

Une première réussite: congrès SSO et Dental

Cette année et pour la première fois, le congrès de la SSO et Dental se sont tenus simultanément à Berne. Cet important événement de formation continue et la plus grande exposition de technique dentaire en Suisse ont célébré la réussite de cette première dans la ville fédérale.

Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SSO (photos: m2d)

Tous les espoirs que nous avons mis en ce nouvel endroit ont été plus que satisfaits. Ueli Breitschmid, président de l'Association patronale suisse de la branche dentaire (ASD) s'est montré satisfait. Les chiffres officiels révèlent que plus de 7000 personnes ont visité les halles d'exposition pendant les trois jours de la manifestation: un nouveau record du nombre de visiteurs.

Les plus de 12 000 mètres carrés ont accueilli 222 exposants et de nombreux produits nouveaux proposés à la curiosité des visiteurs. Le nouveau lieu d'exposition s'est révélé être un choix idéal. Berne, bien desservie par les

transports publics, a accueilli à son centre de congrès et d'expositions Bernexpo un nombre encore jamais vu de participants au congrès. 600 assistantes dentaires ont suivi l'évènement de formation continue. Près de 1700 médecins-dentistes, hommes et femmes venus de toute la Suisse, ont assisté aux exposés d'orateurs réputés.

Grand succès également pour les exposants qui s'étaient déjà décidés très tôt en faveur de Berne. La prochaine édition de Dental et le XIX^e congrès de la SSO se tiendront de nouveau et simultanément à Bernexpo, mais un peu plus tôt dans la saison, du 22 au 24 mai 2014.



Affluence considérable: l'administration du congrès de la SSO avait du pain sur la planche!



Le président de la SSO, François Keller, va de l'avant.



Assistance nombreuse aux exposés lors du congrès de la SSO.



C'est avec la plus grande attention que les participants au congrès ont écouté les experts invités.



Le SSO-Corner, zone de rencontres: Rolf Hess, membre du comité, en conversation détendue avec de jeunes médecins-dentistes, femmes et hommes.



Marco Tackenberg, chef du Service de presse et d'information de la SSO, écoute attentivement Beat Wäckerle, membre du comité de la SSO.



Moment de relaxation avec une bière bien fraîche.



Auditeurs détendus à la formation continue pour les assistantes dentaires.



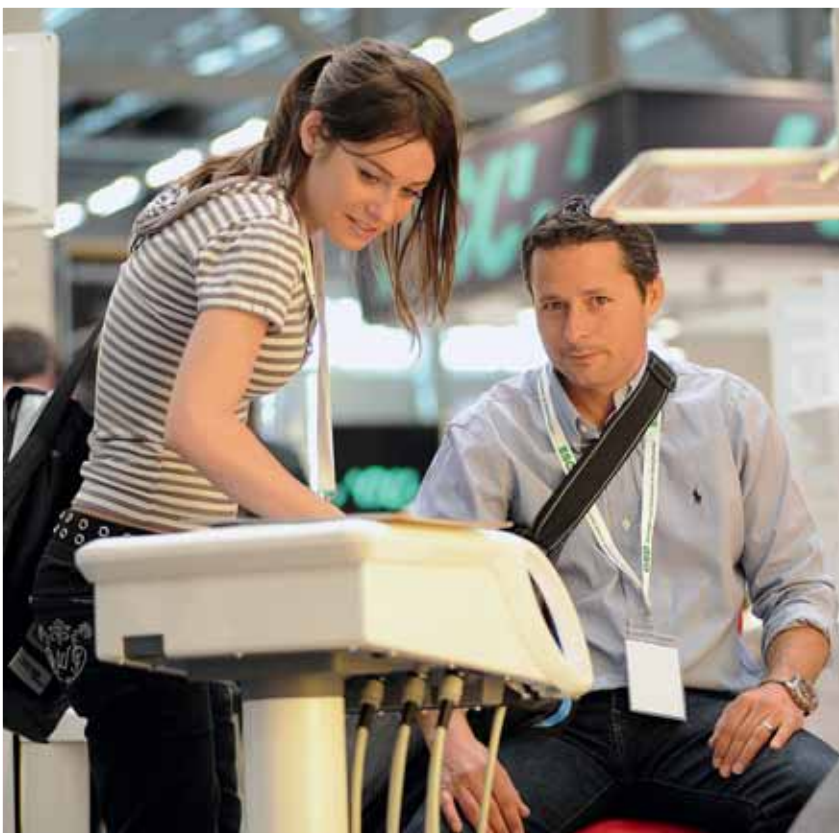
Cérémonie d'ouverture: François Keller, président de la SSO, et Ueli Breitschmid, président de l'Association patronale suisse de la branche dentaire, président à l'ouverture de Dental 2012.



222 exposants ont présenté leurs nouveaux produits sur plus de 12 000 mètres carrés.



Expliquer et convaincre: discussions autour des stands des exposants.



Nombreuses nouveautés à découvrir à Dental 2012. Exemple...



... et les porter.



Les visiteurs de l'exposition pénètrent les secrets du monde fascinant de la technique dentaire.



Rahel Brönnimann (à g.) et Barbara Enggist (Service de presse et d'information de la SSO) s'offrent une détente bien méritée.



Suis-je bien coiffée?



Un moment de détente malgré le rythme endiablé: Ursula Fuchs (à g.) et Elisabeth Henke, les bons génies du shop SSO se détendent un instant.



Une véritable sensation: le Vesparac SSO du D^r Ralph Rothenbühler diffuse un parfum d'Italie.



Nombre record de participants pour une première: Bernexpo a fait ses preuves comme lieu de congrès et d'exposition.

N'ayons pas peur de nos erreurs

Les médecins-dentistes ne sont pas à l'abri des erreurs, même en travaillant en toute conscience de leurs responsabilités. Et ces erreurs doivent être admises et reconnues. Ce n'est qu'ainsi qu'ils pourront améliorer leurs prestations. Le Professeur Christian Besimo, D^r méd. dent. et président de la Commission scientifique des congrès, nous expose les raisons du choix du thème du congrès 2012 de la SSO et son plaidoyer en faveur d'une nouvelle approche culturelle des erreurs au cabinet dentaire.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: Martin Bichsel)

RMSO: «Nous nous souvenons avec prédilection de nos succès, mais nous avons tendances à oublier nos échecs. Comment alliez-vous résoudre ce dilemme pour le congrès?»

Professeur Christian Besimo: «Les exposés scientifiques ont montré les possibilités et les limites de certaines prestations afin que certains pièges puissent être évités à l'avenir. Les exposés du premier jour du congrès ont été conçus pour l'amélioration de l'information des patients afin d'éviter toutes complications relationnelles ultérieures en cas d'insuccès. La condition préalable au succès de tout traitement est une relation stable et au long cours avec les patients.»

«Pourquoi le thème se plaçait-il dans une perspective à long terme et ne s'est-il pas

seulement consacré aux réussites et aux échecs?»

«Notre objectif prioritaire est la réussite et le suivi à long terme de nos patients. Cet objectif doit répondre à nos approches diagnostiques et thérapeutiques. Qu'il suffise de penser aux conditions changeantes aux plans psychosocial et de la santé. Ces conditions, nos patients et nous autres soignants y sommes confrontés tout au long de l'année. Les patients remettent constamment en question le caractère durable de nos interventions intervenues précédemment. Les résultats à court terme ne suffisent plus pour nous donner une plus grande sécurité de décision à l'avenir.»

«Vous dirigez la clinique Aeskulap à Brunnen. Comment se comporte-t-on chez vous



«Je suis encore et toujours ému lorsque je libère une personne de sa crainte du traitement dentaire et que je contribue ainsi durablement à sa santé buccale», dit Prof. Christian Besimo.

s'il survient une erreur? Le CIRS joue-t-il un rôle?»

«Il va de soi que le CIRS joue depuis des années un rôle essentiel au sein de mon équipe. Les erreurs nous donnent des opportunités uniques d'améliorer nos prestations. C'est pourquoi nous prenons très au sérieux notre travail, jour après



Les exposés du premier jour du congrès ont été conçus pour l'amélioration de l'information des patients afin d'éviter toutes complications relationnelles ultérieures en cas d'insuccès.

jour, lorsque nous avons manqué la détection d'une erreur éventuelle. Ce jour-là est un jour où nous manquons cette opportunité unique de nous améliorer. A mon avis, les erreurs sont trop souvent perçues comme l'expression d'une certaine impuissance et accompagnées d'un sentiment de culpabilité individuelle. C'est ainsi que l'on omet en général de considérer les points faibles dans l'organisation, susceptibles d'affecter chacun des membres de l'équipe un jour ou l'autre.»

