

Départ du Pr Thomas Imfeld, D^r méd., MBA:

la fin d'une époque pour la médecine dentaire préventive en Suisse

Le professeur Thomas Imfeld a pris congé du Centre de médecine dentaire (Zentrum für Zahnmedizin – ZMZ) de l'Université de Zurich à la fin de l'année dernière. C'est ainsi la période la plus féconde de la médecine dentaire préventive scientifique qui prend fin, initiée par le Pr D^r H. R. Mühlemann et continuée par ses disciples Pr D^r K. König, Pr D^r Rateitschak, Pr D^r H. Schroeder et bien d'autres encore.

Professeur emeritus Bernhard Guggenheim

Fructueuses activités de recherche

Thomas Imfeld était le dernier élève de H. R. Mühlemann en activité. Il a débuté sa carrière académique comme assistant à la Division de cariologie, parodontologie et médecine dentaire préventive en 1975. La recherche et l'enseignement étaient ses principaux domaines d'activité. Il a été promu maître assistant en 1978 déjà. Il convient ici de rendre un bref hommage au groupe de travail qu'il avait constitué au Laboratoire de recherche et de développement en médecine dentaire préventive.

pH-métrie par télémétrie

Des recherches approfondies ont été menées sur l'effet cariogène et sur les caractéristiques ménageant les dents de certains aliments et friandises. Le développement de la mesure du pH par télémétrie en tant que méthode de test a été poursuivi et mené à son terme. Elle reste le fondement scientifique de l'examen des caractéristiques des produits qui ménagent la dentition et de l'octroi du logo de l'action Sympadent.



Pictogramme Sympadent

Ces travaux ont été documentés dans sa thèse d'habilitation «Identification of low caries risk dietary components» publiée en 1983. Sa méthode de test a été reprise en Suisse dans l'Ordonnance sur les denrées alimentaires et par la *Food and Drug Administration (FDA)* aux Etats-Unis en 1996 en tant que méthode standard de distinction des aliments favorables en matière de santé.

Laboratoire de radiochimie

Il a développé une méthode radiochimique afin de rendre possible la mesure conforme aux normes ISO de l'abrasion relative de la dentine et



Pr D^r Thomas Imfeld

de l'émail (RDA et REA) des pâtes dentifrices et prophylactiques. Cette méthode est utilisée dans quatre centres d'essai dans le monde.

Activité clinique

A côté de ses vastes activités de recherche et de ses nombreux engagements d'enseignement, Thomas Imfeld n'a eu que fort peu de temps à consacrer aux traitements de routine de la médecine dentaire restauratrice. Il a cependant créé un groupe de travail pour le traitement et l'encadrement des patients présentant des problèmes particuliers, troubles de l'alimentation (boulimie, anorexie), flux de salive insuffisant, etc., en raison de causes variées. Les patients des médecins,



Thomas Imfeld au laboratoire de télémétrie vers 1972

médecins-dentistes, des cliniques psychiatriques et de l'hôpital universitaire ont suivi avec succès des thérapies reposant sur de nouveaux programmes de prophylaxie intensive.

Enquête sur la santé orale de la population suisse

Thomas Imfeld a par ailleurs dirigé la Station d'épidémiologie orale. Des enquêtes de terrain y ont été conduites pendant des années. Elles portaient principalement sur les écoliers et sur les recrues. Elles ont permis de documenter la constante amélioration de la santé buccodentaire de la population suisse.

Thomas Imfeld: enseignant de talent

Il a donné des leçons et des cours magistraux dès 1975 dans les domaines de la médecine préventive, de la pathophysiologie et de la cariologie. Des générations de médecins-dentistes en gardent le meilleur des souvenirs. Ses cours étaient remarquablement structurés, toujours *up to date*, accompagnés d'une iconographie soignée. Son enseignement manquera beaucoup au ZMZ.

Rôle dans l'action Sympadent

Au début, le Pr D^r Mühlemann, tout comme Thomas Imfeld, a adopté une attitude d'expectative critique vis-à-vis de l'action Sympadent. Le Pr Mühlemann avait tenté pendant des années de boucler le financement d'un institut de recherche sur le sucre. Ce projet avait échoué faute d'avoir pu convaincre l'industrie de son intérêt. L'ap-



Prothèse télémétrique en voie de réalisation

proche qui consistait à mettre sur pied d'égalité les partenaires industrie et commerce a conduit à la création de l'action Sympadent qui a très tôt connu un grand succès. Les prix alors élevés des tests de télémétrie des additifs édulcorants, chewing-gums et sucreries ont pu être abaissés. Thomas Imfeld était membre de l'action, mais il n'a jamais voulu occuper de poste au sein du comité afin d'éviter tout conflit potentiel d'intérêts entre l'action d'une part et la station d'essai d'autre part. Il a soutenu l'action Sympadent pendant de nombreuses années et lui a prêté son assistance dans tous les domaines. Nous verrons comment elle poursuivra son action sans lui...

Relations avec l'industrie

Ses connaissances étendues en médecine dentaire prophylactique ont fait de Thomas Imfeld un conseiller très couru chaque fois qu'il s'agissait de développer de nouveaux produits et/ou de tester leur efficacité. C'est pour traiter sur pied d'égalité avec ses mandants qu'il avait obtenu en 1982 déjà en France, au prestigieux Institut européen d'administration des affaires, le titre de Master of Business Administration (MBA). Ce sont plus de six millions de francs de financements tiers dont l'Université de Zurich a pu bénéficier, rien qu'en 1997.

Thomas Imfeld: humain et confraternel

Thomas Imfeld, gentleman de la tête aux pieds, est toujours courtois, chaleureux et disposé à aider autrui. Nombre de membres du ZZM ont pu compter sur son aide efficace en présence de difficultés sérieuses. Alpiniste et skieur de randonnée très proche de la nature, il consacre ses loisirs au trekking.

Il a entrepris nombre d'expéditions casse-cou en compagnie de son épouse et sur tous les continents de la planète. Il est aussi un peintre talentueux très sensible à l'esthétique, très doué pour les couleurs et les formes.

Nous le remercions de tout cœur et lui souhaitons de nombreuses années en bonne santé et tout le temps qu'il faudra pour développer à l'envi ses nombreuses inclinations autres qu'académiques.



Thomas Imfeld au sommet du Huayna Potosi à l'altitude de 6088 mètres

«Nous sommes à la pointe de la lutte contre les infections!»

B. Braun Medical S.A. est la société suisse du groupe allemand B. Braun. Elle développe, produit et commercialise depuis trois sites en Suisse (Crissier, Escholzmatt et Sempach) des produits à forte valeur ajoutée pour l'usage quotidien dans le domaine de la santé. Son centre de compétences pour la lutte contre les infections se trouve à Sempach.

