

SSO – Assemblée des délégués 2013

Chaises musicales à la tête de l'association

Olivier Marmy succède à Bernard Fillettaz au comité et reprend le dicastère de l'information des mains d'Etienne Barras. Celui-ci reprend à son tour l'équipe du cabinet dentaire, et Rainer Feddern se charge désormais des finances de la SSO. Le comité et les délégués ont pris de nombreuses options pour l'avenir lors de l'assemblée de cette année. Quelques images.

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



Rainer Feddern est dès maintenant chargé de la politique des placements et des investissements de la SSO.



Simon F. Gassmann remplacera en novembre le D^r Alexander Weber qui a été notre secrétaire pendant de nombreuses années.



Les finances de la SSO sont en pleine santé. Bernard Fillettaz, chargé des finances au sein du comité de la SSO, tenait parfaitement les rênes de son dicastère. Etienne Barras (à gauche) passe de l'information à l'équipe du cabinet dentaire.



Bonne humeur des présidents des sections romandes: le Neuchâtelois Philippe Mojon et la Genevoise Véronique Müller-Campanile boivent les paroles d'Olivier Marmy, nouveau membre du comité de la SSO.



Le chef du dicastère de l'équipe du cabinet dentaire, Rainer Feddern, expose aux délégués les modifications du règlement des hygiénistes dentaires.



Rolf Hess, chargé de la santé et des affaires sociales, s'engage à fond pour des directives raisonnables en matière d'hygiène. A son invitation, Stefan Luterbacher, pharmacien cantonal à Lucerne, a fait face aux questions critiques des médecins-dentistes.



Joie de vivre en plein exercice des responsabilités: les membres du comité Beat Wäckerle, Oli Zeyer et François Keller, son président (de g. à d.)



Remise des clés: Etienne Barras remet à Olivier Marmy, nouvel élu, la responsabilité du dicastère de l'information.



L'AD de la SSO a toujours été le lieu privilégié des échanges entre confrères. A l'image: Barbara Jaeger

J'ai exprimé le point de vue des Suisses romands

Bernard Fillettaz a siégé pendant neuf ans au comité de la SSO. Tout d'abord responsable de l'équipe du cabinet dentaire, il s'est ensuite chargé des finances. Le Genevois a annoncé sa retraite à l'occasion de l'assemblée des délégués.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photo: Marco Tackenberg)

RMSO: Quel sentiment dominant éprouvez-vous au moment de prendre votre retraite: la joie ou la mélancolie?

Bernard Fillettaz: Je suis partagé entre le plaisir d'avoir encore plus de temps pour mes loisirs sportifs et pour lire ce qui me plaît, le temps des nombreux documents SSO est passé. Toutefois on n'abandonne pas sans nostalgie 25 ans de politique professionnelle d'abord au plan cantonal, puis national (neuf ans) exercés avec enthousiasme. Etre aux premiers rangs de l'information et des événements touchant notre profession est passionnant. Cette proximité va s'estomper.

Quels ont été les meilleurs et les moins bons moments de votre temps passé au comité?

La rencontre avec des consœurs et des confrères d'autres cantons partageant les mêmes idéaux avec toutefois quelques spécificités locales est enrichissante. Les efforts du comité de la SSO pour améliorer la communication et la proximité avec les comités cantonaux ont été un enjeu qui a nécessité des efforts, mais qui est sans doute un succès.

Et les difficultés?

La numérisation des documents de séances a facilité la communication interne du comité. Mais il reste des améliorations à apporter, à savoir la réfection au plus vite du site web de la SSO: pour le grand public, il est la vitrine de notre association et, une fois doté d'instruments modernes, il doit servir de centre de documentation pour nos membres. Ceux-ci doivent pouvoir utiliser une fonction de recherche sur les articles scientifiques de nos publications. Le site doit aussi leur apporter un soutien optimal pour l'utilisation des informations importantes de l'INTERNUM de la SSO.

Quels changements les finances de la SSO ont-elles vécu pendant cette décennie?

Les finances ont peu changé, elles sont restées saines et stables, malgré la campagne de publicité coûteuse qui a été mise sur pied ces dernières années. Il est vrai qu'une société comme la SSO n'a pas besoin de thésauriser, toutefois il va falloir suivre de près l'évolution des rentrées des cotisations en relation avec le nouveau statut des membres.



Bernard Fillettaz va manquer la sensation de faire partie d'une équipe constamment en mouvement.

Un projet en particulier vous a-t-il tout spécialement tenu à cœur?

L'adoption par les délégués de la certification en implantologie a été un sujet qui m'a particulièrement satisfait, c'est un moyen thérapeutique moderne que je pratique depuis 20 ans, il apporte des solutions inégalables dans de nombreux cas. Notre société se devait de donner à ses membres l'occasion de se positionner officiellement par rapport à la pratique internationale dans ce domaine.

Vous étiez également responsable de l'attribution des soutiens financiers à des projets d'aide à la médecine dentaire. Quels ont été les projets que vous avez particulièrement appréciés et soutenus, et pourquoi?

Sans aucun doute le Secours dentaire international (SDI), la SSO contribue régulièrement à cet organisme. Le SDI mène une politique efficace dans les pays émergents, sans paternalisme mais avec réalisme favorisant la prise en main locale des moyens apportés. La SSO a aidé financièrement des étudiants lors de séjours en Afrique et en Asie de quelques semaines, ils ont pu participer à des campagnes de prévention dans des pays où la santé est encore précaire et ont été confrontés à des problèmes de santé buccodentaires de base.

