. La première consultation est cruciale, car elle va souvent déterminer la qualité des relations à venir entre l'enfant et le praticien. Elle commence avec l'accueil qui précède la consultation, l'organisation des séances thérapeutiques en fonction de l'importance des pathologies à traiter, sans oublier la relation avec les parents et le maintien du consentement éclairé de ces derniers.

La première consultation dépiste les pathologies et évalue le risque (caries, érosions, salive, parodontites, traumatismes, etc.) qui va déterminer une stratégie préventive et un suivi tenant compte de l'anamnèse générale et buccodentaire.

La phobie des soins dentaires appartient aux phobies spécifiques les plus répandues, et la piqûre détient sans doute un record parmi les paramètres anxiogènes présents dans un cabinet dentaire. La peur et la douleur nécessitent que le praticien mette tout en œuvre pour aider son patient à gérer les conséquences thérapeutiques qui vont suivre. Il lui faudra intégrer dans son approche des méthodes de gestion de l'anxiété, mais aussi décider des mesures d'anesthésies ou de sédation à prendre.

Le traitement conservateur doit respecter les concepts minimalistes modernes de préparation et l'utilisation de matériaux adaptés qui vont du

ciment verre ionomère aux coiffes pédodontiques préformées, en passant par les résines composites. L'utilisation de la digue sera privilégiée. D'autres mesures sont aussi discutées, comme le recours au laser, l'air-abrasion, la sono-abrasion, la microabrasion et l'Icon.

L'endodontie pédiatrique, lorsqu'elle est réalisable, conserve les dents temporaires jusqu'à leur chute et maintient le développement radiculaire et la fonction des dents définitives.

La prévalence des affections parodontales chez l'enfant est élevée pour les gingivites (70% chez les enfants de 7 ans) et varie entre 0,1% et 0,5% pour les parodontites. La diversité des pathologies de la muqueuse buccale est souvent le reflet de maladies générales (primo-infection herpétique, varicelle, mononucléose infectieuse, etc.). Il convient cependant d'être attentif à des manifestations plus rares comme les affections bulleuses, les lésions blanches kératosiques, les lichens, les glossites, les kystes gingivaux, etc.

Le domaine peu exploré des affections des muqueuses chez l'enfant doit cependant attirer l'attention du médecin-dentiste qui peut être souvent le premier à mettre en évidence une lésion qui conduira son patient chez un pédiatre.

La chirurgie pédiatrique est souvent un acte simple quoique redouté et nécessitant une prise en charge spécifique. L'indication d'extraire sera clairement fondée et la technique compatible avec la morphologie et la position dentaires. Les mesures chirurgicales comprennent parfois aussi l'ablation de kystes folliculaires et le traitement de freins et mucocèles.

L'absence ou la perte prématurée de dents temporaires nécessite parfois de recourir au maintien de l'espace mésio-distal, bilatéral et de la dimension verticale par des mainteneurs d'espace soudés, des «distal shoes» et autres arcs métalliques.

Le médecin-dentiste devra dans certains cas réaliser des prothèses pédiatriques pour pallier à des situations d'agénésies, de fonctions et d'esthétique de base. Ces mesures peuvent comprendre, en dentition temporaire, une prothèse fixée, amovible partielle ou complète, qui devra être adaptable aux problématiques de croissance.

L'orthodontie interceptive a pour objectif de dépister, évaluer, contrôler ou neutraliser les mécanismes d'aggravation d'une malocclusion initiale. Le bilan clinique de dépistage, en dentition temporaire ou mixte, va intercepter la succion non nutritive, les anomalies d'origine dentaire (formes, tailles, ankyloses, trajets d'éruption, etc.), les troubles d'insuffisance ventilatoire nasale, le manque de place, ainsi que la dimension transversale, sagittale et verticale. Les acteurs biologiques de l'odontogenèse peuvent être perturbés et générer ainsi des problèmes atteignant le nombre, la forme, la position ou la structure de la dent. Ces anomalies dentaires sont des événements fréquents, acquis, congénitaux, héréditaires ou associés à un tableau polymalformatif plus large.

L'enfant malade ou souffrant d'affections systémiques (cardiopathies, troubles endocriniens graves, cancer, etc), de même que l'enfant en situation de handicap (trisomie 21, infirmité motrice cérébrale, etc.) nécessiteront une approche s'inscrivant non seulement dans une optique pluridisciplinaire, mais aussi empreinte d'empathie et consciente des conditions socioculturelles du patient.

L'ouvrage conclut par un chapitre consacré à la prévention appliquée au cabinet dentaire. Le médecin-dentiste doit pouvoir identifier rapidement le risque chez chacun de ses patients, afin de mettre en œuvre une thérapeutique soucieuse des mesures préventives. Ces mesures entrent en jeu dès la petite enfance et doivent être adaptées à une réévaluation du risque en fonction de l'âge et du développement de l'individu. L'enseignement de l'hygiène, le contrôle de l'alimentation et le fluor restent les piliers de base de la prophylaxie.

DENTAL 2012



Commandez les billets maintenant!
www.dental2012.ch

BERNE JUIN 14 | 15 | 16

laxie, qui doit aussi tenir compte de l'évolution des connaissances qui vont apporter encore de nouveaux protocoles et de nouveaux produits. Entièrement conçu pour le praticien généraliste comme pour le spécialiste, cet excellent ouvrage de pédodontie clinique permet au lecteur de mieux

comprendre et appréhender une discipline qui exige des connaissances spécifiques en matière de diagnostic, de prévention et de mesures thérapeutiques, que seule une attitude bienveillante et empathique permet d'en garantir le succès.