Texte et illustrations: Werner Catrina

Un énorme train routier est en cours de déchargement chez B. Braun à Sempach. La rutilante citerne contient de l'éthanol. C'est l'un des produits chimiques de base pour la fabrication de toute une gamme d'agents de désinfection que produit l'usine de Sempach. Johannes Hansen est le manager technique responsable de la production et des stocks. Il nous explique leur manière de travailler: il devient vite évident que la sécurité dans la production et les contrôles de la qualité sont tout en tête de la liste des priorités chez B. Braun.

Un collaborateur prélève un échantillon de la marchandise livrée. Ce n'est qu'une fois que sa qualité aura été contrôlée que l'éthanol sera déversé dans une citerne de l'entreprise. La plaque grise sous le train routier indique l'emplacement du bassin de rétention où s'écoulerait le liquide en cas d'accident. Les réservoirs sont en liaison directe avec un local «blanc» stérile, où l'on va procéder à l'identification précise de la matière première. La livraison ne sera libérée pour la production qu'après les contrôles de qualité supervisés par l'informatique.

Le site de Sempach est le *Centre of Excellence* pour la lutte contre les infections (*Infection Control*). C'est un domaine qui concerne au premier chef aussi bien les hôpitaux que les homes et cliniques, ainsi que les cabinets médicaux et



Déchargement d'un camion-citerne contenant de l'éthanol, l'une des matières premières destinées à la fabrication des produits B. Braun.

dentaires. «La prévention des infections est très développée en Suisse», indique Andreas Lercher, *Market Manager Infection Control* chez B. Braun à Sempach. C'est sur ce site que son département a son siège depuis la création de l'entreprise en

Suisse en 1978. Il a 42 ans, a fait des études d'économie d'entreprise et s'est décidé pour B. Braun il y a neuf ans: «B. Braun est un acteur important dans le domaine de la santé en Suisse», nous explique-t-il.



Un spray pour les plaies fraîchement sorti d'usine, l'un parmi les centaines d'articles fabriqués par B. Braun



L'entreprise possède son propre atelier d'impression pour les nombreuses étiquettes des produits B. Braun.



Une collaboratrice surveille une ligne de production ultramoderne sur le site de Sempach.



Tous les produits sont soumis à un strict contrôle de qualité. En font partie des essais réguliers en laboratoire.

«Les compétences centrales, telles que la lutte contre les infections par exemple, sont essentielles pour tous les secteurs de la santé, donc également pour les cabinets dentaires» ajoute-t-il. En effet, à côté des agents de lutte contre les infections, on y utilise aussi des produits pour panser les plaies tels que les nécessaires de suture, les colles pour les tissus mous ainsi que des micro-instruments.

B. Braun à Sempach: centre de compétences de la lutte contre les infections

«B. Braun joue un rôle de pionnier dans le domaine de la lutte contre les infections», souligne Andreas Lercher: «Nous sommes les premiers dans plusieurs segments du marché.» En effet, la prévention des infections prend de l'importance dans le monde entier à une époque où les germes résistant aux antibiotiques posent désormais des problèmes de plus en plus sérieux pour les hôpitaux ainsi que pour les cabinets médicaux et dentaires.

La lutte contre les infections est un aspect essentiel, également en médecine dentaire...», nous explique notre interlocuteur: «... les médecins-dentistes suisses ont très largement pris conscience de l'importance de la prévention des infections.»

L'*Infection Control* au cabinet dentaire repose sur une conception intégrée et efficace de l'hygiène. Elle commence par la désinfection des mains jusqu'à l'élimination des germes dans les équipements d'aspiration. Ce sont près d'un millier de produits différents qui sont fabriqués à Sempach dans le domaine de la lutte contre les infections à l'intention des médecins, hôpitaux, homes et cabinets dentaires. Le secteur dentaire comprend des douzaines de produits et d'appareils qui sont fabriqués à l'usine de Sempach ou sur d'autres sites de B. Braun.

Plusieurs gammes de produits

B. Braun propose par exemple des solutions de haut niveau qualitatif pour les applications chirurgicales ou pour le rinçage. Lavasept® notamment est une solution de rinçage contenant du polyhexanide. Elle est utilisée entre autres applications pour la prévention des infections des os et des tissus mous. ProntOral® est une solution médicamenteuse pour le rinçage de la cavité buccale, qui contient une combinaison novatrice de polyhexanide et de bêtaïne. Elle peut être utilisée avant et après toute intervention de chirurgie dentaire. Dans le domaine de la désinfection, les agents destinés à la désinfection des petites surfaces et des matériaux sensibles dans les cabinets dentaires sont tout aussi importants. Des produits spéciaux sont proposés pour le nettoyage des sols dans les cabinets et les cliniques dentaires, où le

nettoyage et la désinfection ont la plus haute priorité. Des produits tels que Stabimed® pour la désinfection manuelle ou Helimatic® pour le nettoyage mécanique des instruments sont d'une grande efficacité à l'emploi. Les distributeurs muraux B. Braun et les accessoires de dosage tels que pompes, gobelets ou pistolets vaporisateurs comptent parmi les produits destinés à satisfaire les besoins des cabinets dentaires. Ils sont tous fabriqués à l'usine d'Escholzmatt.

Applications de chirurgie et de médecine dentaire

Plus d'un article convient aussi bien pour les applications dentaires que chirurgicales. Les produits B. Braun pour les pansements, notamment lors de la pose d'implants, sont fabriqués dans une usine en Espagne. A l'intention des médecins dentistes, B. Braun propose des pseudomonofilaments de polyamide tel que le Supramid® utilisé entre autres usages lors de l'extraction des dents de sagesse. Le Supramid® se distingue par sa résistance élevée à la rupture, par son passage en douceur dans les tissus et par sa facilité de manipulation. L'offre comprend également des fils de soie «polyfilés» ainsi qu'un vaste assortiment d'aiguilles. Les seringues, fabriquées à Escholzmatt, les canules à usage unique et d'autres articles destinés aux cabinets dentaires tels que les scalpels à usage unique ou les gants sont tout aussi indispensables.

Un produit particulier a été développé par B. Braun: le Dental Container. C'est une boîte de rangement pour articles stériles au cabinet dentaire. Ces conteneurs empilables conviennent à tous les petits stérilisateurs usuels du marché. Leurs filtres à longue durée de vie supportent des



Production de fils à suturer

milliers de cycles de stérilisation. Un large programme d'instruments complète le catalogue des accessoires divers.

Quatre divisions

B. Braun est l'une des principaux fournisseurs au monde dans le domaine de la santé. La société s'articule en quatre divisions avec un large éventail de produits et de prestations pour le domaine de la santé.

Aesculap: produits et prestations pour tous les processus chirurgicaux;

Hospital care: solutions pour perfusions et injections pour les hôpitaux, ainsi que tous les produits médicaux à usage unique;

Outpatient Market: articles médicaux nécessaires en dehors des hôpitaux, en particulier à l'intention des cabinets dentaires, cabinets médicaux, homes pour personnes âgées et établissements de soins;

B. Braun Avitum: produits et prestations médicales pour dialyse.

Ces quatre divisions produisent pour l'ensemble des marchés internationaux. Elles forment un réseau: les centres de compétences assurent des échanges intenses afin de partager les nouvelles connaissances scientifiques acquises.