Quelles traces avez-vous laissées de votre passage à la SSO?

J'ai apporté le point de vue romand aux questions qui se sont posées, sans autre prétention.

Quels ont été les plus grands changements pendant vos neuf ans de mandat au comité?

L'abandon du papier pour la numérisation de la majorité des documents.

Qu'est-ce qu'il va vous manquer?

La confrontation amicale au cours des débats du comité SSO pour la recherche du consensus et finalement la synergie des efforts pour concrétiser les décisions. En quelques mots la sensation de faire partie d'une équipe constamment en mouvement.

Qu'attendez-vous de votre successeur? A quoi doit-il s'attendre? Quels conseils lui donnez-vous?

Je lui souhaite de maintenir la santé financière de la SSO. Des bilans trimestriels de tous les comptes assureraient une surveillance plus serrée, quoique les errances soient rares. Seules des restructurations permettraient quelques économies.

A quoi allez-vous consacrer votre temps devenu libre?

Sport, culture et voyages sans les contraintes de l'agenda de la SSO.

D^r Fillettaz, un grand merci pour cet entretien!

Hommage à Alexander Weber

La Société suisse des médecins-dentistes (SSO) a nommé Alexander Weber, Dr en droit, membre d'honneur en reconnaissance de ses bientôt trente années à la tête du secrétariat de la SSO.

Rolf Hess, vice-président de la SSO (photo: Marco Tackenberg)

Après ses études à Berne et l'obtention en 1975 du titre de docteur en droit, Alexander Weber a suivi un cours postgrade à l'Université du Michigan. Il est ensuite entré à l'étude d'avocats du Dr Gis Hochstrasser, alors secrétaire central de la SSO. Il y a dirigé la fondation de prévoyance de la SSO ainsi que la fondation d'assistance de la SSO d'alors.

Le Comité central a transmis à Alexander Weber la charge de secrétaire central après le décès soudain de Gis Hochstrasser en 1984. A l'issue d'un audit d'efficacité à la SSO, il lui incombait de faire évoluer le secrétariat en un véritable centre d'état-major et de prestations. Il a réussi très rapidement à faire de notre organisation professionnelle un partenaire respecté des cantons et de

l'Office fédéral de la santé publique. Son engagement infatigable a contribué à maintes reprises à la défense du libre exercice de notre profession. Au cours d'innombrables séances avec nos partenaires tarifaires, il a milité avec persévérance pour une compensation correcte de nos prestations. Grâce à ses excellentes relations avec les milieux de la politique fédérale, nous avons toujours pu analyser assez tôt les interventions parlementaires dans le domaine de la santé, et faire des contre-propositions si nécessaire. Il a toujours souhaité laisser suffisamment d'autonomie aux sections de la SSO, sans jamais toutefois perdre de vue l'unité de notre organisation corporative. Alexander Weber a posé un nouveau jalon avec la récente rénovation des locaux du secrétariat au

Münzgraben 2 et avec la création d'une salle de réunion de la SSO. Nous garderons un excellent souvenir de sa manière cordiale, de ses formulations diplomatiques, mais aussi de ses positions et avis clairement exprimés lors des séances.

La Commission de la politique de la santé et surtout la Commission des affaires économiques apprécient ses compétences et sa grande expérience au service de ces institutions.

La Société suisse des médecins-dentistes, les sociétés de discipline et les commissions permanentes remercient Alexander Weber pour son engagement de plusieurs décennies au service du libre exercice de notre profession.



La Société suisse des médecins-dentistes, les sociétés de discipline et les commissions permanentes remercient Alexander Weber pour son engagement de plusieurs décennies au service du libre exercice de notre profession.

Attention: les babyboomers arrivent!

Le congrès de la Société suisse de médecine dentaire pour handicapés et personnes âgées (Schweizerische Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter – SGZBB) qui s'est tenu le 11 avril 2013 à Bâle était placé sous la devise «Gérontologie: faut-il s'inquiéter?». Un aspect s'est avéré fondamental: les personnes âgées sont un groupe de patients éminemment vulnérables, dont les besoins sont très différenciés en fonction de l'état de santé de chacun d'entre eux.

Felix Adank, Service de presse et d'information (photos: Fotalia.com)

Pasqualina Perrig-Chiello, professeure à l'Université de Berne, a prononcé l'exposé introductif intitulé «La vieillesse en mutation». Elle a indiqué que l'espérance moyenne de vie n'a cessé d'augmenter au cours de ces dernières décennies. La Suisse fait partie du peloton de tête de cette course au grand âge. Deux points doivent être soulignés: le premier, c'est que l'âge se conjugue au féminin. Les femmes font les 66% des plus de 76 ans, et plus l'on avance en âge, plus ce pourcentage augmente. Le second, c'est que les personnes âgées restent en bonne santé jusque dans les ultimes années de leur vie.