«Nous craignons tous de commettre des erreurs. Mais nous savons que l'on peut apprendre de ses erreurs. Nous ne devons pas avoir peur des erreurs que nous commettons dans l'exercice de notre activité en toute conscience de nos responsabilités. Nous devrions plutôt craindre de ne pas identifier les erreurs commises et de manquer ainsi une opportunité unique de nous améliorer. En tant qu'hypnothérapeute clinique, je pratique

l'autohypnose en présence d'une erreur commise avec la distance nécessaire pour l'analyser sans parti-pris.»

«Révélez-nous l'un de vos succès personnel à long terme ainsi qu'un échec personnel à long terme!»

«Je suis encore et toujours ému lorsque je libère une personne de sa crainte du traitement dentaire et que je contribue ainsi durablement à sa santé buccale. Les échecs à long terme qui me préoccupent le plus, ce sont les conséquences diagnostiques et les décisions thérapeutiques qui se révèlent erronées après-coup. Ces décisions erronées ont toutefois également leurs aspects positifs: les reconnaître a posteriori, c'est aussi les éviter à l'avenir. Plus important encore: reconnaître les échecs à long terme en dit long sur la relation entre le médecin-dentiste et son patient. Une étroite relation de confiance est indispensable.»

«Enseignez-vous à vos étudiants à Bâle comment élaborer sans craintes une approche culturelle des erreurs au cabinet dentaire?»

«Dans le cadre de mon mandat d'enseignement, les étudiants pratiquent l'information des patients à la Division de gériatrie aiguë de l'Hôpital universitaire de Bâle. Ils doivent ensuite présenter à leurs collègues les concepts de suivi et de traitement à long terme qu'ils ont élaboré pour chacun de leurs patients. Nous autres enseignants ne cessons de les motiver afin qu'ils aient le courage de prendre des décisions et pour qu'ils ne craignent pas de s'exposer au risque d'une décision erronée. Les discussions de cas qui s'ensuivent démontrent à leurs collègues candidats combien l'analyse des erreurs commises peut être utile.»

«Professeur, je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien!»

SSOS

Formation postgrade en chirurgie orale

Les consœurs et les confrères remplissant les conditions pour l'obtention du titre de **Spécialiste en Chirurgie orale** (p. ex. formation postgrade à plein temps d'une durée de 3 ans en chirurgie orale, thèse de doctorat, deux publications, 10 casuistiques documentées, etc.) et qui souhaitent l'obtenir, sont invités à transmettre leurs documents jusqu'au **31 décembre 2012** au secrétariat de la SSOS.

Le règlement pour la spécialisation et les informations y relatives sont à la disposition des intéressés www.ssos.ch.

PD Dr Michael Bornstein
Secrétaire de la SSOS

Secrétariat de la SSOS
M^{me} Caroline Chételat
Marktgasse 7
3011 Berne



Remarque

Formulaire de Swissmedic pour les annonces de matériovigilance

La nouvelle loi sur les dispositifs thérapeutiques et la révision de l'ordonnance sur les dispositifs médicaux obligent les utilisateurs (professionnels de la santé), de même que les fabricants de produits thérapeutiques, à annoncer les effets indésirables et incidents graves des produits thérapeutiques. Swissmedic, l'Institut suisse des produits thérapeutiques, a élaboré un formulaire pour les rapports d'incidents. Il peut être téléchargé sur www.sso.ch.

Succès et échecs à long terme

Cette année, le congrès de la SSO du 14 au 16 juin 2012 a été associé à DENTAL BERN 2012 dans les halles de BERNEXPO. De nombreux participants ont profité de cette nouvelle combinaison pour prendre connaissance des nouveautés de la plus grande foire spécialisée en Suisse, en plus du programme scientifique.

D^r Sybille Scheuber (Berne), traduction Supertext (photos: Martin Bichsel)

L'article qui suit doit donner un aperçu du programme scientifique. Il est malheureusement impossible de citer tous les conférenciers.

L'information du patient au cabinet dentaire

La première conférence a été consacrée à la protection médico-légale qui devient de toute évidence de plus en plus nécessaire à l'heure actuelle. Les patients s'informent sur Internet, par exemple, et les plaintes concernant des erreurs de traitement augmentent.

Le D^r A. Roggo, privat-docent, chirurgien et juriste (Berne), s'est chargé de cette thématique délicate dans sa conférence concernant «l'information du patient sur les complications et les échecs du point de vue juridique». Il a cependant tout d'abord constaté qu'un médecin-dentiste n'est pas responsable du succès de son traitement, mais uniquement de la réalisation consciencieuse de son travail, conformément aux standards actuels. Il a ainsi corrigé le titre du congrès, qui ne devrait plus être «succès à long terme», mais en fait «résultat à long terme».

Aucun médecin ne s'intéresse volontiers à la jurisprudence, et les avocats ont constaté que les médecins négligent souvent leur devoir de documentation et sont ainsi attaques. Un avocat vérifie donc si les devoirs de diligence ont été respectés.

C'est au médecin-dentiste de prouver, dans la dette portable, qu'il a informé le patient sur le diagnostic, le traitement, les alternatives, les risques, les pronostics, les conséquences financières, mais aussi en cas d'échecs. Informer le patient et documenter cette information de manière méticuleuse relèvent de nos devoirs professionnels. Chaque patient conclut un contrat de soins avec le médecin-dentiste (article 97 du Code des obligations). De ce contrat fait incontestablement partie l'information du patient, qui doit pouvoir être prouvée. Un médecin-dentiste commet constamment des «coups et blessures», auxquels le patient doit auparavant avoir donné son accord pour que ceci ne constitue pas de délit. Un contrat de soins n'existe donc qu'à partir du moment où le patient a été informé. D'après une étude, les patients ne se souviennent malheureusement qu'à peine de l'entretien oral le lendemain. Un consentement éclairé écrit constitue par conséquent la protection la plus inattaquable.

Le Prof. D^r J. Th. Lambrecht a approfondi le thème de l'«information du patient au cabinet dentaire», confirmant ainsi son prédécesseur. La plupart des plaintes proviennent de la chirurgie, suivie du domaine prothétique, puis de celui des traitements conservateurs et de l'orthodontie. Un exemple: faut-il informer le patient sur l'éventualité d'une lésion du nerf lingual avant une intervention den-

taire? La probabilité d'une lésion est d'environ 0,002 à 0,1% lors de l'anesthésie et d'environ 0,5% lors de l'opération. Le principe veut qu'une information du patient est nécessaire lorsque la probabilité d'un événement dépasse 1%. Le patient doit être informé sur le risque de base d'une lésion nerveuse en cas d'extraction chirurgicale des dents de sagesse inférieures, mais pas en cas d'anesthésie dentaire. Une explication superflue ou discutable peut donner au patient un sentiment d'insécurité. En outre, seul le médecin-dentiste est autorisé à informer le patient; ceci n'entre pas dans les compétences de l'assistante dentaire.

Les prestations de garantie en médecine dentaire? Choisir entre la qualité des soins et la garantie de réussite

Qu'en est-il de la prestation de garantie au cabinet si un échec thérapeutique devait cependant survenir. Et quand l'exclusion de garantie est-elle justifiée? C'est sur ces aspects qu'a informé le D^r P. Wiehl de Bâle. De nombreux médecins-dentistes proposent volontairement une prestation sans faire payer le client afin de le lier par obligation ou pour éviter un procès. Une exclusion se justifie lorsque le travail échoue en raison d'un manque d'hygiène dentaire, lorsque le patient ne suit pas les instructions du médecin-dentiste ou ne se rend pas aux contrôles ou aux examens habituels, ou lorsqu'il a endommagé le travail. En Suisse, le médecin-dentiste ne se doit pas d'assurer le succès du traitement, mais une réalisation consciencieuse et minutieuse du travail, dans les règles de l'art. Il est par conséquent nécessaire d'évaluer objectivement ce que signifie le devoir de diligence. C'est à ça que servent les lignes directrices de la SSO relatives à la qualité en médecine dentaire. En cas de manquement au devoir de diligence, le médecin-dentiste doit pouvoir démontrer sa non-responsabilité (preuve



«Aucun médecin ne s'intéresse volontiers à la jurisprudence, et les médecins négligent souvent leur devoir de documentation et sont ainsi attaques pour les avocats», d'après le D^r Antoine Roggo, privat-docent.



Le Prof. J. Thomas Lambrecht mentionne que seul le médecin-dentiste est autorisé à informer le patient. Ceci n'entre pas dans les compétences de l'assistante dentaire.



«En cas d'échec, de nombreux médecins-dentistes proposent volontairement une prestation sans faire payer le client afin de le lier par obligation ou pour éviter un procès», évoque le D' Peter Wiehl, vice-président des dentistes cantonaux.



Le Prof. D' D. Grob ajoute que le médecin ne peut conclure un contrat de soins qu'avec un patient capable de discernement. C'est au médecin de décider si le patient est capable de discernement.