Activités durables

Notre visite du centre de compétences *Infection Control* de Sempach et notre entretien avec le Marketing Manager Lercher l'ont bien montré: les activités de B. Braun sont à la fois efficaces et durables. Il n'y a pas de stock important de produits invendus: la production se fait en fonction des commandes, *just in time*. Le contrôle de gestion rigoureux à tous les niveaux s'assure de la quantité la plus minime possible de déchets dans la production. Lorsque la société s'est décidée en 2009 pour une nouvelle présentation des étiquettes de ses produits, les calculs ont été très précis à Sempach: il aurait fallu commander 2000 clichés à 500 francs pièce... Plutôt que de dépenser 1 million de francs à l'externe, il a été décidé de faire l'acquisition d'un système d'impression ultramoderne qui imprime les étiquettes à beaucoup moindre coût: il a été amorti en moins d'une année.

B. Braun a investi dans le monde près de 1,4 milliard d'euros ces dernières années. D'autres investissements à concurrence de 1,6 milliard sont prévus d'ici à 2014 pour l'agrandissement des usines existantes et pour la construction de nouvelles unités. Le site web de la société précise que ce programme d'investissements sera intégralement financé par le seul *cashflow* propre du groupe. Andreas Lercher constate: «Notre développement se construit sur ce que nous gagnons. Nous avons des règles strictes pour ce qui est des coûts, dans le but explicite que notre croissance repose sur nos moyens propres.»

Entreprise familiale depuis 1839

La société anonyme B. Braun Medical est une entreprise familiale dont le siège central se trouve à Melsungen, dans le land de Hesse, mais avec de solides racines en Suisse. Fondée en 1839 en tant que pharmacie, l'entreprise s'est ensuite agrandie pour devenir une maison de vente par correspondance des plantes de l'herboristerie locale: c'est l'origine de la couleur verte adoptée aujourd'hui encore par le groupe! Le développement a été progressif pour devenir un conglomérat actif au plan international. C'est lui qui a lancé sur le marché en 1951 la première pompe mécanique pour les perfusions goutte-à-goutte.

En Suisse, c'est une maison de commerce qui représente B. Braun. La famille Schwöbel Braun en est l'actionnaire majoritaire. Elle est établie à Lucerne depuis des décennies. La production a commencé dans notre pays en 1973. La première usine a vu le jour à Escholzmatt. On y fabrique aujourd'hui des produits à usage unique en matière synthétique, destinés à la perfusion. En 1978 déjà, une autre usine a pu être mise en service à Sempach pour la production de produits destinés à la désinfection et à l'hygiène. Au début des années 90, une usine Vifor de production de solutions pour les perfusions et pour l'alimentation artificielle à Crissier (VD) a été reprise par le groupe. Le quatrième site est venu en 2003: SteriLog Sterilgutversorgung Luzern AG, qui se charge de l'ensemble du traitement des instruments chirurgicaux des établissements hospitaliers cantonaux de Lucerne, Sursee et Wollhusen.

Le site de production et de développement de Sempach est devenu en 2006 le siège principal de B. Braun Medical S.A. en Suisse, dans un bâtiment neuf et séduisant. La société emploie 939 personnes dans notre pays, pour un chiffre d'affaires net de 313,2 millions de francs en 2011.

B. Braun est une entreprise familiale qui n'est pas cotée en bourse. En 2011, elle employait 41 000 collaborateurs dans le monde entier pour un chiffre d'affaires de 4,6 milliards d'euros.

Dix ans après la mise en vigueur de la Loi sur les produits thérapeutiques

L'objectif de la pharmacovigilance est d'améliorer les connaissances concernant les événements indésirables (EI) connus et d'en identifier, plus rarement, de nouveaux afin de partager ces informations avec la communauté médicale et les patients.

Swissmedic

Un bon exemple de risque connu est la difficulté du diagnostic d'embolie pulmonaire chez les jeunes femmes sous contraceptifs hormonaux combinés. L'exemple d'un risque nouveau est la fibrose systémique néphrogénique chez les patients insuffisants rénaux après administration de produits de contraste à base de gadolinium. Ceci implique que les annonces transmises à Swissmedic, rédigées ou non par un professionnel de santé, documentent particulièrement bien les aspects inattendus et le caractère remarquable des EI. Les Bonnes pratiques de Pharmacovigilance en définissent par ailleurs les critères de qualité. Cet article vise ainsi à faire le point de la situation en 2012 et rappelle l'obligation de déclaration et les conditions qui permettraient à Swissmedic d'améliorer la sécurité des médicaments.

I. Historique

1. Généralités

Si la notion d'effet indésirables (EI) des médicaments remonte à l'Antiquité, c'est seulement au

milieu du XIX^e siècle que des complications graves survenant après administration de certains médicaments attirèrent l'attention du corps médical: chloroforme et fibrillation ventriculaire suivie du décès du patient en cours d'induction anesthésique (le produit est abandonné pour cette raison au début du XX^e siècle), arsenic et cytolysse hépatique (1922), thalidomide prescrite pendant la grossesse (1957–1961) et malformations fœtales (phocomélie/micromélie).

En raison du caractère universel de la distribution des médicaments, l'OMS et les sociétés professionnelles nationales ont rapidement mis leurs efforts en commun pour créer différentes plateformes de travail et des bases de données. Ainsi:

- le «WHO Pilot Research Project for International Drug Monitoring» lancé en 1968;
- le «Uppsala Monitoring Center (UMC)» assurant depuis 1978 la coordination entre le «WHO Programme for International Drug Monitoring» et ses plus de 130 pays membres, à savoir une banque de données (VigiBase) de plus de 7,5 millions d'annonces;

- l'«International Society of Pharmacoepidemiology» fondée en 1989;
- l'«International Conference on Harmonisation» créée en 1990;
- l'«European (International) Society of Pharmacovigilance» créée en 1992.

A l'aide de ces institutions, on a pu mettre en évidence et élucider de nombreux risques liés à des médicaments, qui ont mené à la prise de mesures de précaution et, plus rarement, au retrait du marché de médicaments dont l'administration était suivie d'EI sévères.

Il nous semble utile, à l'occasion de ce jubilé, de rappeler les conditions d'exercice d'une bonne pharmacovigilance et ses conséquences en matière de santé publique.

2. La pharmacovigilance en Suisse

L'efficacité et la sécurité d'emploi d'une nouvelle molécule est d'abord étudiée, dans le cadre d'études de phase 2 ou 3, sur des groupes limités à quelques milliers de patients sélectionnés selon des critères bien définis. Seuls les EI les plus fréquents (fréquence > 1 à 2%) sont alors identifiés. Ce n'est qu'ultérieurement, après la mise sur le marché, le médicament étant alors administré à une population beaucoup plus large, que l'on peut mettre en évidence des EI plus rares, conduisant à la mise à jour du profil de sécurité et éventuellement l'adaptation du rapport risque/bénéfice.