Michel Perrier, Lausanne

évaluées au début, à 6 mois, 1 an, 2 ans, 4 ans et 6 ans.

Au bout de 6 ans, le taux général de succès était de 100%. Cependant, l'intégrité marginale des restaurations placées sur des molaires était inférieure à celle des prémolaires. Les signes de détérioration liés à l'usure, au joint marginal et à la rugosité appaurent plus précocement sur les molaires que sur les prémolaires. La détérioration de l'intégrité dentaire se manifesta sous forme de fissures, d'ébrèchures au niveau des molaires surtout.

Les résultats furent similaires pour les deux types de matériau utilisés. Aucun autre défaut ne fut constaté, aucun signe de carie secondaire ou de coloration marginale ne fut constaté.

Les résines à nanoparticules ont été développées pour améliorer les performances des composites. Les avantages des nanoparticules comprennent de meilleurs effets de transparence et de meilleurs résultats au polissage. La comparaison des deux matériaux utilisés dans cette étude, soit une résine composite conventionnelle et une résine nanohybride, donne cependant des résultats similaires sur une durée d'observation de 6 ans.

Michel Perrier, Lausanne

Revue

Résines

Krämer N et coll.: Nanohybrid vs fine hybrid composite in extended Class II cavities after six years

Dent Mater 27: 455-464, 2011
[http://www.demajournal.com/article/S0109-5641\(11\)00017-0/fulltext](http://www.demajournal.com/article/S0109-5641(11)00017-0/fulltext)

Les composites résineux sont des matériaux de choix pour la restauration de lésions carieuses. Au cours de ces dernières décennies, plusieurs types de matériaux ont été développés, comme les composites hybrides, les composites hybrides microchargés, les composites nanohybrides et les

composites nanorésineux. Les plus récents assurent présenter moins de contraction à la polymérisation, moins de contrainte due à la contraction et une plus grande résistance à l'usure. Ces propriétés restent encore non prouvées. Les composites nanohybrides ont quant à eux démontré des indices d'usure comparables à ceux de l'émail.

Dans cette étude, deux matériaux de restauration placés dans des cavités de classe II ont été comparés sur une période de 6 ans. Il s'agissait d'une résine composite conventionnelle (Grandio) et d'une résine nanohybride (Tetric Ceram).

68 restaurations remplaçant des amalgames furent posées chez 30 patients. Les restaurations furent

Impressum

Titel / Titre de la publication

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

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

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

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

Rédaction «Recherche · Science»

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

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel; PD Dr. méd. dent. Susanne Scherrer, Genève;
PD Dr. med. dent. Patrick R. Schmidlin, Zürich

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Prof. Dr. Heinz Lüthy, Neuchâtel; Donna Byron Sequeira, Cham; Kathleen Splieth, Neuenkirchen (D)

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

Anna-Christina Zysset, Bern
Deutschsprachige Redaktoren:
Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern; Dr. Felix Meier, Zürich; Thomas Vauthier, Möhlin

Responsables du groupe rédactionnel romand:

Dr. Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne; PD Dr. Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Rédaction «Management odontologique»

Rodolphe Cochet, Paris

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren von Forschung und Wissenschaft sowie Praxis und Fortbildung finden Sie auf der SSO-Homepage:

www.sso.ch → FÜR ZAHNÄRZTE → MONATSSCHRIFT ZAHNMEDIZIN.

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

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

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

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

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

Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien
Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förrlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8005 Zürich
Telefon 043 444 51 07, Telefax 043 444 51 01, E-Mail: zahnmedizin@fachmedien.ch
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Insertionstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.

Tarifs des annonces / Exemplaies de la Revue: sur demande au Service de la publicité et des annonces.

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.

L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

Gesamtherstellung / Production

Stämpfli Publikationen AG, Wölflistrasse 1, Postfach 8326, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli Publikationen AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 62 55

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 284.80*

Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 65.40*

Einzelnnummer / Numéro isolé Fr. 35.85*

* inkl. 2,4% MWST / inclu TVA 2,4%

Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 298.–

Einzelnnummer / Numéro isolé Fr. 35.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 319.–

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.

Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.

2011 – 121. Jahrgang / 121^e année; Auflage / Tirage: 5700 Ex.;

WEMF/SW-Beglaubigung 2011 – Total verkaufte Auflage: 4765 Ex.

ISSN 0256-2855



Die Business-Welt ist wie Verkehr.
Immer mehr Teilnehmer.
Immer mehr Chancen. Und Risiken.

VORFAHRT! B2B-WERBUNG IN DER FACHPRESSE.

Der Vergleich zwischen Business und Verkehr ist bildhaft und zutreffend. Wo Dichte, Intensität und Reizüberflutung ständig zunehmen, sind klare Signale unerlässlich, um zügig vorwärts zu kommen.

Es gibt keinen Ersatz für Wichtiges! Kompetente Redaktionen selektionieren, thematisieren und bewerten branchenspezifisch aus der ganzen Informationsflut, was entscheidend ist. Fachwissen, Branchen-News, Innovationen, Management-Informationen, Markt- und Produktentwicklungen werden auf direktem Weg zu ihrer Zielgruppe – den Entscheidern – transportiert. Das leistet die Fachpresse für ihre Leserinnen und Leser wie sonst niemand.

B2B-Werbung in Fachzeitschriften schafft Vorfahrt. Weil Fachpublikationen die zentrale Plattform und Informationsquelle von Business-Leadern sind.



KLARE SIGNALE.
B2B-KOMMUNIKATION IN DER FACHPRESSE!
Es gibt kein besseres Umfeld für Ihre Werbung.