Le D' Stefan Hänni: «En endodontie, le «succès» prend un certain temps. Le processus de guérison s'avère positif déjà après un an.»

libératoire). Selon le contrat de mandat (art. 127 CO), la prétention en responsabilité entre patient et médecin-dentiste se prescrit dans un délai de 10 ans. Il en va autrement lorsqu'il s'agit d'un contrat d'entreprise entre technicien-dentiste (TD) et médecin-dentiste. Le TD fabrique une pièce et doit au médecin-dentiste de réussir son travail. Il a ainsi un devoir de prestation de garantie et doit répondre d'une pièce défectueuse. Selon le droit du contrat d'entreprise, ce devoir se maintient pendant un an après livraison du travail.

Bien à propos, le Prof. D' D. Grob de Zurich a ajouté que le médecin ne peut conclure un contrat de soins qu'avec un patient capable de discernement. C'est au médecin de décider si le patient est capable de discernement. Il a ainsi particulièrement abordé la capacité de discernement/la capacité de décision chez les personnes âgées. La prévalence des formes de démence augmente avec l'âge, tout comme les besoins en traitements dentaires. Il existe différentes méthodes de test ou enquêtes ciblées concernant la capacité de discernement afin de reconnaître les patients déments au cabinet dentaire. Le patient est-il encore capable de comprendre de quel type de traitement il s'agit, de bien évaluer, peser le pour et le contre, de justifier des alternatives et de communiquer le plan thérapeutique de manière appropriée? Il est judicieux de contacter le médecin de famille, d'impliquer des personnes de confiance ou l'autorité de tutelle.

Le succès en endodontologie, les facteurs de réussite

En endodontie, le «succès» prend un certain temps: c'est ainsi que les thèmes dentaires proprement dits ont été abordés. En général, le processus de

guérison à la suite d'un traitement endodontique achevé s'avère positif déjà après un an et une guérison complète souvent après deux ans: tel a été le message du D' Stefan Hänni. Une réduction supplémentaire de la lésion peut cependant encore nécessiter jusqu'à six ans. Les dents sans radiotransparence apicale bénéficient du meilleur pronostic lors d'un premier traitement du canal radiculaire (TR). La réussite d'un TR dépend pourtant de plusieurs facteurs: si on parvient à éliminer toutes les bactéries du canal, on est très proche du but. Dans quelle mesure la santé générale du patient (par ex. diabète, limitation de la défense immunitaire, tabagisme, etc.) influence la réussite du TR est controversée. De même, le type de dent, sa localisation et l'état de la pulpe ne sont pas considérés comme des facteurs significatifs dans la littérature. En revanche, les facteurs intraopératoires tels que l'usage de moyens de grossissement optique, de la digue, la taille, conicité et longueur de la préparation du canal, le protocole de rinçage et les matériaux d'obturation provisoire, de même que les matériaux et la technique d'obturation radiculaire ont une influence cruciale sur le résultat. Comme le montrent les faits, la prise en charge postopératoire adéquate aussi proche que possible de l'obturation canalair définitive, c'est-à-dire la reconstruction définitive de la dent dont le canal radiculaire a été traité, contribue à la survie à long terme. Une grande importance revient ainsi également à un suivi de restauration correct, impliquant le plus souvent une couronne.

Dans sa conférence, le D' H. Hecker (Diegten) a abordé les lésions paro-endo. Les micro-organismes sont les mêmes dans le canal radiculaire infecté et dans les poches parodontales profondes. Si la lésion est principalement de nature

parodontale, un traitement parodontal est indiqué. Mais, étant donné que la dentition présente le plus souvent déjà une importante perte d'attache, le pronostic de la dent est souvent mauvais. Si la lésion est principalement d'origine endodontique et ne présente, par exemple, qu'un déficit parodontal étroit plutôt atypique, il ne faut procéder qu'à un traitement du canal radiculaire de la dent dont le test de sensibilité au CO₂ est négatif, SANS traitement parodontal, sinon les fibres parodontales indispensables au réattachement seraient détruites. On a, en outre, noté qu'une compression excessive lors de la technique de condensation latérale peut entraîner une fracture radiculaire. Il faut donc s'en abstenir! En cas de lésions



Dans sa conférence sur les lésions paro-endo, le D' Hanjo Hecker mentionne que les micro-organismes sont les mêmes dans le canal radiculaire infecté et dans les poches parodontales profondes.



«Les couronnes partielles CAD/CAM fixées par technique adhésive offrent de très bonnes chances de survie», dit le Dr Andreas Bindl, privat-docent qui dispose d'une grande expérience clinique en matière de systèmes CEREC-CAD-CAM.



Selon le Dr Patrick Schmidlin, privat-docent, la règle de base veut que des obturations en résines aient une prestation de garantie de 8 ans et les obturations fabriquées en laboratoire une prestation de garantie de 10 ans.



Dans sa conférence, le Prof. Dr Christos Katsaros a traité des contentions linguales et de leur stabilité à long terme en comparant deux types de contentions.

combinées, on procède d'abord au traitement du canal radiculaire et, seulement trois mois plus tard, à un traitement parodontal.

Le Dr A. Bindl (PD) de Zurich a présenté l'expérience clinique acquise avec les systèmes CEREC CAD/CAM sur différents types de préparations. Il est suffisamment connu et prouvé par plusieurs études à long terme que les couronnes partielles CAD/CAM collées par technique adhésive offrent de très bonnes chances de survie. Dotée d'une résistance quelque peu supérieure à 100 MPa, la céramique feldspathique Vita Mark II constitue, il est vrai, une céramique plutôt faible, mais se trouve suffisamment renforcée par le scellement adhésif. L'adaptation de la préparation à la perte de substance dentaire dure permet souvent d'éviter des couronnes totales. Dans de nombreux cas, il est inutile de monter un moignon en composites, étant donné que la substance dentaire manquante peut directement être remplacée par la reconstruction en céramique. On émet cependant une réserve dans le cas d'endo-couronnes sur prémolaires. Il se produit alors souvent un debonding (décollement) ou même une fracture radiculaire. Ceci est plutôt déconseillé en raison de la petite surface d'adhérence; il est préférable de procéder à des soins classiques avec tenon radiculaire et couronne. L'innovation la plus récente dans ce domaine est un bloc de céramique infiltré de composites. Cette combinaison devrait minimiser le phénomène de chipping.

La reconstruction directe au composite des dents postérieures fortement détruites

Pour de nombreux médecins-dentistes, les assainissements avec reconstructions directes, à savoir les obturations en composites, ne représentent

qu'une solution provisoire à long terme et sont indiqués de manière limitée dans la région des dents latérales. Le Dr P. R. Schmidlin (PD) de Zurich a montré que la performance de ces reconstructions révèle tout à fait de bons résultats en présentant des études sur le taux de survie de reconstructions en composites. La règle de base veut que des obturations en résines aient une prestation de garantie de 8 ans et les obturations fabriquées en laboratoire une prestation de garantie de 10 ans. Il est possible de réparer des restaurations anciennes; ceci s'avère souvent tout à fait suffisant pour certaines indications. Un recall strict est indispensable.

L'orthodontie chez le patient parodontalement compromis

A la suite d'un traitement d'une affection parodontale avancée, les patients présentent souvent de longs collets dentaires dénudés, des diastèmes et aussi, dans des cas non rares, une malocclusion. Une protrusion des dents antérieures de l'arcade supérieure, un déplacement dentaire, une élévation ou un désépaississement de la muqueuse palatine peuvent renforcer une malocclusion préexistante. Un traitement orthodontique peut permettre d'améliorer l'aspect esthétique, de faciliter l'hygiène dentaire, de stabiliser l'occlusion et l'articulation, ou d'effectuer un traitement prothétique, à condition que l'état de l'atteinte parodontale soit achevé et stable. Il est alors possible de procéder à un traitement orthodontique sans effets délétères même chez les patients parodontalement compromis. Mais, lorsque le patient n'observe pas d'hygiène dentaire optimale, un risque accru de perte d'attache et de résorption radiculaire peut résulter du mouvement dentaire

orthodontique. Après une réinsertion prothétique, une reconstruction par attelle (couronnes solidarisées) est préférable à une contention linguale chez le patient parodontal, étant donné que l'adhérence sur la surface en céramique n'est pas fiable. Dans sa conférence, le Prof. Dr Ch. Katsaros de Berne a traité des contentions linguales et de leur stabilité à long terme en comparant deux types de contentions. Il est possible de lier un fil quelque peu stable à la face linguale des canines ou de fixer un fil torsadé plus fin à chacune des six dents frontales de l'arcade inférieure au niveau lingual. Les deux possibilités présentent des avantages et des inconvénients, et nécessitent un suivi régulier. En cas de rotations ou de basculements, une réintervention du traitement orthodontique devrait être envisagée le cas échéant.