La méthode privilégiée de détection des EI est la notification spontanée: une petite série de cas correctement documentée peut effectivement suffire à lancer une alerte et justifier des décisions rapides de protection des patients.

En vertu de la Loi sur les produits thérapeutiques (LPT, art. 58 et 59), Swissmedic assume la responsabilité «de surveiller la sécurité des produits thérapeutiques», de collecter les annonces, de les évaluer et de prendre «les mesures administratives nécessaires». Ces mesures peuvent consister en la mise à jour de l'Information professionnelle (art. 67, al. 1) ou la suspension d'une autorisation de mise sur le marché (art. 66, al. 2, let. b).

Les professionnels de santé (art. 59, al. 3) ou quiconque fabricant, administrant ou remettant à titre professionnel des produits thérapeutiques



Le travail quotidien de la pharmacovigilance consiste essentiellement à améliorer les connaissances concernant les EI connus. Un bon exemple est représenté par les embolies pulmonaires survenant chez les jeunes femmes sous contraceptifs hormonaux combinés.



La méthode privilégiée de détection des EI est la notification spontanée: une petite série de cas correctement documentée peut effectivement suffire à lancer une alerte et justifier des décisions rapides de protection des patients.

a l'obligation d'annoncer la survenue d'un EI. Les consommateurs ou les patients (art. 59, al. 4) ont eux la possibilité de le faire. Les annonces doivent être adressées aux centres régionaux de pharmacovigilance.

II. La loi sur les produits thérapeutiques: obligation légale de déclaration par les professionnels de santé de la suspicion d'effets indésirables des médicaments

1. Définition d'un effet indésirable médicamenteux (EI)

On doit considérer comme EI au sens strict de la définition de l'OMS tout effet défavorable survenant fortuitement au cours de la prise d'un médicament aux doses habituelles. Les cas d'abus (prise prolongée injustifiée, dose excessive ou absence d'indication médicale), la dépendance et la toxicomanie, conformément à la définition des conditions de tolérance du médicament, doivent être déclarés. Il en est de même des complications observées avec des médicaments non enregistrés ou illégaux.

2. L'annonce

Les conditions-cadres de l'annonce – que faut-il annoncer, qui doit le faire, comment annoncer, à qui envoyer l'annonce – sont détaillées sur notre site internet sur:

<http://www.swissmedic.ch/marktueberwachung/00091/00136/00137/index.html?lang=fr>

3. Que devient ensuite la déclaration?

Dès réception, le centre régional de pharmacovigilance envoie au déclarant un accusé de réception contenant le numéro de référence du cas ainsi qu'un commentaire. Il va analyser les données reçues et faire suivre le rapport (après complète anonymisation) au centre national de pharmacovigilance (Swissmedic) à Berne. Ce dernier transmet tous les cas graves ou nouveaux aux fabricants et distributeurs concernés. Les fabricants ont aussi accès, sur demande, à toutes les données concernant un de leurs produits. Enfin, le centre national transmet les annonces à la banque de données internationale de l'OMS à Uppsala (Suède). Celle-ci abrite à ce jour près de 8 millions de déclarations qui sont également à la disposition du centre national pour des recherches personnalisées.

III. La qualité de l'annonce est une condition fondamentale

Le travail quotidien de la pharmacovigilance consiste essentiellement à améliorer les connaissances concernant les EI connus. Un bon exemple est représenté par les embolies pulmonaires survenant chez les jeunes femmes sous contraceptifs hormonaux combinés. Les annonces concernant ce risque bien connu depuis des décennies ont montré les difficultés à poser un diagnostic de suspicion dans une telle population et à évaluer la signification des facteurs de risque ainsi que l'importance d'informer les utilisatrices. Par ailleurs, les derniers rapports d'agranulocytose sous

métamizole montrent que la sensibilisation à ce risque faiblit.

Le dépistage de risques nouveaux (fibrose systémique néphrogénique après injection de gadolinium chez les insuffisants rénaux, ostéonécrose maxillaire et fracture atypique sous bisphosphonate) est également important, mais ne représente pas à lui seul la «raison d'être» de la pharmacovigilance.

Pour atteindre ses objectifs, c.-à-d. pouvoir valider et exploiter ultérieurement les données d'une annonce, la pharmacovigilance doit donc répondre aux exigences de qualité minimales: se conformer aux Bonnes pratiques de Pharmacovigilance et comporter obligatoirement certaines informations importantes/critiques.

– Les Bonnes pratiques de Pharmacovigilance concernent les modalités de collecte, de gestion, de recherche et d'évaluation des EI transmis par les professionnels de santé et les patients, avec pour objectif de prévenir tout dommage chez les patients.

– Les informations critiques concernent:

- la raison spécifique qui incite à rapporter cet EI: ce qui m'a frappé, quelle est l'information que je voudrais transmettre et échanger avec toutes les personnes concernées;
- la source de l'annonce (impliquant des différences de qualité s'il s'agit d'un professionnel de santé ou d'un patient);
- l'âge et le sexe du patient (permettant d'éviter les doublons);

- la description (symptômes principaux) et la chronologie de l'EI (date de survenue et évolution, amélioration après arrêt du traitement);
 - les médicaments administrés (liste avec date de début et d'arrêt, dose, voie d'administration, indication thérapeutique);
 - les facteurs de risque prédisposant/maladie concomitante (allergie, atteinte rénale, hépatique, pulmonaire, alcool, etc.);
 - le diagnostic différentiel: mention des causes non médicamenteuses possibles (p. ex. atteinte hépatique, anamnèse de terrain éthylique, obstruction biliaire, sérologies virales).
- oméprazole et autres inhibiteurs de la pompe de protons et fracture.
- Chaque année dans le monde, des milliers de cas d'hémorragies gastro-intestinales potentiellement fatales sont provoquées par des AINS, des anticoagulants ou des antiagrégants plaquettaires. Or ces pathologies sont si fréquentes qu'elles ne font paradoxalement souvent pas l'objet d'annonces spontanées. Ce sont les événements rares et nouveaux qui attirent le plus souvent l'attention des médecins et font de préférence l'objet d'une annonce. Tout comme d'autres EI qui éveillent l'intérêt des médias. En conséquence, les retraits du marché au cours de ces dernières années ont été le plus souvent motivés par la découverte d'EI correspondant à des maladies peu fréquentes.

IV. Possibilités et limites du système

Les annonces spontanées représentent une base de données à partir de laquelle les principaux signaux de sécurité sont identifiés. Mais, au cours de ces dernières années, ce sont les études de suivi de patients traités (études observationnelles), les analyses d'essais cliniques (méta-analyses) et les études épidémiologiques qui ont eu une influence de plus en plus importante et permis d'identifier le rôle déclenchant de certains médicaments dans la genèse de plusieurs maladies ou d'EI fréquents, et d'évaluer leur incidence.