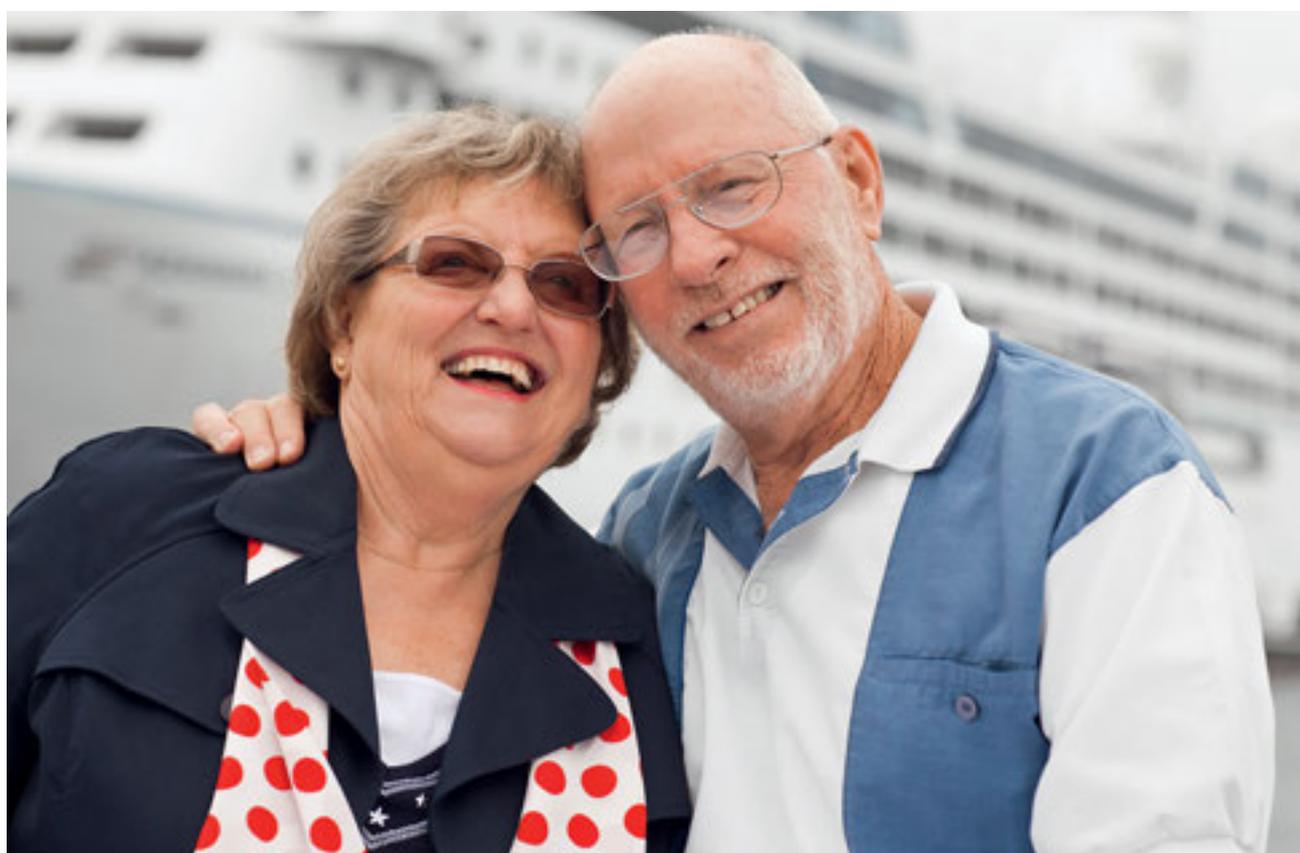
Chaque génération apporte son vécu spécifique: les personnes très âgées (la génération des 80 ans et plus) ont encore vécu la crise économique des années 1930 et la misère de la Deuxième Guerre

mondiale. L'introduction de l'AVS après ce conflit a été pour elles une expérience essentielle: la sécurité sociale garantie par l'Etat fut un événement marquant, bien avant que le principe des trois piliers pour la prévoyance vieillesse ne fut mis sur pied. Les valeurs de cette génération sont la parcimonie, l'économie, la modération et la discipline.

Intéressés à la politique, mobiles et sûrs d'eux-mêmes

Il en va tout autrement des babyboomers de l'après-guerre. Ils ont grandi dans une société de paix et de prospérité. Nombre d'entre eux ont bénéficié d'un système éducatif en pleine expansion et ont conquis des postes de cadres bien rémunérés. Cette génération des babyboomers a

maintenant entre 60 et 70 ans. Ses membres sont généralement en meilleure santé et plus conscients de leur corps que les 80 ans et plus. Leur situation financière est bonne, ils s'intéressent à la politique, sont mobiles et autonomes. Ils se créent un espace de liberté et pour eux l'âge n'est plus synonyme d'inaction: la retraite n'est plus le tournant de la vie qu'elle était auparavant. Les retraités de la génération d'après-guerre se réjouissent de partir à la conquête du vaste monde, de la culture, des voyages et du plaisir. La limite de l'âge de la retraite n'est plus si intangible: bien des gens travaillent au-delà de 64 ou 65 ans, et restent actifs dans leur métier. Ceux qui ne souhaitent pas poursuivre leurs activités professionnelles s'engagent bénévolement, s'adonnent à un hobby ou jouissent de leur liberté nouvellement acquise.



Le départ à la retraite n'est plus le tournant de la vie qu'il était autrefois: les retraités de la génération des babyboomers partent à la conquête du vaste monde, de la culture, des voyages et du plaisir.

Les babyboomers sont-ils devenus trop difficiles?