Le diagnostic et le traitement de foyers dentaires, particulièrement avant une radiothérapie

Il règne toujours une incertitude concernant le traitement dentaire de patients, souvent envoyés par leur médecin traitant afin de supprimer un foyer dans la bouche. Le Dr M. Bornstein (PD) (Berne) a expliqué que différentes théories présentent la manière dont un foyer peut s'étendre à des organes éloignés à partir, par exemple, d'infections dans la région oropharyngée. Traditionnellement, la dent dont la pulpe est nécrosée est considérée comme le «foyer». Le courant radical recommande d'extraire toutes les dents dont la pulpe est dévitalisée. Mais, depuis peu, il ne faut s'engager dans une problématique de type focal qu'en cas d'insuffisance du TR ou de pathologie apicale. La littérature décrit plus précisément la parodontite marginale profonde, qui présente une



«En cas de traitement par biphosphonates de patients souffrant de tumeur, il faut escompter des problèmes à vie en cas d'intervention chirurgicale», évoque le D^r Michael Bornstein (PD).

tion dentaire, une anesthésie ou le brossage quotidien des dents peuvent entraîner un risque variable de bactériémie. Le rôle de corps étrangers (matériaux d'obturation radiculaire, métaux, etc.) en tant que foyers est également discuté. Avant un assainissement, il faut toujours vérifier d'éventuelles comorbidités (anticoagulation, immunosuppresseurs, etc.). La sévérité des indications en vue du traitement ciblé est variable. En cas de radiothérapie (>60 Gy) ou de chimiothérapie planifiées, ou en cas d'état antérieur au traitement i.v. par biphosphonates (patients souffrant de tumeurs malignes), il faut escompter des problèmes à vie en cas d'intervention chirurgicale. Un procédé radical est donc indiqué ici. En revanche, aucune relation causale n'a été démontrée à ce jour entre une bactériémie et un traitement dentaire chez les patients porteurs d'une prothèse valvulaire (risque d'endocardite). Les concepts radicalement «exodontiques» sont donc contre-indiqués en cas d'état antérieur à une prothèse valvulaire. Il ne faut plus à présent procéder à une antibioprofylaxie avant les interventions chirurgicales chez les patients porteurs de prothèses articulaires. Une antibioprofylaxie n'est indiquée qu'en présence d'une infection.

Prévenir le burnout au sein de l'équipe médico-dentaire

Les médecins-dentistes, ou peut-être justement les médecins-dentistes, ne sont pas immunisés contre le burnout. Le D^r T. Brühlmann (Meilen) en a expliqué les causes, le traitement et la prophylaxie. Qu'est-ce que le burnout? Un épuisement croissant, un trouble de la gestion du stress et une perte de sens de la vie. Il s'agit d'une spirale de surmenage, d'épuisement et de dépression, suivie d'un effondrement. La pression exercée par la société, l'économie et la compétitivité conduit à un syndrome d'épuisement qui menace particulièrement le médecin-dentiste du fait de son perfectionnisme constant. Les troubles du sommeil, l'insatisfaction, les troubles de la concentration, la fréquence des erreurs ou un comportement agressif sont des signaux de danger personnels, détectés par soi-même ou par son environnement. Il faut entreprendre quelque chose contre ces signaux avec suffisamment de distance pour se détendre, se reposer et prendre du plaisir. Il faut contrôler les facteurs stressants professionnels, favoriser un bon climat de travail et agir contre le surmenage en modifiant son style de travail personnel. Il faut s'y exercer de manière

inflammation manifestement de grande taille et implique une éventuelle relation avec l'artériosclérose et les ischémies qui lui sont associées. Des interventions intraorales telles qu'une extrac-



D^r méd. dent. Suzanne Reichen de Domdidier écoute avec grand plaisir aux différents thèmes.



«Les médecins-dentistes sont justement menacés de burnout du fait de leur perfectionnisme constant», expose le D^r Toni Brühlmann. Le syndrome d'épuisement se présente comme un épuisement croissant accompagné d'un trouble de la gestion du stress et d'une perte de sens de la vie.



Le D^r Beat Wallkamm a présenté des techniques chirurgicales qui sont appliquées de manière ciblée afin de créer un accès pour le détartrage professionnel et le lissage radiculaire.



D'après le Prof. D^r F. Schwarz, la configuration du défaut autour de l'implant a une influence significative sur le procédé thérapeutique et sur la réussite à long terme.

ciblée. En cas de risque de burnout, il faut chercher de l'aide suffisamment tôt. Même un séjour en clinique n'est pas une catastrophe! Le D^r Brühlmann considère le burnout comme une crise du sens de la vie. D'une certaine manière, ce mot fait référence, il est vrai, à un échec, mais aussi à une nouvelle orientation et à un tournant.

La comparaison des mesures chirurgicales et non chirurgicales dans la thérapeutique parodontale

Le D^r B. Wallkamm (Langenthal) a présenté les trois phases du déroulement du traitement parodontal de son cabinet. La première phase consiste à recueillir l'anamnèse et le traitement préalable du patient. Le diagnostic comporte un bilan parodontal et radiologique, éventuellement des photos, ainsi qu'un test microbiologique et éventuellement un test génétique. Ceci conduit au diagnostic, au plan thérapeutique et au pronostic. Suite à la phase d'hygiène par quadrant, aux instructions relatives à l'hygiène dentaire et à la motivation d'obtenir un indice de BOP et de plaque inférieurs à 25% a lieu une réévaluation. C'est à ce stade qu'on décide si une mesure chirurgicale ou non chirurgicale va suivre lors d'une deuxième phase. Dans le cas d'une profondeur de sondage supérieure à 6 mm, les bénéfices d'une intervention chirurgicale sont plus grands en terme de réduction de la profondeur de poche et de gain du niveau d'attache. Les molaires, les poches osseuses

verticales, les malpositions ou les dents importantes du point de vue stratégique sont particulièrement exigeantes. Le D^r Wallkamm a présenté des techniques chirurgicales qui sont appliquées de manière ciblée afin de créer un accès pour le détartrage professionnel et le lissage radiculaire, ou pour créer une morphologie gingivale qui permet au patient d'optimiser le nettoyage ou qui influence la régénération du tissu parodontal perdu. Dans sa conférence, le Prof. D^r A. Sculean a particulièrement approfondi le traitement des furcations ouvertes. A l'issue du traitement parodontal actif et de la reconstruction prothétique, les patients sont suivis et reçoivent des rappels réguliers. Cette troisième phase est de loin la plus importante et dure la vie entière!

Les succès et les échecs à long terme des implants et du traitement des péri-implantites

Pour terminer le congrès, le Prof. D^r F. Schwarz (Düsseldorf) a présenté les résultats à long terme en cas d'implants. Il ne faut pas confondre une perte osseuse physiologique d'environ 0,5 à 1,1 mm au maximum après 3 ans et une affection péri-implantaire. En tant que maladies infectieuses, de telles affections nécessitent un traitement, et leur prévalence dans la littérature varie. La mucosite péri-implantaire se manifeste par un BOP positif, tandis qu'une perte osseuse marquée par rapport au point de départ est présente en cas de péri-

implantite. De plus, en cas d'infection active, du pus peut émerger lors du sondage. Une mauvaise hygiène dentaire explique clairement cette étiologie. La problématique est renforcée en cas d'antécédent de parodontite, et le tabagisme exerce évidemment une mauvaise influence significative. Le diabète et la consommation excessive d'alcool constituent des critères plus souples, alors que l'absence de kératinisation de la muqueuse ou la surface implantaire sont controversées. La surface implantaire n'a d'influence que dans la mesure où elle se trouve au niveau supra-osseux. Au niveau endo-osseux, la microtopographie ne joue aucun rôle. Mais, si la surface implantaire rugueuse est exposée une fois à la cavité buccale, seule une intervention chirurgicale permet de nettoyer la surface dénudée et d'arrêter une progression. D'après le Prof. D^r Schwarz, la configuration du défaut autour de l'implant a une influence significative sur le procédé thérapeutique et, ainsi, sur la réussite à long terme. Le Prof. D^r Schwarz préfère un traitement et un lissage de la surface implantaire rugueuse exposée et, dans certaines situations, une régénération augmentative. La maîtrise de l'infection permet un résultat stable à long terme.