Ainsi on a pu mettre en évidence les rapports entre:

- traitement hormonal substitutif et cancer du sein;
- AINS et maladies cardio-vasculaires;
- inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et risque suicidaire chez l'enfant;
- bisphosphonates et fibrillation auriculaire ou fractures à basse énergie;

V. Avantages pour les patients et les personnels spécialisés

Les EI des médicaments sont la cause de 3 à 7% des hospitalisations et représentent la 4^e cause de

décès dans les pays industrialisés [OMS – Aide-mémoire].

La pharmacovigilance peut et doit donc jouer un rôle capital en termes de santé publique, car elle permet:

- aux personnels de santé un emploi rationnel des médicaments en fonction de leurs propriétés pharmacologiques et des risques d'EI;
- aux patients de savoir reconnaître l'origine de symptômes plus ou moins gênants (troubles du goût, perte de cheveux, somnolence, etc.), ou le risque de véritables maladies (accident cardio-vasculaire, diabète, cancer, etc.).

VI. Conclusion

En 10 ans, beaucoup a été accompli, mais beaucoup reste encore à améliorer:

- poursuivre et renforcer la formation continue en matière de pharmacovigilance ainsi que la compréhension des professionnels de santé et des responsables de la pharmacovigilance des firmes pharmaceutiques. Il s'agit là d'un point central qui seul va permettre d'améliorer la qualité des annonces et par là l'efficacité du système;
- renforcer la collaboration avec les centres universitaires.

Depuis plusieurs années, Swissmedic publie les données de pharmacovigilance sur son site web d'une part et d'autre part dans les journaux professionnels en commun avec les centres régionaux de pharmacovigilance. Améliorer les informations concernant les médicaments, renforcer les processus décisionnels ainsi que leur transparence sont des obligations éthiques envers les patients et sont indispensables pour garder la confiance de la population.

Seul compte ce que l'on fait ici et maintenant

Walter et Madeleine Gnädinger travaillent régulièrement dans une mission en Tanzanie depuis 2006, chaque fois pendant quelques semaines. Il aurait été inimaginable pour ce médecin-dentiste encore alerte de se mettre tout simplement à la retraite après la remise de son cabinet dentaire. Apprenez ce que vivent Walter Gnädinger et son épouse Madeleine en Afrique, et comment ils en sont venus à cet engagement humanitaire.

Anna-Christina Zysset, rédactrice

RMSO: Qu'est-ce qui vous a motivé à vous engager en faveur d'autrui?

Walter Gnädinger: Il ne faut pas faire de cet engagement en Tanzanie quelque chose de trop idéaliste. Au début avec la remise de mon cabinet dentaire, j'avais éprouvé le besoin de me détacher du jour au lendemain de l'exercice d'une profession que j'avais tant aimée. Mais je ne voulais pas laisser se perdre toute une expérience professionnelle et la laisser en jachère. Cela aurait été un péché de le faire, d'autant plus que je me sentais encore en pleine forme et que je pouvais encore travailler sans aucun problème. Quelques mois avant de remettre mon cabinet, mon épouse et moi-même nous sommes souvenus d'un voyage que nous avons fait en Tanzanie. Nous avons rendu visite en 1984 à l'oncle de ma femme, alors missionnaire bénédictin à l'abbaye de Ndanda, dans le sud du pays. Depuis, nous étions restés en contact épisodique avec une femme médecin-dentiste suisse et religieuse dont nous avons fait la connaissance à cette occasion. A quoi cela ressemblerait-il d'aller s'engager là-bas?

Comment vous êtes-vous préparés à votre engagement en Afrique?

En faisant une proposition spontanée à Sœur Gottlinde Wyss, parvenue entre-temps à l'âge de 83 ans et qui était rentrée en Suisse. Sa réponse fut totalement favorable. Celle qui lui avait succé-



Madame Gnädinger est omniprésente: c'est elle qui se charge de l'instruction des assistantes dentaires.

dé en Afrique aurait beaucoup apprécié notre appui. D'autres réponses tout aussi positives ont émané de l'abbé allemand de la grande abbaye missionnaire de Ndanda ainsi que du médecin-chef africain de l'hôpital de 300 lits dont dépend la clinique dentaire. Dès lors, il nous a fallu lire maints guides de voyage afin de nous initier aux mœurs et aux usages de la Tanzanie. Et puis nous avons dû aussi perfectionner nos connaissances en anglais. Nous nous sommes initiés peu ou prou sur place à la langue locale, le kiswahili. Nous ne savions que fort peu de choses de l'état de la clinique dentaire. Nous nous sommes envolés au début du mois de novembre 2005 à destination de Dar-es-Salaam. Dans nos bagages: un peu de matériel d'obturation composite, des anesthésiques, quelques davières, etc. Et puis, si ça n'allait pas, eh bien nous ferions quelques jours de safari dans une réserve avant de rentrer en Suisse: tel était l'ambiance avec mon épouse pendant les semaines de nos préparatifs avant notre envol... Mais il en est allé tout autrement!

Entretenez-vous une relation particulière avec l'ordre des bénédictins?

En préparant ma maturité au collège des bénédictins à Einsiedeln, j'ai tissé des liens étroits avec

l'ordre des bénédictins, d'autant que je n'ai personnellement pas le moindre souvenir de scandales ni d'abus de quelque nature que ce soit. Plus important encore: le fait qu'un oncle de mon épouse ait vécu et travaillé pendant plus de soixante ans en Tanzanie en qualité de missionnaire bénédictin. Depuis nos dix engagements au cours des sept dernières années, des relations amicales se sont tissées avec des missionnaires noirs et blancs. Ils ont fait preuve d'une grande ouverture d'esprit. A chaque départ, on nous demandait quand nous allions revenir pour notre prochaine mission! C'est plus que motivant...

Quand et où avez-vous été actifs au plan social?

Ni mon épouse, ni moi-même n'avons en fait jamais été consciemment «actifs au plan social». La responsabilité que l'on assume vis-à-vis de son prochain, elle s'acquiert dès le plus jeune âge avec la famille. Ou bien elle est tout simplement dans vos gènes. Déjà pendant ma pratique de la médecine dentaire au cabinet, j'avais connu moult démêlés avec maintes administrations. Tout comme avec notre engagement en Afrique, je ne les avais surmontés qu'avec le soutien de mon épouse.



Un kyste dans le maxillaire supérieur de la taille d'une prune déforme le visage de la patiente depuis des mois. Un diagnostic précis n'est pas possible en l'absence d'histologie (kératokyste?). Étonnement, le vidage initial du kyste entraîne rapidement la fin des douleurs et restaure une apparence normale. Le traitement et la cicatrisation demanderont plus de temps.