La génération des babyboomers s'est acquise une réputation de gens difficiles qui feront tout pour rester jeunes, ou tout au moins pour en avoir l'air (*anti-aging*, *wellness*, etc.). Il existe une grande variété de modes de cohabitation et de partenariats, mais il y a aussi parfois une grande solitude. Le temps est révolu du «jusqu'à ce que la mort vous sépare...»: l'augmentation du taux de divorces des couples mariés depuis de longues années indique que le désir de liberté se manifeste également en termes relationnels. Les psychiatres s'inquiètent de cette nouvelle situation: de nombreuses personnes âgées sont matériellement très privilégiées, mais souffrent de déficits affectifs. En d'autres termes, les babyboomers sont sujets aux dépressions. Petite consolation: des études révèlent que le bien-être psychique augmente à nouveau au fur et à mesure qu'augmente le nombre d'années. Les contacts sociaux, une vie active et le choix de nouveaux objectifs de vie sont des facteurs importants dans le grand âge aussi.

Les babyboomers constituent également une importante ressource sociale. Désormais notre société ne saurait plus se passer de leur engagement bénévole: les retraités sont l'épine dorsale de nombreuses œuvres de bienfaisance. Ils assument des rôles essentiels au sein de la famille. La valeur de leur travail peut même être chiffrée: l'encadrement des tout-petits par leurs grands-parents est estimé à l'équivalent de deux milliards de francs par an. La valeur des soins prodigués aux proches est encore plus considérable: on l'estime de dix à douze milliards de francs.

Défis à la gérodonologie

Le Pr Christian Besimo et son équipe des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Bâle ont montré par des exemples frappants ce que signifie pour la médecine dentaire la fragilisation des personnes qui avancent en âge. On constate quatre problématiques principales: les patients qui souffrent de dépression, de démence et de malnutrition, et ceux qui prennent plusieurs médicaments (polypharmacologie).

Détecter une dépression demande à la fois de l'expérience et une approche systématique: l'Université de Bâle a élaboré des instruments de dépistage (*screening instruments*) pour l'observation des patients. Elle utilise différents questionnaires et tests pour l'anamnèse des personnes âgées.

Le diagnostic de la démence peut se pratiquer au moyen du simple test de la pendule: le patient doit dessiner un cadran avec ses aiguilles, ses subdivisions et les chiffres des heures, puis donner l'heure du moment dans le format d'un ho-



Les patients âgés prennent souvent plusieurs médicaments simultanément: les risques d'effets secondaires indésirables et d'intoxications sautent aux yeux.

raire des chemins de fer. Cette maladie n'est souvent pas détectée bien que l'on compte déjà 100 000 personnes affectées en Suisse.

De nombreux facteurs sont à la source de la malnutrition. Il importe de ne pas considérer que seul l'état de la cavité buccale serait la cause de la perte de l'appétit. Il faut aussi observer les variations de poids sur une longue période.

Les patients âgés prennent souvent plusieurs médicaments, au risque évident d'effets secondaires et d'intoxications. Ils manquent souvent d'un encadrement qui aurait l'œil sur les modifications de leur métabolisme. La xérostomie est en médecine dentaire l'un des effets les plus fréquents de la polypharmacologie. Le médicament le plus dangereux pour les personnes âgées est le quatrième produit thérapeutique qu'on leur prescrit: à partir de ce seuil, le patient commence à perdre pied. A la fin de leur exposé, le Pr Besimo et son équipe ont appelé les participants au congrès à être plus attentifs aux patients âgés qui fréquentent leurs cabinets dentaires.

L'éthique en médecine dentaire

Le Pr Dominik Gross de l'Université d'Aix-la-Chapelle a énuméré dans son exposé les questions d'éthique en relation avec les patientes et les patients âgés.

Au plan des principes, il a énuméré les quatre commandements essentiels:

1. respect de l'autonomie du patient;
2. *primum non nocere* = absence de maléficiences;
3. bénéficiences;
4. rectitude (*fairness*).

Lorsque ces principes entrent en conflit, le médecin-dentiste doit procéder à une évaluation et pondérer les principes éthiques en fonction de

leur importance relative. Le Pr Gross a cité à titre d'exemple le cas d'école d'une candidate à la maturité qui a demandé un piercing à son médecin-dentiste. Ce dernier savait parfaitement que s'il refusait, elle irait directement au studio de piercing au coin de la rue. Mais le principe de l'autonomie du patient se heurte ici au principe de l'absence de maléficiences. Et puis il faut encore considérer l'aspect de la bénéficiences: plutôt faire un piercing au cabinet dentaire que dans le cadre douteux d'une officine. Le Pr Gross a montré que le problème peut être résolu en considérant que, dans ce cas, la jeune femme n'est pas une patiente, mais une cliente qui sollicite une prestation.

Les rapports avec les personnes âgées placent le médecin-dentiste devant de difficiles décisions éthiques. Il s'agit d'un groupe de patients qui ont des besoins particuliers de protection en raison de leur état de santé, de leur capacité réduite de décision et de leur environnement social (dépendance). Il en découle un risque de discrimination en fonction de l'âge: les médecins peuvent partir a priori de l'hypothèse que les personnes âgées sont incapables de discernement et les exclure de la décision thérapeutique, ou bien ils peuvent les exclure des traitements les plus optimaux (raisonnement en fonction de l'âge). Les limitations de leur autonomie sont également importantes: les personnes âgées dépendent souvent des personnes qui les soignent ou les encadrent, notamment dans les homes.