C'est à ce stade que le prochain congrès de la SSO du 30 mai au 1^{er} juin 2013 à Interlaken a été introduit. Celui-ci doit aborder de manière approfondie le thème de «la gestion des urgences et la planification thérapeutique».

elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™

Programme de traitement des dents sensibles



AU CABINET DENTAIRE

ET A LA MAISON

Pour un soulagement immédiat et durable de la douleur

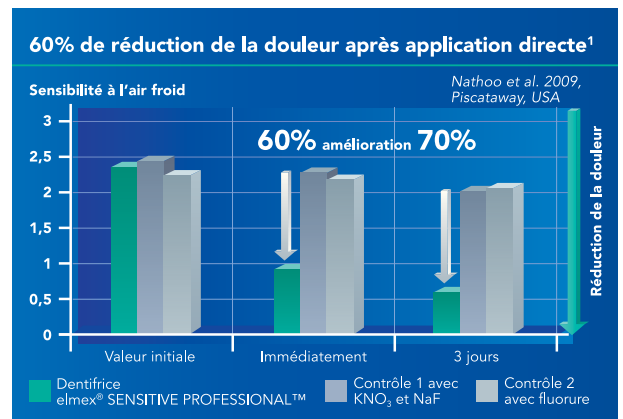
L'innovante technologie Pro-Argin™



Avec le programme de traitement unique elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™, vous et vos patients peuvent profiter de l'innovante technologie Pro-Argin™ et obtenir un soulagement immédiat et durable de la douleur:

-  Pâte désensibilisante pour votre cabinet
-  Dentifrice pour l'utilisation quotidienne à la maison

Remarquable effet du dentifrice



Pour un soulagement immédiat de la douleur, les patients doivent appliquer le dentifrice elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ directement sur la dent sensible et masser légèrement pendant 1 minute avec le bout du doigt.

En se brossant régulièrement les dents deux fois par jour, ils obtiennent un soulagement durable de la douleur.

Vous trouverez des informations complémentaires sur www.gaba.ch

¹Nathoo S et al. J Clin Dent 2009; 20(4): 123-130

Aux petits soins pour les personnes âgées

«Les patients âgés doivent être traités avec rapidité et précision: ils n'endurent pas longtemps et, parfois, ils ne peuvent ouvrir la bouche qu'un bref instant», nous explique la Professeure Frauke Müller, D^r méd. dent., géro-dontologiste. En raison du nombre croissant de patients de plus en plus âgés, les soins de médecine dentaire aux personnes handicapées et âgées prennent de plus en plus d'importance. Notre rédaction s'est entretenue avec la directrice de la Division de géro-dontologie et de prothèse adjointe de l'Université de Genève.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: m2d)

«C'est évident: tu as toujours été si aimable avec les personnes âgées!», a dit récemment un confrère assistant de Bonn à Frauke Müller. Celle-ci l'affirme clairement: «Quiconque désire soigner des personnes âgées ou très âgées doit les apprécier, savoir les écouter et pouvoir s'intégrer à leur monde à elles.» Sa carrière universitaire était toute tracée: «Si ce que je fais me plaît, alors je continue et les choses s'enchaînent.» Il n'y a pas de chaire de géro-dontologie en Allemagne: «La formation est parfois excellente lorsque certains confrères s'y intéressent et s'engagent. Quelques universités proposent dans leurs programmes des exercices pratiques dans des homes, en plus des cours spéciaux en géro-dontologie. Mais en Allemagne et contrairement à la Suisse, cette discipline n'est pas une matière de l'examen d'Etat.»

Un groupe de patients très hétérogène

Dans le livre qu'elle a publié avec Ina Nitschke («Der alte Patient in der zahnärztlichen Praxis» – «Le patient âgé au cabinet dentaire»), Frauke Müller mentionne les principales caractéristiques des personnes âgées qui constituent un groupe de patients extrêmement hétérogène. Ce groupe se caractérise par des vécus individualisés, des états de santé et des situations financières très diversifiés: aucun patient n'est le même qu'un autre. Les relations avec nos seniors exigent de tous les intervenants de vastes connaissances, de l'expérience et beaucoup de souplesse. Les personnes âgées ont souvent besoin d'une réhabilitation extensive de leur système stomatognathique, alors que leur santé buccodentaire n'est pas toujours la première priorité. C'est souvent le cas lorsque les patients ont à maîtriser d'autres maladies et d'autres limitations fonctionnelles plus importantes dans leur vie quotidienne. Frauke Müller a grandi dans le Grand Nord, là où la pluie ne vient pas d'en haut, mais de côté! Elle a fait ses études de médecine dentaire et passé l'examen d'Etat à Bonn. Trop jeune pour travailler



De l'avis de la Professeure Frauke Müller, il est possible de briller en géro-dontologie également, peut-être même plus que dans d'autres domaines de spécialisation, tant les défis à relever sont difficiles.

«juste», elle est allée passer un an à Londres avec une bourse après sa soutenance de thèse. Elle a découvert et appris à aimer la géro-dontologie auprès du Professeur Robin Heath: «Il était et il est encore aujourd'hui un remarquable enseignant et mentor», raconte Frauke Müller. Aujourd'hui géro-dontologiste, elle est également spécialiste en prothétique, une discipline qui porte en Suisse le nom de médecine dentaire reconstructive. Malgré sa formation très étendue, ce sont plutôt des patients âgés qu'elle a soignés. Sa carrière académique l'a souvent fait déménager: de Londres de retour à Bonn, puis à Mainz, retour à Londres, de nouveau à Mainz et enfin à Genève, toujours plus au sud. Elle n'a pas de problèmes avec les langues. Elle parle couramment le français et ne cesse d'élargir son vocabulaire. Voici ce qu'elle répond lorsqu'on lui demande où elle a appris le français: «Je suis encore en train d'apprendre... Ce que je sais, je l'ai appris de leo.org et de notre secrétaire, Marianne

Benoit («Merci infiniment, Marianne!»). Et puis mes assistants se sont chargés de m'apprendre quelques indispensables gros mots...»

Caractéristiques d'un bon géro-dontologiste

Frauke Müller indique les qualités que se doit de posséder quiconque s'occupe de patients âgés: «Tout bon géro-dontologiste doit posséder une solide expérience clinique. Les patients âgés doivent être traités avec rapidité et précision: ils n'endurent pas longtemps et, parfois, ils ne peuvent ouvrir la bouche qu'un bref instant. Même de petites erreurs risquent de ne plus pouvoir être compensées, car leurs capacités d'adaptation sont diminuées. Il faut savoir travailler en équipe et savoir s'intégrer à l'ensemble du concept d'encadrement du patient. Et, tout naturellement, un géro-dontologiste doit apprécier les personnes âgées, savoir les écouter et pouvoir s'intégrer à leur monde à elles. La géro-dontologie a beaucoup en commun avec la pédiatrie. L'empathie et les compétences sociales jouent également un grand rôle.»

Maniement aisé et bonne stabilité

Frauke Müller, directrice de la Division de géro-dontologie et de prothèse adjointe, traite un grand nombre de patients déments ou handicapés. Voici les exigences auxquelles doivent répondre les prothèses destinées à ces patients: «Maniement aisé et bonne stabilité. Pour ces patients, l'occlusion doit s'adapter à la motricité maxillaire de précision qui est diminuée chez eux, c'est-à-dire faible inclinaison des pans cuspidiens et une occlusion admettant la liberté en centrée. Dans les cas extrêmes, nous devons même parfois utiliser des dents monoplans. Il va de soi que les prothèses doivent répondre aux mêmes normes esthétiques et fonctionnelles que celles destinées à des patients plus jeunes. Et puis, il faut que la toute nouvelle prothèse porte le nom du patient afin qu'elle ne se perde pas, notamment lorsqu'il vit dans un home.»

S'emballer pour la géro-dontologie

L'enseignement et l'engagement en politique de la santé sont essentiels pour la titulaire de la chaire de la Division de géro-dontologie et de prothèse adjointe de l'Université de Genève. Certes, avec son équipe, elle souhaite contribuer à l'amélioration des soins aux personnes handicapées et âgées. Elle parvient à éveiller la passion de la géro-dontologie auprès de ses confrères par ses exposés lors de congrès ou de formations post-grades. «L'essentiel est de former et de motiver nos étudiants et nos assistants. Ils sont l'avenir de cette spécialité!» Les cours de formation continue à l'intention des soignants contribuent également à court terme à l'amélioration des soins aux pa-



Les collaboratrices et collaborateurs de la Division de gérodonologie et de prothèse adjointe, Genève

tients âgés. «Malheureusement, leur effet n'est pas durable car les changements de personnel sont trop nombreux et trop fréquents», regrette Frauke Müller.

La gérodonologie en 2025

«Il serait souhaitable que la formation pratique des étudiants ait lieu en 2025 directement dans les homes pour personnes âgées. Il deviendrait ainsi possible non seulement de diagnostiquer des pathologies, mais aussi de les traiter lorsque plusieurs séances sont nécessaires. De plus, ce serait une expérience enrichissante pour les étudiants que d'être en contact direct avec ces patients âgés. Ils verraient ainsi que les soins aux personnes âgées sont de la responsabilité de notre profession, même s'ils ne peuvent plus se rendre à nos cabinets dentaires.»