Médecin-dentiste de talent et directrice de la clinique dentaire, cette religieuse africaine reçoit toute instruction avec gratitude.

En quoi l'activité en Tanzanie diffère-t-elle de ce qui se fait en Suisse?

La technique du travail reste la même, bien sûr. Mais le strict respect des exigences d'hygiène est essentiel dans un pays qui connaît un taux élevé d'infections par le VIH. Il y a toujours des gants en quantité suffisante. A notre arrivée, les masques de protection buccale en tissu, nous les portions pendant des jours. Depuis lors, nous les avons remplacés par des masques Coldex. Il a fallu enseigner pas mal de choses en matière de désinfection, de nettoyage et de stérilisation des instruments. C'est la mission qu'a remplie mon épouse, au bénéfice d'une formation de soignante et collaboratrice au cabinet dentaire. Elle l'a accomplie avec succès auprès des aides-soignantes africaines sur lesquelles on pouvait compter. L'accent a porté sur la chirurgie dentaire. La plupart de nos patients (jusqu'à 70 par jour) voulait se rendre maître de leurs douleurs par l'extraction des dents malades. De très gros abcès, des tumeurs et des kystes très étendus ont été notre pain quotidien. L'atlas en couleurs de chirurgie orale de Sailer et Pajarola est devenu mon plus fidèle compagnon, même si je n'y ai trouvé que de minuscules illustrations en comparaison avec les pathologies de nos patients africains. Mais il a toujours rendu de signalés service en tant que «livre de recettes»! Quand on parvient à redresser un visage déformé au moyen d'une cystotomie, tout le monde se réjouit de grand cœur!

Grâce au Rotary Club: une formation de chirurgie maxillaire en cinq ans

Nous avons une à deux fractures de maxillaire chaque semaine. La femme médecin-dentiste

africaine de la clinique dentaire maîtrise étonnamment bien la technique de la fixation intermaxillaire, et j'ai pu au mieux remettre en pratique mes connaissances acquises au service militaire auprès du professeur Obwegeser pour travailler en tant que médecin-dentiste «en campagne». Pour un assistant très doué, nous avons pu obtenir de lui faire suivre à l'Université Muhimbily de Dar-es-Salaam une formation de cinq ans en chirurgie maxillaire avec l'aide de l'hôpital et de notre Rotary Club. Il en est déjà à sa deuxième année de formation. Sa femme et ses deux enfants sont restés à Ndanda, ce qui nous permet d'espérer qu'il restera travailler à l'hôpital à l'issue de sa formation.

Nous confectionnons un grand nombre de prothèses totales et de prothèses partielles simples. Le technicien dentiste est du pays. Avec son assistante femme, ils travaillent sans compter. Ils ont été formés par l'ancienne femme médecin-dentiste suisse. La technique couronnes et ponts est tout simplement absente. C'est pourquoi nous devons recourir à la technique composite, qui a fait ses preuves. Les cours de formation postgrade que j'ai suivis auprès de Markus Lenhard m'ont été d'un grand secours. Il faut mentionner ici la générosité d'Ivoclar à Schaan, qui nous a souvent gracieusement et généreusement ravitaillés en Tetric. Rodent aussi nous a aidés également en nous procurant régulièrement des instruments rotatifs. La technique médicale nous impose de développer constamment le parc d'instruments. Des aides locales nous ont permis d'acheter à la capitale Dar-es-Salaam et d'installer à la clinique trois fauteuils d'origine brésilienne à l'équipement simple. Deux aspirateurs et des appareils à ultra-

sons dont la maison Dürr nous a fait cadeau sont pour nous des auxiliaires irremplaçables!

Y a-t-il certaines caractéristiques utiles aussi bien à la bonne conduite d'un cabinet dentaire en Suisse qu'à un engagement humanitaire?

Le respect des normes de qualité est important, en Afrique également. Il faut faire preuve de beaucoup d'imagination en raison des nombreuses improvisations que nous impose le manque de matériaux. L'empathie vis-à-vis des patientes et des patients est tout aussi essentielle. Pour la plupart des Africains tout droit sortis de leur case dans la brousse, une clinique dentaire est un monde très inquiétant. L'encadrement de l'équipe, la motivation de chacun de ses membres sont essentiels.

Ne compte que ce que l'on fait «ici et maintenant»

Quels sont les obstacles à un engagement humanitaire?

Perfectionnisme exagéré, manque de disponibilité pour les compromis et manque d'empathie vis-à-vis des collaborateurs peuvent devenir des obstacles majeurs. L'idée fautive de vouloir changer les gens, il faut la laisser à la maison. Il ne faut pas non plus se laisser déconcerter par les situations politiques souvent incompréhensibles dans ces pays. La question du lendemain, il faut la laisser en héritage et en toute confiance à ceux qui prendront notre relève. Seul compte ce que l'on fait «ici et maintenant». Il ne faut pas poser des exigences trop élevées pour ce qui est de la vie privée, au risque de connaître d'amères déceptions. Le ou la partenaire doit collaborer sans le moindre compromis.

Ces engagements en Afrique ont-ils changé votre vision du monde?

Vivre une telle expérience à l'âge de la retraite est un don du ciel. On en devient à la fois plus serein et plus généreux. Avec les Africains, on apprend à se contenter de peu et l'on en vient à oublier ses propres petits bobos. Une belle expérience aussi: celle de l'aide offerte par les gens restés au pays. Jamais nous n'aurions pu élever la clinique au niveau qu'elle connaît actuellement sans le soutien de privés, d'entreprises dentaires et, dans mon cas en particulier, de ma section du Rotary Club. Si nous avions été seuls, nous aurions dû «mettre les voiles» dès notre premier engagement. L'expérience vécue de «l'union fait la force» permet aux meilleurs de triompher. Elle a considérablement changé notre vision du monde, pour le meilleur.

Obtenir les médicaments et les stupéfiants de manière efficace: il est important de mettre à jour l'adresse du cabinet

Maria Hodel, coresponsable de la section Registre des professions de la santé, division Professions de la santé, Office fédéral de la santé publique

Le registre des professions médicales (<http://www.medregom.admin.ch>) répertorie les titulaires d'un diplôme fédéral de dentiste ou d'un diplôme de dentiste délivré à l'étranger et reconnu, et indique si ces professionnels sont habilités à acquérir des stupéfiants et/ou des médicaments. Ces données, qui sont accessibles au public, sont surtout utilisées par les grossistes en pharmacie. En effet, ces derniers, conformément à la législation sur les stupéfiants, doivent vérifier dans le

registre des professions médicales si les praticiens sont habilités à acquérir des médicaments et/ou des stupéfiants avant de leur livrer de tels produits. La livraison ne peut s'effectuer qu'à l'adresse du cabinet indiquée dans le registre. Cependant, il arrive régulièrement que l'adresse ne soit plus actuelle ou qu'elle fasse défaut. Cela engendre un surcroît inutile de travail et des retards de livraison non seulement pour les dentistes, mais aussi pour les grossistes en pharmacie.