Le Pr Gross a évoqué cette problématique en citant un cas typique de gérodonologie: des patients déments dans des homes sont régulièrement traités dans un cabinet collectif de quatre médecins-dentistes. Il n'y a pas de planification



Les directives anticipées peuvent être rédigées sous la forme d'une formule signée ou d'une lettre déposée chez le médecin de famille ou le médecin-dentiste de famille.

du traitement, pas d'entretien ni d'explications données à ces patientes et patients. Ils sont souvent traités «entre-deux», c'est-à-dire entre les patients inscrits qui ont pris rendez-vous. Ceci est problématique du point de vue de l'éthique et contrevient à d'importants préceptes moraux, par exemple celui du respect de l'autonomie du patient, car il faudrait au moins l'accord du représentant légal pour toute décision de traitement. Les rapports avec ce groupe de patients ne respectent pas non plus le principe de bienfaisance: aussi bien les patientes et les patients que les collaborateurs-trices du cabinet dentaire vivent ces traitements ad hoc comme des situations de stress. Enfin, le principe de rectitude (*fairness*) est également violé: chaque patiente, chaque patient a droit à des explications et à un diagnostic suivi du plan de traitement qui lui correspond. De surcroît, ces soins prodigués «entre-deux» sont également préjudiciables aux patients inscrits sur rendez-vous, car ils doivent subir des temps d'attente prolongés.

Conclusion du Pr Gross: le manque de structures ordonnées empêche toute collaboration professionnelle avec les responsables des soins. Un traitement correct des points de vue de l'éthique et de la médecine dentaire exige des visites régulières au home, une formule d'inscription spéciale avec des questions pour l'anamnèse ainsi que des indications relatives au représentant légal et à la

médication suivie. Ce n'est qu'à ces conditions que devient possible la planification des rendez-vous et du traitement.

Nouveau droit de la protection des adultes

Alois Kessler, licencié en droit, a parlé des pièges en relation avec le nouveau droit de la protection des adultes qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Il a précisé que toute intervention sans l'accord du patient est punissable. L'accord du patient pose la condition des explications préalables, le soignant assumant ici le fardeau de la preuve. Ces explications comprennent le diagnostic, le déroulement prévu du traitement, les plans de traitement alternatifs, l'exposé des risques envisageables et le coût prévu de l'intervention. Elles peuvent en principe être données oralement, mais l'administration des preuves devient problématique en cas de conflit. Alois Kessler recommande aux médecins-dentistes traitants de recourir à une formule ad hoc. Celle-ci constitue une base fiable pour une éventuelle administration des preuves; elle devra documenter spécifiquement les explications fournies au patient, et celui-ci devra la signer pour qu'elle puisse éventuellement être produite devant un tribunal. Une action en dommages et intérêts peut être intentée en cas de violation de cette obligation de fournir des explications, même si le traitement subséquent a été prodigué dans le respect des règles de l'art.

La question de l'opportunité du traitement se pose avec les patients âgés différemment qu'avec les patients plus jeunes: la relation coûts/bénéfices est appréciée souvent aussi en relation avec l'espérance de vie, notamment par les proches. Il est indispensable d'évaluer la capacité de discernement du patient, éventuellement avec le concours du médecin de famille. Le nouveau droit de la protection des adultes favorise le droit d'autodétermination du patient. Celui-ci, dans l'éventualité d'une incapacité de discernement, peut constituer un mandat pour cause d'incapacité au sens des articles 360 et suivants du Code civil (CC), ou rédiger des directives anticipées au sens des articles 370 et suivants du CC.

Par un *mandat pour cause d'incapacité*, le patient charge une personne capable de la défense de ses intérêts. Le mandat est constitué en la forme olographe ou authentique. De plus, le législateur exige que le mandat définisse avec précision. Les directives anticipées déterminent les traitements médicaux auxquels il est consenti ou non dans l'éventualité d'une incapacité de discernement. Le patient peut désigner un proche chargé de la défense de ses intérêts. Ces directives peuvent revêtir la forme d'une formule signée ou d'une lettre déposée chez le médecin de famille ou chez le médecin-dentiste de famille. En l'absence d'un mandat pour cause d'incapacité ou de directives anticipées, c'est l'épouse/époux ou la/le partenaire qui décide des traitements, éventuellement de l'admission dans une institution de soins.

Important à savoir: le nouveau droit de la protection des adultes ne connaît plus l'institution de la tutelle: celle-ci est remplacée par les différentes formes de la curatelle qui se limite à des missions clairement définies.

Lors de l'admission dans un home ou dans une communauté d'habitation, il est indispensable de rédiger un contrat décrivant les prestations et les coûts. Le libre choix du médecin est assuré.

Conclusion d'Alois Kessler à Bâle: les problèmes sont les mêmes qu'auparavant avec le nouveau droit de la protection des adultes:

- analyse coûts/bénéfices;
- maintien et promotion de la qualité de la vie;
- gestion des éventuelles divergences entre le patient et ses proches (droit successoral).

Le fait est que le patient âgé a plus de compétences décisionnelles sous le nouveau droit, et c'est fort bien ainsi.

Prix Nobel de chimie 2012

Comment communiquent les cellules

Les hommes ne sont pas les seuls à communiquer. Les cellules de leur corps communiquent également. Ceci se fait à l'aide de différentes molécules messagères qui induisent des changements à l'intérieur des cellules: comme par exemple pour activer des gènes afin de produire d'autres protéines. La plupart des cellules messagères ne traversent cependant pas la membrane des cellules. Ce sont deux Américains qui ont découvert comment elles déploient leurs effets à l'intérieur des cellules, et c'est pour cela que le Prix Nobel de chimie leur a été décerné en 2012.