Présidente de la Société suisse pour les soins en médecine dentaire aux personnes handicapées et âgées (SGZBB – Schweizerische Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter)

Il est évident pour Frauke Müller que chacun apporte sa contribution à titre honoraire à la politique corporative «sinon le système ne peut pas fonctionner!» La SGZBB lui tient tout particulièrement à cœur car cette association s'occupe précisément de la santé buccale des patients handicapés et âgés, et aussi parce que son comité compte des membres éminemment agréables, sympathiques et engagés. La commission scientifique de la SGZBB se conçoit comme l'instance chargée de la relève scientifique dans les quatre universités. Sa présidente apprécie autant les relations amicales avec les «jeunes» que l'excellente collaboration avec eux. «Il faut mentionner en particulier le tout à fait remarquable engagement de Stephan Gottet pour notre journal PARTicipation qui accompagne l'Internum de la SSO.» Stephan a pré-

sidé la SGZBB pendant de nombreuses années et il reste son bon génie, aujourd'hui comme hier.

Briller en gérodonologie

«Il est possible de briller en gérodonologie également, peut-être même plus que dans d'autres domaines de spécialisation, tant les défis à relever sont redoutables. Mais la meilleure motivation, c'est la reconnaissance que témoignent les patients. J'ai quelquefois la chair de poule quand un patient atteint de démence rayonne après que je lui ai éliminé un petit point de pression. Il y a toujours de jolies histoires à conter, que ce soit avec, par ou quelquefois sur nos patients.»

Un signal d'alarme alerte Frauke Müller lorsque des personnes âgées négligent leur hygiène buccale. En effet, le manque de motivation pour l'hygiène buccale ne doit pas être considéré isolément. Il va souvent de pair avec l'isolement, la

maladie et la tristesse. Un projet de vie peut aider de différents points de vue. La gérodonologiste se souvient avoir une fois rédigé pour une patiente une ordonnance pour un chien. Il a ramené la vie dans la maison et opéré un véritable petit miracle. «Lorsque le désir de vivre se réveille, alors renaît également la motivation pour l'hygiène buccale et corporelle. Il en va autrement lorsque ce sont la vue et la dextérité déclinantes qui rendent difficile la pratique de l'hygiène buccale. Dans ce cas, il faut rechercher des moyens auxiliaires adaptés, puis instruire et motiver les patients sans omettre de surveiller les résultats des mesures prises en faveur de l'hygiène buccale. L'association professionnelle Swiss Dental Hygienists est tout à fait remarquable dans ce domaine. Elle est un exemple pour toute l'Europe. Bon nombre de ses membres sont déjà actifs dans des homes pour personnes âgées.»



Excursion du comité de la Société suisse pour les soins en médecine dentaire aux personnes handicapées et âgées (SGZBB)

Bien voter

Lors des assemblées, d'associations beaucoup de choses peuvent mal se passer – en particulier le vote. Le professeur de droit Wolfgang Ernst sait ce qui est important et a rédigé un petit livret du vote.

Rahel Brönnimann, Service de presse et d'information (photos: mäd)

Un vote comporte beaucoup de moments délicats et peut être mis en œuvre de nombreuses façons. La personne qui dirige le scrutin doit agir correctement, ici et tout de suite, éviter les erreurs et faire preuve d'autorité factuelle. Même les professionnels font des erreurs, c'est donc d'autant plus difficile pour les militants. Mieux vaut prendre assez de temps en amont et éviter les erreurs dès le départ au lieu de débattre de leurs conséquences juridiques par la suite! Le livret de Wolfgang Ernst est un recueil de recommandations pour le bon déroulement d'un vote – une description détaillée d'un «code de bonnes pratiques» avec 290 paragraphes et de nombreux exemples.

La procédure de vote est déterminée dans les statuts d'une association ou dans d'autres bases juridiques – mais rarement jusque dans le dernier détail. Sauf si une loi supérieure stipule autre chose, l'assemblée détermine elle-même la façon dont elle souhaite procéder. A quoi doit-on faire attention afin qu'un vote se déroule sans complications?

Une bonne préparation

Une bonne préparation de l'assemblée est déjà la moitié de la bataille. Il est important de rédiger à temps un ordre du jour comportant les différentes demandes, puis de le diffuser: chaque électeur doit pouvoir décider à l'avance s'il souhaite assister à l'assemblée ou non. Toute personne souhaitant présenter une demande, doit également agir à temps. Toute personne de l'organisation, autorisée à voter, peut faire cela – mais uniquement en amont de l'assemblée. Lors de l'assemblée, seuls les sujets inscrits sur l'ordre du jour peuvent être soumis à un vote – les demandes «surprises» sont donc exclues. En plus de l'ordre du jour existant, des demandes spontanées peuvent cependant encore être faites au cours de l'assemblée.

Des problèmes de vote peuvent être évités si les demandes sont examinées au préalable par la présidence. Si la présidence a un doute sur la légitimité, elle peut aider à la reformulation, motiver le demandeur à retirer sa demande ou convoquer

un débat de procédure. Il est crucial que le contenu des demandes soit clair et compréhensible: ce qui se passe à leur adoption doit être limpide. Jusqu'au moment du vote, la demande peut toujours être retirée ou modifiée par son auteur.

Procédure claire lors de l'assemblée

Au début de l'assemblée, l'ordre du jour sera approuvé ou modifié. Ensuite, les différentes demandes seront discutées. Lorsque le vote est ouvert, le débat est clos et il n'y aura plus d'interruptions jusqu'à l'obtention du résultat de vote. Le processus de vote doit être consigné dans un journal avec tous les détails, au cas où la décision serait contestée plus tard.

Chaque participant doit être en mesure de comprendre le processus. Par conséquent, les règles de vote doivent être clairement expliquées avant chaque vote: quelle majorité compte? Comment sont considérées les abstentions? Est-ce que le vote est oral, par écrit, par langage corporel, ou vert, nominal ou secret?

Si plus d'une demande est faite pour la même affaire, cela nécessite davantage de préparation. Une fois de plus, la procédure doit être claire et compréhensible, de sorte que le reproche de la manipulation puisse être exclu. Un plan de vote, par exemple sous forme d'un arbre de décisions, permet la création d'un ordre distinct. L'ordre du vote doit être clairement réfléchi: selon la façon dont les demandes sont liées les unes aux autres,



Vote lors de l'Assemblée des délégués: les règles de vote doivent être clairement expliquées avant chaque vote.

on adoptera une approche différente. Par exemple: l'association va voter sur une nouvelle campagne. Deux requêtes différentes sont à soumettre au vote: une version plus coûteuse avec une publicité télévisée et une sans publicité télévisée (demande plus ou moins vaste). D'abord, on vote sur l'option la plus coûteuse, si elle est acceptée, le vote sur la version moins chère n'est plus nécessaire, car toutes les mesures sont également contenues dans l'option plus vaste et plus coûteuse. On procédera autrement s'il y a quatre concepts de campagne, dont la mise en œuvre coûte le même prix (plusieurs demandes principales de même niveau): d'abord on doit déterminer quel concept rencontre la préférence de l'assemblée. Cela peut être clarifié par une procédure similaire au vote. Chacun des électeurs peut, par exemple, voter pour l'une des propositions. On peut ainsi rejeter, par étapes au cours de plusieurs tours de vote, les propositions qui reçoivent le moins de votes. Dès qu'une proposition atteint la majorité requise, elle est adoptée.

Quand s'applique la décision?

Le résultat du vote n'est pas encore la décision, celle-ci doit d'abord être annoncée officiellement. Même si le processus a été erroné, la décision s'applique immédiatement après son annonce. Tant que l'assemblée n'est pas terminée, des contre-décisions ou des décisions d'annulation peuvent encore être obtenues. Dans le cas où la décision serait contestée après l'assemblée, vous devez absolument conserver les documents liés aux votes.

Les erreurs les plus fréquentes lors d'un vote

Logiquement, seules les personnes autorisées à voter peuvent être admises à un vote. Si le *droit de vote n'est pas vérifié correctement*, le résultat peut être remis en question plus tard. En outre, il doit toujours être clair sur quoi on vote: s'il n'y a aucune demande ou seulement une demande formulée vaguement, cela prête à confusion.

Des erreurs se produisent également si *la signification de l'abstention n'a pas été considérée et expliquée auparavant* ou *s'il n'y a pas d'idée claire sur la majorité requise*. Supposons que plus de la moitié des membres doivent accepter une demande par un «oui». Il sera essentiel de savoir si tous les votes valides, y compris les abstentions (majorité des voix valides) sont comptés ou seulement les voix «oui» et «non» (majorité). Si 37 personnes votent et 7 s'abstiennent, la majorité des votes valides est obtenue avec 19 voix, mais la majorité à partir de 16 voix. Il faut également pré-

ciser si l'acceptation de la demande requiert une majorité simple ou une majorité qualifiée, par exemple $\frac{2}{3}$ de toutes les voix.

Parmi les erreurs les plus fréquentes on trouve encore le *manque d'un vrai plan de vote en cas de demandes multiples*, *l'absence d'annonce officielle du résultat de la décision*, ou la *non-prise en compte de l'immobilité de la décision*.

Pour éviter de telles erreurs, une liste de vérification peut être téléchargée dans l'espace membre sur www.berner-aerzte.ch.