C'est pourquoi nous vous prions de bien vouloir vérifier l'adresse de votre cabinet inscrite dans le registre (cf. lien plus haut) et de transmettre les éventuelles modifications à l'autorité cantonale de surveillance compétente ou à l'adresse medreg@bag.admin.ch. De cette manière, vous contribuerez à ce que les commandes de médicaments et de stupéfiants soient remises à temps et à la bonne adresse.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Administration fédérale admin.ch
Département fédéral de l'intérieur
Office fédéral de la santé publique OFSP

Page d'accueil Deutsch | Français | Italiano Version: 1.3.1.15

Registre des professions médicales

Rechercher selon

Profession

Médecin (172)

Chiropraticien (2)

Médecin-Dentiste (8442)

Pharmacien/Pharmacienne (5)

Vétérinaire (5)

Nom

Prénom

Rue

NP Lieu

Canton

GLN

► Restrictions de recherche supplémentaires
Tous

► Titre de médecin spécialiste / Titre de chiropraticien spécialiste / Titre de dentiste spécialiste (titre postgrade fédéral)

► Autres qualifications (formation postgrade de droit privé)

Adieu à Ruedi Meier

Ruedi Meier n'est plus. D^r méd. dent, membre d'honneur de la SSO, pionnier de la formation initiale et continue des assistantes dentaires, il fut le patron de Medidacta à Bâle pendant de nombreuses années. Ses obsèques ont eu lieu à Bâle le 8 mars 2013. A cette occasion et au nom de la SSO, Marcel Cuendet, président de la Commission suisse pour le développement professionnel et la qualité «Assistant-e-s dentaires», a prononcé l'éloge funèbre. Notre rédaction reproduit ici intégralement son allocution.

Cher Ruedi,

Il y a maintenant plus de trente années que nous avons travaillé ensemble, successivement en plusieurs fonctions. Tu as été mon mentor, mon conseiller, mon spécialiste et mon ami. Parfois aussi mon interlocuteur véhément lorsque j'osais ne pas partager ton avis... Dans le cercle de nos confrères, je t'appelais «le Pape de la formation des assistantes dentaires». Nous nous entendions à merveille la plupart du temps et nous avons également pu nous entretenir de choses privées, par exemple du cours de la pénible maladie qui a rongé tes forces. J'aime aussi me remémorer cette époque, alors hôte de Medidacta auprès de toi, ou bien ces allègres conférences de directeurs d'école entourés de confrères au bon vieux temps des «Gehilfinnenschulen», des «écoles cantonales d'aides». Tu y as maintes fois fait étalage de ton humour et de ton implacable don de répartie.

Procédons par ordre: pendant de nombreuses années, tu t'es engagé à fond pour la formation initiale et continue des assistantes dentaires, tout en participant avec enthousiasme et compétence à nombre d'instances de la SSO.

Tu y as débuté dans la Commission d'information de langue allemande, la DIK. A ce sujet, je me souviens de ta brochure sur les fluorures, arguments au service de la prophylaxie. Autre exemple: tes travaux préparatoires pour les soins dentaires de base aux malades et aux handicapés. Ils ont contribué de manière décisive à la création de la Société suisse de médecine dentaire pour handicapés et personnes âgées, la SGZBB. D'autres publications ont suivi. Je ne citerai que celle sur le crochet venimeux dans le bulletin, tes articles encourageant au rinçage et sur les sportifs de pointe que tu signais de ton pseudonyme «Thomas Bastian».

Tu es ensuite passé à la Commission des aides en médecine dentaire. C'est là que nos chemins se



Ruedi Meier

sont croisés pour la première fois. Alors que j'étais encore novice dans le domaine de la direction d'école, tu m'as donné nombre d'utiles et précieuses indications. Tes normes et règlements sur la formation de base des aides en médecine dentaire ont fait de toi dans toute la Suisse et pour l'histoire le «gourou» de leur formation! C'est toi qui as développé le tout nouveau script de radiologie, un travail ingrat mené à tout petits pas avec l'Office fédéral de la santé publique. Tu as aussi conduit d'innombrables examens de «fin d'apprentissage» en radiologie, ainsi qu'ils se nommaient encore à l'époque.

Tu as été coresponsable du passage du profil de l'aide du médecin-dentiste à celui de l'assistante dentaire au sein de la Commission «Equipe du cabinet dentaire». Nous n'y serions certainement pas parvenus si tôt sans tes travaux préparatoires essentiels et leurs objectifs de prestations pour le futur plan de formation.

C'est quand j'avais repris des mains de Rainer Feddern la sous-commission 1 et la Commission

des réformes d'alors que nos chemins se sont à nouveau croisés. Alors que nous devions nous en tenir rigoureusement aux strictes directives de l'Office fédéral de la formation et de la technologie, tu as de temps en temps «pété les plombs» parce que tu ne pouvais plus t'associer à nos décisions. C'est ainsi que nous n'avons pas pu faire passer l'introduction de certains cours en radiologie et en hygiène. C'est à ton instigation que ces matières comptent toutefois encore à double dans la procédure de qualification.

Tu as évidemment encore joué un rôle éminent dans la formation continue des assistantes dentaires dans la sous-commission 2. La formation d'alors au diplôme SSO n'aurait pas été possible sans toi. Sans tes initiatives, il n'y aurait pas non plus d'assistantes en prophylaxie, ni de secrétaires dentaires.

Un évènement illustre à la perfection ta modestie. J'en m'en souviens fort bien. Nous avons beaucoup parlé tous les deux après ton élévation au rang de membre d'honneur de la SSO: il a fallu beaucoup argumenter pour que tu finisses par t'en réjouir! Tu étais convaincu que d'autres confrères méritaient plus que toi ce titre de membre d'honneur...

Tes souffrances ont maintenant cessé et tu peux te reposer en paix. Je suis toutefois absolument convaincu que tu es déjà assis sur un nuage, que tu t'es procuré dans les dépôts de matériel de Saint-Pierre l'un de ces vieux ordinateurs Commodore et que tu t'emploies désormais à fond au perfectionnement professionnel des collaborateurs du Paradis!

Tous mes vœux t'accompagnent...

Adieu Ruedi...

Marcel Cuendet



2013 RESEARCH AWARD

A l'occasion du congrès annuel de la SSIO du 15/16 novembre 2013 à Zurich, cliniciens et chercheurs ont la possibilité de tenir une brève conférence scientifique. Sont admis les collègues suisses et étrangers. Les candidats seront, en règle générale, âgé(e)s de moins de 40 ans. Leurs contributions peuvent être issues de la pratique dentaire ou du domaine universitaire. Les conférences choisies sont limitées à 15 minutes et seront suivies d'une discussion de 10 minutes.

Le résumé doit être soumis en format IADR (Objective, Materials and Methods, Results, Conclusion) sous forme numérique par courriel électronique

jusqu'au 31 juillet 2013 au secrétariat SSIO à l'attention du PD Dr. Michael Bornstein.