Felicitas Witte, médecine et journaliste de science (photos: màd)

Une jeune femme se hâte dans la vieille ville encore obscure. Seul se fait entendre le claquement de ses talons hauts. A part elle, pas âme qui vive. La soirée s'est prolongée après le repas avec des collègues. Soudain, elle entend des pas derrière elle. Son cœur bat la chamade. La peur l'envahit. Un violeur? Elle se met à courir et saute quelques instants plus tard dans un tram qui passe. Elle se laisse tomber sur un siège, complètement hors d'haleine.

Le «mode de fuite» de son corps a fonctionné à merveille. Dès que la jeune femme a entendu des pas derrière elle, son cerveau a émis des signaux d'alerte à tout son corps; son hypophyse a averti ses glandes surrénales qui ont déversé de l'adrénaline, du cortisol et de la noradrénaline et qui ont donné à son corps le signal: fuir! Du sucre et des lipides ont coulé dans son sang pour fournir à ses muscles énergie et oxygène; les bronches se sont largement ouvertes, et le rythme cardiaque s'est élevé: la jeune femme court aussi vite qu'elle le peut. Le fait que nous soyons capables de fuir en un instant lorsque nous nous trouvons dans une situation critique résulte de ce que des milliards de cellules de notre corps communiquent par molécules interposées. Les Américains Robert J. Lefkowitz et Brian K. Kobilka ont

découvert comment ces milliards de cellules communiquent entre elles: par des récepteurs couplés aux protéines G (notés RCPG ou *G-protein coupled receptors*, *GPCR*). C'est pour cela qu'ils ont reçu le Prix Nobel de chimie en 2012. «Tous deux ont accompli une œuvre de pionniers dans un domaine particulièrement important pour la médecine», nous explique Martin Lohse, directeur de l'Institut de pharmacologie de l'Université de Würzburg (voir notre entretien avec lui). La plupart des processus physiologiques dans notre corps fonctionnent grâce aux protéines G. C'est ainsi que des molécules messagères telles que l'adrénaline, la dopamine ou la sérotonine s'associent aux récepteurs et nous permettent de percevoir de la lumière, de sentir un goût ou une odeur grâce aux RCPG. Ce sont même près de la moitié des médicaments qui agissent par l'intermédiaire de ces récepteurs.

Pendant des décennies, nul n'a su comment agissaient l'adrénaline et les bêta-bloquants

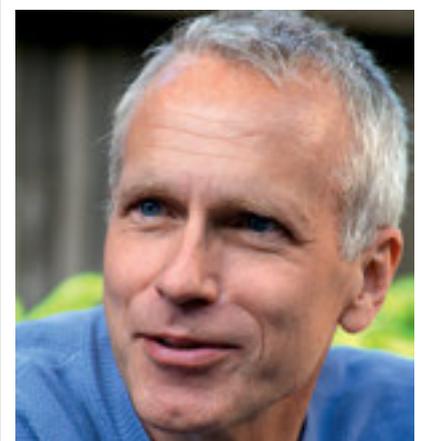
Des chercheurs ont mené des expériences vers la fin du XIX^e siècle avec de l'adrénaline, l'hormone du stress. Ils ont supposé alors que celle-ci agissait sur les fibres nerveuses. Cependant, l'adrénaline agissait tout de même lorsqu'ils paralysaient le système nerveux dans des expérimentations sur des animaux. Les cellules devaient donc disposer de récepteurs qui leur permettaient de «percevoir» des substances messagères telles que l'adrénaline, des médicaments ou des toxiques. Mais pendant des décennies, nul n'a su à quoi ressemblaient ces récepteurs, ni comment ils fonctionnaient.

Au cours des 1940 quarante, le pharmacologue américain Raymond Ahlquist a découvert que l'adrénaline agissait de différentes manières: tout d'abord, elle détend les cellules des muscles lisses dans les vaisseaux sanguins; ensuite, elle stimule le muscle cardiaque. Ahlquist a émis le postulat qu'il y avait donc deux différents types de récepteurs de l'adrénaline. Il les a nommé alpha et bêta. «Mais il n'a jamais cru que ces

récepteurs existaient vraiment», précise Martin Lohse... «Il considérait qu'il s'agissait d'un simple concept destiné à expliquer les modes d'action différenciés de l'adrénaline», ajoute-t-il. Même si l'existence de ces récepteurs ne pouvait être prouvée, le pharmacologue britannique James Black est parvenu à développer le premier des bêta-bloquants au cours des années 1960. Ces médicaments agissaient, mais comment ils agissaient, personne ne le savait! Il a fallu attendre presque vingt ans pour que Robert Lefkowitz soit le premier à mettre en évidence, en vérité par hasard, les récepteurs des hormones du stress et des bêta-bloquants. Lefkowitz voulait devenir cardiologue. Mais comme il devait faire son service militaire, il a posé comme alternative sa candidature au National Institute of Health et est entré ainsi en contact avec la recherche. Deux ans plus tard, il passe à l'Université Duke, où il a étudié les récepteurs adrénérgiques du cœur, toujours à la poursuite de son rêve: devenir cardiologue. Il a introduit des isotopes radioactifs de l'iode dans de l'adrénaline, de la noradrénaline et des bêta-bloquants, puis, grâce à ces signaux, il a tenté de trouver les «points d'amarrage» sur les cellules. Il a pu isoler le récepteur bêta peu de temps après. En paral-



Robert Lefkowitz, lauréat du Prix Nobel, s'entretient dans son laboratoire avec une collaboratrice.