Le livre «Kleine Abstimmungsfibel. Leitfaden für die Versammlung» (Petit livret du vote. Guide pour l'assemblée) de Wolfgang Ernst est disponible dans les librairies ou directement auprès de l'éditeur (tél. +41 44 258 15 05, e-mail: nzz.libro@nzz.ch).

Dopage au cabinet dentaire?

Des athlètes avides de médailles venus du monde entier vont rivaliser cet été à l'occasion des Jeux Olympiques de Londres. Les organisations nationales antidopage contrôlent les sportifs de pointe à la recherche des méthodes et des substances interdites. Un point auquel doivent veiller les médecins-dentistes qui prodiguent des soins à des athlètes.

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

Un grand silence s'abat sur les quatre-vingt mille spectateurs tout feu tout flamme. Les sprinters sont dans les *starting-blocks*. Tension. L'arbitre lève le bras. Feu! Les athlètes s'élancent à toute vitesse. Au bout du ruban de tartan les attendent les honneurs et la gloire. La torche olympique a été rallumée cet été: les Jeux Olympiques se déroulent à Londres du 27 juillet au 12 août 2012. Ils seront l'événement sportif de l'année. Des milliers d'athlètes venus du monde entier vont se rendre dans la métropole anglaise. Il y aura en tout trois-cent-deux compétitions dans vingt-six disciplines sportives. La présence des médias est imposante: plus de vingt-mille personnes rapporteront jour après jour le déroulement des Jeux. Toutes les compétitions seront retransmises à la télévision, soit près de cinq mille heures sur plusieurs canaux. Les caméras ultramodernes nous livreront de fascinantes images, des instantanés des prouesses sportives. Pour nombre de ces athlètes, hommes et femmes, la participation aux jeux est l'apogée de leur carrière sportive.

Les limites de ce qui est permis

Tous les athlètes participants ont derrière eux des années de préparation minutieuse et des milliers de séances d'entraînement: tous veulent tirer le maximum de leur corps le jour décisif. Les programmes d'entraînement et l'encadrement médical sont très élaborés, tout en frôlant les limites



de ce qui est autorisé. Partout dans le monde et avec un succès croissant, les agences antidopage tentent d'endiguer les abus du dopage. Ces dernières années, les moyens d'analyse ont fortement évolué dans ce domaine. Les laboratoires modernes disposent d'instruments d'analyse sophistiqués capables de révéler avec de plus en plus de fiabilité l'usage de méthodes interdites, tel le dopage génétique ou sanguin, et de mettre en évidence les substances prohibées.

Ces laboratoires d'analyse font l'objet d'une accréditation par l'Agence mondiale antidopage (AMA) suivant des procédures complexes. Seuls les labo-

ratoires accrédités sont autorisés à analyser les échantillons suspects de dopage. Il y a dans le monde trente-trois laboratoires chargés d'accomplir cette difficile mission. Ils travaillent en étroite collaboration avec les agences nationales antidopage qui se chargent des contrôles, de l'information et de la prévention. Les équipes et les athlètes doivent se tenir d'eux-mêmes au courant des listes de produits de dopage prohibés. Antidopage Suisse propose de nombreuses aides à l'orientation et à l'information: le site www.antidoping.ch permet de consulter le statut de tous les médicaments enregistrés en Suisse. La banque de données des médicaments est mise à jour tous les mois, et il existe aussi une application gratuite pour les smartphones.

Les athlètes doivent informer le personnel médical

Les athlètes doivent s'assurer eux-mêmes qu'ils n'ingèrent aucune substance interdite par le biais de la nourriture (y compris les suppléments alimentaires). En cas de traitement médical, les athlètes de pointe ont l'obligation d'informer le médecin ou le médecin-dentiste traitant du fait qu'ils sont soumis aux prescriptions antidopage. C'est pourquoi nombre d'entre eux se renseignent sur www.antidoping.ch avant toute consultation médicale. Ce sont surtout les extractions des dents de sagesse qui suscitent des interrogations. De nombreux athlètes désirent savoir si les médecins-dentistes utilisent des médicaments prohibés. Écoutons Christina Weber, responsable de la médecine, de la pharmacie et de la recherche auprès d'Antidopage Suisse: «L'adrénaline, un stimulant, est interdite en compétition, mais elle est autorisée en application locale ou associée à des anesthésiques locaux. Des antidouleurs et des anti-inflammatoires non stéroïdiens tel que le Ponstan® ne figurent par contre pas sur la liste des produits dopants.» Dans certains cas particuliers, Antidopage Suisse peut accorder des autorisations exceptionnelles. Sans buts thérapeutiques, les médecins peuvent prescrire des médicaments qui contiennent des substances interdites, mais les personnes concernées doivent en faire la demande au préalable.

Antidopage Suisse

Depuis le 1^{er} juillet 2008, la fondation Antidopage Suisse fait office de centre de compétences indépendant pour la lutte antidopage en Suisse. Elle est financée par la Confédération et par Swiss Olympic.

Plus d'informations sur: www.antidoping.ch



Les athlètes de pointe testent aujourd'hui les limites juridiques et physiologiques.

Va-t-on vers le médecin en vidéo à la pharmacie?

Ce n'est pas une plaisanterie: depuis le 1^{er} avril 2012, on peut consulter un médecin par vidéoconférence dans 200 pharmacies en Suisse! Ce projet a été lancé par la Société Suisse des Pharmaciens (pharmaSuisse), le fournisseur de prestations médicales à distance Medgate et la caisse-maladie Helsana. On ne voit pas très bien quels avantages le patient pourrait en retirer.

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information de la SSO (photos: m2d)
Publication avec l'aimable autorisation de Politik+Patient

Une visite dans une pharmacie proposant des consultations par vidéo pourrait, par exemple, se dérouler ainsi: François Martin, 60 ans, souffre de douleurs abdominales depuis 24 heures. Il a un peu de fièvre. Il va tout de même à son travail au centre de Frauenfeld. Mais ses douleurs persistent toute la journée. En fin d'après-midi, avant de rentrer chez lui, il se rend dans une pharmacie où il décrit son problème. La pharmacienne le conduit dans une cabine séparée. Elle suit un questionnaire sous forme d'arborescence et lui pose quelques questions. Le patient n'a pas vomi. Il n'a pas de diarrhée. Les douleurs sont localisées à gauche, sous l'abdomen. On appelle le médecin par vidéo. Il fait rapidement part de ses soupçons: il pourrait s'agir d'une inflammation du côlon. C'est une affection qui peut rapidement s'estomper, mais il n'est pas non plus exclu que l'inflammation se propage vers d'autres organes. Il pourrait même se produire une perforation de l'intestin... De toute façon, le diagnostic ne saurait être posé sans un examen manuel par un médecin. Le questionnaire et le recours au médecin par vidéo ne saurait suffire. Et maintenant... que doit faire François Martin? Le médecin consulté par vidéoconférence va envoyer le patient chez son

médecin de famille, ou bien s'il n'en a pas, l'envoyer à l'hôpital.

Pas formé pour poser des diagnostics médicaux

«C'est un projet intéressant, mais mal conçu», déclare Urs Stoffel, président de la Société des médecins du canton de Zurich: «Celui qui n'a qu'un rhume banal n'a pas besoin de consulter un médecin par vidéo. Et puis les pharmaciens n'ont pas été formés pour poser des diagnostics médicaux. Pour toute maladie sérieuse, il faut absolument être suivi par un médecin. Et c'est précisément ce suivi dont le projet ne tient aucun compte», critique Urs Stoffel. Le fait est que si le questionnaire et son arborescence aboutissent à la nécessité de consulter un médecin, alors le cas ne peut pas être résolu ni traité par une consultation vidéo. Il faut absolument se rendre chez un médecin.

Peter Wiedersheim partage ces réserves. Il est médecin spécialiste en médecine interne à St-Gall et président de la Conférence des sociétés de médecine de la Suisse orientale: «Si les initiateurs de ce projet s'étaient vraiment souciés des besoins des patientes et des patients, ils auraient pris

contact avec le corps médical. Nous avons la désagréable impression qu'ils n'ont pensé qu'à leurs intérêts propres!» Pius Gyger, responsable de la politique de la santé chez Helsana, fait valoir que le projet pourrait constituer une contribution notable à la limitation des coûts. Urs Stoffel en doute: «La naïveté des assureurs-maladie me stupéfie! Ils voudraient ici limiter les coûts tout en proposant une nouvelle offre de plus. Encore et toujours, ils rabâchent que les coûts de la santé dépendraient du marché de l'offre. Et puis maintenant Helsana lance une nouvelle proposition visant à faire consommer des prestations médicales dans les pharmacies...»