La meilleure présentation sera honorée de **CHF 3000** (2^{ème} place de CHF 1500, 3^{ème} place de CHF 500).

Veuillez trouver les détails dans le «Règlement pour l'attribution du SSIO Research Award») sur le site web www.sgi-ssio.ch.

Le contact du secrétariat SSIO:

veronika.thalmann@sgi-ssio.ch

Mot de passe: SSIO Research Award 2013

A l'attention du PD Dr. Michael Bornstein



Revues

Médecine dentaire et récession

Christensen GJ:
Dentistry's forced return to its roots.

J Am Dent Assoc: 142: 1393–1395, 2011

La crise économique actuelle a modifié la pratique médico-dentaire en la rapprochant des mesures thérapeutiques plus classiques.

A l'origine, la médecine dentaire était avant tout orientée vers la suppression de la douleur. Elle a par la suite lentement évolué vers des concepts de prévention et de restaurations conservatrices. Les efforts pour maintenir les dents naturelles reposaient sur des produits comme l'amalgame, l'or, les alliages et les silicates. Les préoccupations esthétiques restaient alors secondaires, les patients acceptant d'importantes reconstructions métalliques et ne recourant qu'occasionnellement à des traitements orthodontiques. La médecine dentaire préventive fut d'abord introduite par les organismes militaires pendant les deux premières guerres mondiales, puis par le développement des professions d'hygiénistes dentaires.

L'âge d'or de la médecine dentaire fut atteint au milieu du vingtième siècle. La recherche fit alors un bond, l'éducation se précisa et fut standardisée. Des mesures de prophylaxie furent introduites, et les traitements orthodontiques devinrent courants chez les jeunes patients. Près de 50% de la population US eut ainsi régulièrement accès à des soins buccodentaires. Les soins parodontaux et la dentisterie conservatrice prirent leur essor. Les patients suivis conservaient désormais des dents qui jadis auraient été extraites.

La tendance esthétique se manifesta au cours des années soixante avec le développement des structures céramo-métalliques et des résines qui remplacèrent les silicates sur les dents antérieures. Dès les années 70, les implants en forme de racines modifièrent considérablement la planification thérapeutique. La médecine dentaire esthétique et cosmétique incita certains cliniciens à se préoccuper davantage de l'aspect de leurs patients que de prévention. Cette tendance favorisa les situations de surtraitement. Le public commença alors à mettre en question des propositions de traitement souvent incompatibles avec les besoins réels du patient.

La récente récession économique a généré une tendance conservatrice. Les limites financières désormais fréquentes, le déclin d'un revenu confortable, la crainte d'une aggravation économique et d'une privation des conditions de retraite ont reconduit la médecine dentaire vers ses ori-

gines. La prévention et les thérapies conservatrices sont à nouveau encouragées tant au niveau de l'activité clinique qu'au niveau de la formation continue, cette dernière multipliant les cours de dentisterie non invasive, d'information sur les médicaments prophylactiques, de scellements de fissures, de reminéralisation des tissus durs, de thérapie parodontale non chirurgicale, d'endodontie, d'implants de petits diamètres, de traitements orthodontiques en lieu et place de couronnes ou de facettes, de maintien à long terme, etc.

Les médecins-dentistes scellent moins de couronnes et moins de facettes. La demande de remplacer des amalgames est en diminution aussi.

Pressé par des impératifs socio-économiques, ce retour à des concepts conservateurs encourage les thérapies restauratrices conventionnelles, les traitements moins agressifs et moins orientés vers une recherche absolue d'esthétique et de cosmétique. Beaucoup de patients refusent même ces nouvelles approches parce qu'ils n'en ont pas les moyens.

L'impact économique de cette situation est plus marqué chez les médecins-dentistes friands d'esthétique et de cosmétique, qui posent désormais moins de couronnes, moins de facettes et remplacent moins d'amalgames par des obturations esthétiques.

Quant aux patients économiquement empêchés de faire appel à des soins buccodentaires, ils risquent ultérieurement de se trouver face à des situations financières plus préoccupantes lorsqu'il s'agira de traiter les problèmes accumulés.

Michel Perrier, Lausanne

Réparer plutôt que remplacer

Blum IR et al.:
Teaching of the repair of defective composite restorations in Scandinavian dental schools.

J Oral Rehabil 39: 210–216, 2012

L'enseignement de la médecine dentaire conservatrice s'est modifié avec le développement de nouvelles techniques opératoires. Les mesures non invasives sont désormais préférées, et les composites remplacent de plus en plus l'amalgame. Les performances des composites nécessitant encore des améliorations, il n'est pas rare de devoir remplacer des obturations défectueuses. Il est toutefois souvent possible de les réparer sans devoir les refaire entièrement. Une

telle attitude relève d'une approche non invasive, conservatrice et économique. La réparation d'une obturation défectueuse permet de la réhabiliter, de la restaurer, voire de la remodeler.

Cette étude a examiné l'attitude de 12 instituts dentaires universitaires scandinaves quant à l'enseignement des techniques de réparation de composites défectueux.

Un questionnaire leur fut envoyé entre 2010 et 2011. Les questions étaient ciblées sur l'enseignement prégrade des techniques de réparation des composites, des indications et des matériaux utilisés. Tous les instituts répondirent.

Onze d'entre eux indiquèrent enseigner ces techniques, tandis qu'un douzième signala vouloir inclure cet enseignement dans les cinq années à venir.

Les indications de réparer comprenaient des critères de préservation tissulaire, de réduction du risque de réactions pulpaires, d'économie et de durée de traitement.

Dix instituts estimaient qu'un défaut marginal était un critère de reconditionnement, tandis que les opinions variaient quant aux autres indications. Les plus fréquemment admises concernaient les fractures cuspidiennes d'une dent postérieure, alors que les avis divergeaient quant aux fractures proximales sur les dents antérieures, ainsi que les traitements de fissures.

Les onze instituts dentaires préconisaient la dépose du volume de composite endommagé, le mordantage de la partie restante, l'application de l'agent de liaison, puis celle du composite de restauration.

Dix instituts signalèrent que leurs patients étaient favorablement réceptifs à l'idée de réparer plutôt que de remplacer.

Six indiquèrent que la longévité d'une réparation se situait entre 3–5 ans (1 institut), 6–10 ans (3 instituts) et à plus de 10 ans (2 instituts). Cinq d'entre eux estimèrent que les réparations augmentaient de 30% la durée de vie d'un composite, le sixième portant cette durée à 50%. Le contrôle des composites réparés faisait partie des mesures de rappel (recall) de trois de ces instituts. La réparation de composites défectueux semble être bien établie dans l'enseignement prégrade des instituts universitaires scandinaves. Les principes comme les techniques indiqués sont en phase avec les concepts de médecine dentaire non invasive.

Michel Perrier, Lausanne