Brian Kobilka, lauréat du Prix Nobel, adore la nature tout autant que son laboratoire. (photo: Charles Parnot)

lèle, des chercheurs ont de mieux en mieux compris comment les signaux étaient transmis de l'extérieur à l'intérieur des cellules. Aux Etats-Unis, le pharmacologue Alfred Goodman Gilman et le biochimiste Martin Rodbell avaient notamment fait la découverte de la protéine G. Ils ont reçu pour cela le Prix Nobel de physiologie et de médecine en 1994. Les protéines G sont activées par un signal sur le récepteur ou dans la membrane cellulaire. Elles lancent alors toute une séquence de processus biochimiques à l'intérieur de la cellule (voir la fig. 1).

Trouver le plan de construction ADN = rechercher une aiguille dans une meule de foin

Au cours des années 1980, Robert Lefkowitz a chargé son équipe de trouver le gène des récepteurs bêta. Il espérait ainsi que l'on pourrait enfin découvrir comment fonctionnent ces récepteurs. Un nouveau et jeune postdoctorant allait l'aider dans cette entreprise: Brian Kobilka. Ce spécialiste de la médecine interne se passionnait pour les récepteurs beta adrénergiques depuis son travail aux urgences: une simple injection d'adrénaline suffisait souvent pour sauver la vie d'un patient. Comment cela pouvait-il agir si vite? Kobilka s'est plongé dans la recherche, plein d'enthousiasme. «A l'époque, découvrir le plan

de construction ADN d'une protéine, c'était comme se mettre à la recherche d'une aiguille dans une meule de foin», se remémore Gerhard Schertler, responsable du domaine de recherche biologie et chimie à l'Institut Paul Scherrer à Villigen. D'autres collaborateurs de Lefkowitz avaient identifié la séquence des acides aminés du récepteur par de longues et successives dégradations chimiques. «Aujourd'hui, la spectrométrie de masse nous permet d'avancer beaucoup plus vite, mais cette technique n'existait pas encore à l'époque», précise Martin Lohse (voir l'entretien avec lui). Kobilka, à partir de séquences d'acides aminés, en a déduit des séquences partielles à la recherche du gène du récepteur. Il a pu enfin reconstruire la séquence complète du gène, et donc le plan de construction ADN du récepteur adrénergique bêta. Il se compose de sept hélices longues et hydrophobes qui s'enroulent sept fois au travers de la membrane cellulaire. Sept hélices... Lefkowitz et Kobilka s'en doutaient déjà. En effet, un autre récepteur découvert peu de temps auparavant présentait une structure analogue: la rhodopsine, le photorécepteur de la vue sur la rétine. Les récepteurs adrénergiques et la rhodopsine interagissent tous les deux avec les protéines G à l'intérieur des cellules. Lefkowitz connaissait encore trente autres récepteurs qui agissent de la



Gebhard Schertler, directeur de la Division de biologie et de chimie, professeur de biologie structurale à l'Ecole polytechnique fédérale de Zurich (EPFZ).

même manière. Ils pouvaient bien tous appartenir à la même et grande famille, celle des récepteurs couplés aux protéines G, les RCPG. «Ce fut l'une des principales découvertes de ces deux scientifiques», affirme Gerhard Schertler. «Entretiens, nous avons appris que plus de 800 récepteurs en font partie et qu'ils jouent un rôle considérable dans notre corps.»