Traitements à double, donc coûteux

Marc Müller est président des Médecins de famille Suisse. Il fait également part de son scepticisme: étant donné que le médecin consulté par vidéo ne pourra souvent pas poser de diagnostic précis, il finira tout de même par envoyer le patient à un médecin. Il en résulte un traitement à double, donc coûteux, que le patient devra payer aussi de sa poche. Cette offre n'est d'ailleurs gratuite que pour les clients de la caisse-maladie Helsana. La question reste ouverte de savoir si d'autres assureurs s'y associeront. Si votre caisse-maladie ne participe pas, le patient devra payer de sa poche les frais de conseil de la pharmacie (15 francs) et le diagnostic du médecin consulté par vidéo (48 francs). François Martin aura donc déjà dépensé 63 francs, mais sans qu'un diagnostic fondé n'ait pu être posé. S'il avait directement consulté un médecin à son cabinet à Frauenfeld, un examen complet lui aurait coûté moins de 40 francs.



«Le médecin consulté par vidéo ne peut poser un diagnostic précis dans l'éventualité d'une maladie sérieuse. Il doit pouvoir procéder à un examen manuel à son cabinet médical.»

Cinq questions à Erika Ziltener, présidente de l'association faitière des associations de patients

La pose d'un diagnostic par vidéoconférence comporte bien des risques et incertitudes

Erika Ziltener, présidente de la Fédération suisse des patients, donne son avis sur l'offre de Netcare.

1. «En tant que patiente, feriez-vous usage de cette offre d'un premier diagnostic en visioconférence à la pharmacie?»

«Non. Je ne vois pas pourquoi je le ferais. D'abord parce que j'ai un médecin de famille. Ensuite parce que les pharmaciens sont déjà de bon conseil pour les cas (simples). Et puis ce modèle n'est pas conforme au concept des soins intégrés que nous visons. Il en reste au plan des prestations individualisées.»

2. «Pensez-vous que l'on pourrait de la sorte économiser des coûts de la santé?»

«Je pars de l'idée que c'est tout le contraire qui va se produire. Il s'agit en fait d'une nouvelle augmentation quantitative que quelqu'un devra payer. Les pharmacies auront besoin de surfaces supplémentaires. Elles auront également besoin de l'infrastructure nécessaire pour poser des diagnostics par vidéoconférence. On va commencer par les conseils du pharmacien puis, si nécessaire passer à la consultation par vidéo, pour en arriver en fin de course à une consultation chez son médecin de famille? Ou bien le «cas» était-il si bénin que les conseils du pharmacien étaient largement suffisants?»

3. «Pourra-t-on ainsi compenser le manque de médecins de premier recours?»

«Non. La qualité de la médecine de premier recours dépend pour l'essentiel de la connaissance que le médecin de famille a de son patient, du

dossier médical qu'il peut consulter et, bien évidemment, des contacts personnels qu'il entretient avec son patient. Ces contacts me paraissent encore et toujours absolument indispensables dans le domaine des soins médicaux, à de très rares exceptions près.»

«Si l'on en croit les expériences accumulées par les fédérations de patients, nous devons entreprendre tout ce qui est nécessaire pour renforcer la médecine de premier recours. Après un premier diagnostic, tout patient doit pouvoir être référé à un spécialiste. Avec cette nouvelle offre, on peut à bon droit se poser la question de ce qu'il va advenir du rapport du pharmacien ou du médecin vidéo...»

4. «Que pensez-vous de la garantie de qualité de cette offre pour les patients?»

«Je ne peux répondre de manière conclusive à cette question sans connaître les mesures d'assurance qualité envisagées, sans omettre de souligner le considérable potentiel d'insécurité d'un diagnostic par vidéoconférence dans la plupart des cas.»

5. «Pensez-vous que le patient devrait se satisfaire d'un diagnostic par vidéoconférence?»

«Cette question est quelque peu troublante. Si une patiente consulte, puis n'accepte pas le diagnostic, on n'est sûrement pas sur la bonne voie. Aujourd'hui comme hier, je pars de l'idée qu'une



Erika Ziltener: «Avec le modèle Netcare, le patient doit de toute façon être référé à un médecin après le premier diagnostic.»

relation de confiance entre le médecin et son patient est déterminante pour que le diagnostic posé soit accepté. Je pense que ce n'est guère possible d'établir une telle relation de confiance avec un médecin consulté par vidéoconférence. En fin de compte, tout dépendra du diagnostic. S'il s'agit d'un diagnostic simple qui aurait pu être posé même sans vidéo, le patient ne le saura pas. Il considérera que le résultat est correct et il s'en contentera.»

«Quant à savoir quelle méthode appliquer et quand y recourir, c'est une question à laquelle des professionnels doivent répondre. On ne peut pas charger le patient de la résoudre.»

Revue

Intimidation et surtraitement

Wentworth R B: What is my ethical responsibility when my employer authorizes treatments that I believe are unnecessary?

J Am Dent Assoc 142: 674-676, 2011
<http://jada.ada.org/content/142/6/674.full?sid=5ad18cc-7e14-4162-9c4d-dcb1462ff5b5>

Imaginons un médecin-dentiste employé lambda dans une pratique privée qui découvre que l'un de ses plans de traitement a été modifié par son employeur, ce dernier ayant remplacé de simples

obturations par des couronnes avant de passer le cas à un autre collaborateur. Il indique pour tout motif que l'assurance du patient prendra totalement en charge ce nouveau traitement et qu'il lui revient en tant qu'employeur de décider qui fait quoi dans sa clinique. L'employé lambda est prié de ne pas discuter le cas et de poursuivre son activité en optimisant aussi son rendement afin d'assurer son poste au sein de l'établissement. Quels problèmes éthiques soulève cette situation et comment faut-il les gérer?

Quatre aspects méritent d'être relevés. D'abord et premièrement, l'employeur en question doit être un médecin-dentiste diplômé pour pouvoir modi-

fier un plan de traitement, sans quoi il peut être dénoncé à l'autorité sanitaire.

Deuxièmement, l'opinion du patient doit être prise en compte dans toute procédure de planification tout comme dans la décision de la mener à bien. Les patients devraient ainsi être informés des risques et des avantages de toute option thérapeutique avant de se déterminer. Tout changement devrait être soumis à son accord en expliquant les motifs. L'absence d'une telle approche viole les principes d'éthique et du consentement éclairé.

Troisièmement, il conviendrait de déterminer si une modification de traitement comprend des interventions superflues. Celles-ci peuvent impliquer des traitements non indiqués au vu de la situation clinique réelle du patient et de ses souhaits, ou encore constituer le reflet d'une diffé-

rence d'approche par un autre praticien, ou simplement relever d'un surtraitement. Il peut s'agir aussi d'une action frauduleuse par rapport à un traitement qui ne sera pas entièrement effectué. Faire la différence entre ces mesures relève du défi. A cet égard, la première étape à franchir est de discuter du problème de l'autonomie de l'activité clinique du médecin-dentiste employé face à son employeur. Si le patient est exposé à un dommage lors de l'application du traitement révisé, le médecin-dentiste employé devrait en dénoncer le procédé aux instances compétentes. Quatrièmement, c'est l'employé qui est menacé dans son poste parce que soumis à des stratégies

coercitives et à des menaces susceptibles d'affecter la qualité des soins, le respect mutuel entre les membres de l'équipe soignante tout en nuisant à l'image publique de la médecine dentaire. L'utilisation abusive du statut de propriétaire d'un cabinet pour intimider ses employés au détriment de leurs patients relève d'un manque flagrant d'éthique professionnelle. La justice devrait en être informée.

Tous les membres d'une équipe soignante devraient se sentir à l'aise dans l'exercice de leur profession et face à la philosophie de l'établissement qui les emploie. S'ils sont victimes de manœuvres d'intimidation, la qualité des rapports

avec leurs patients peut en souffrir. De tels comportements se caractérisent par des éclats de voix, un langage menaçant, des gestes non verbaux d'intimidation, des manifestations physiques de colère ou du harcèlement sexuel. Certes des divergences d'opinion quant aux traitements envisagés et pratiqués peuvent surgir. Elles constituent une violation éthique lorsqu'un membre exerce des pressions dans le but de dicter à un collaborateur un traitement que ce dernier estime être contraire aux intérêts du patient.

Michel Perrier, Lausanne

Impressum

Titel / Titre de la publication

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

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

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

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

Redaktion «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»

Redaktion «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

Redaktion «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 / Éditeur

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
Förrihubstrasse 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.

Inseratarbeits- / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

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

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

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.
L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

Gesamtherstellung / Production

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

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

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

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 284.80*
Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants	Fr. 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 35.85*
* inkl. 2,4% MWSt / inclu TVA 2,4%	
Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 298.–
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 35.–
+ Versand und Porti	
Ausserhalb Europa / Outre-mer:	
pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 319.–

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.
Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.

2011 – 121. Jahrgang / 121^e année; Auflage / Tirage: 5700 Ex.;
WEMF/SW-Beglaubigung 2011 – Total verkaufte Auflage: 4765 Ex.
ISSN 0256-2855