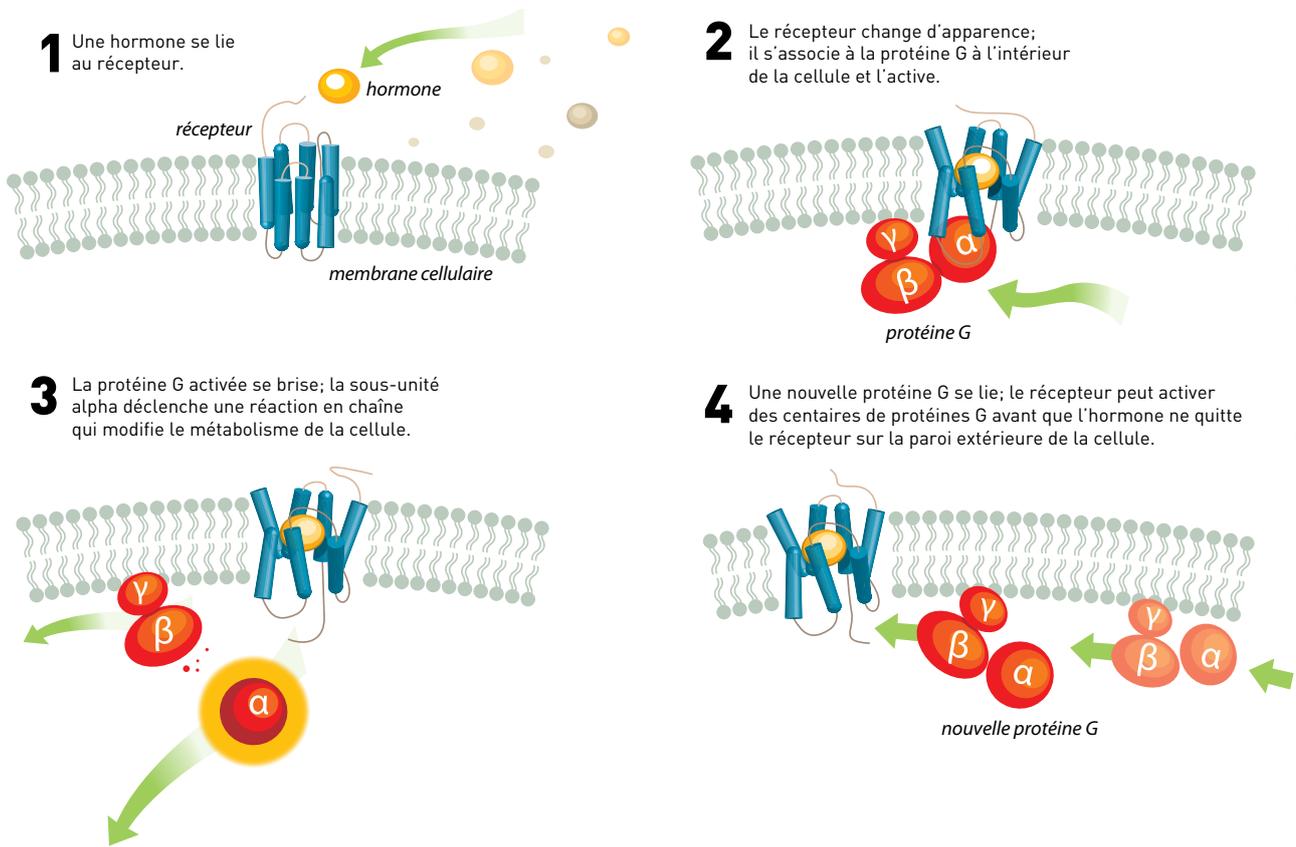


Illustration: © Johan Jarnestad/The Royal Swedish Academy of Sciences

Fig. 1 Lorsqu'une hormone, une molécule olfactive ou gustative, s'associe au récepteur à la surface de la cellule, elle provoque toute une séquence de réactions:

C'est à l'aide de ces récepteurs que fonctionnent nos sens de la vue et de l'odorat. Nombre d'hormones de notre corps agissent sur eux, et nous percevons parce que la sérotonine et les endorphines agissent également par le biais des RCPG. Ceux-ci jouent également un rôle déterminant pour le développement de nouveaux médicaments. «Leur emplacement dans la membrane cellulaire les rend facilement accessibles de l'extérieur de la cellule», explique Gerhard Schertler. «Il est en effet très difficile de développer de nouveaux médicaments capables de pénétrer à l'intérieur des cellules.» Le biochimiste lui-même fait des recherches sur les RCPG depuis 25 ans. Il se réjouit de tout cœur du prix décerné à ses confrères: «Kobilka n'a pas seulement découvert la structure du récepteur, mais aussi où et comment il s'associe à la protéine G. Il a vraiment mérité son Prix Nobel.»

Brian Kobilka n'a laissé aucun répit au récepteur. Passé à l'Université de Stanford, il était désireux de voir sa structure dans toute sa clarté. Les microscopes normaux ne suffisent pas pour voir des protéines. C'est pourquoi les chercheurs se tournent vers la radiocristallographie ou cristallographie aux rayons X: on fabrique un cristal contenant de nombreuses protéines côte à côte. On les irradie aux rayons X, et les protéines dispersent les rayons dans toutes les directions. En examinant le mode de diffraction, on peut alors en déduire à quoi ressemble la protéine et se la représenter visuellement. «Kobilka a tout d'abord fabriqué de petits cristaux qu'il ne pouvait toutefois pas analyser à l'aide des rayons X en raison de leur trop petite taille», se souvient Gerhard Schertler. «Ensuite, il est venu me voir au labora-

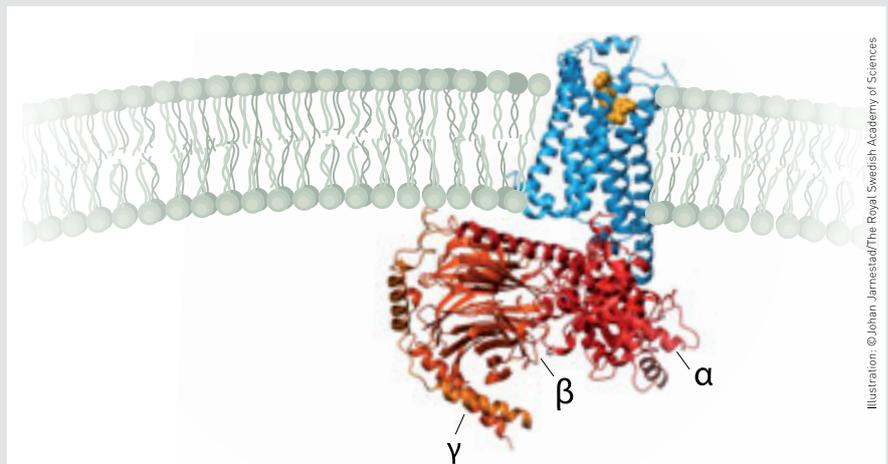


Fig. 2 Représentation selon Kobilka de la structure cristalline d'un récepteur adrénergique bêta (en bleu); une hormone (orange) à l'extérieur s'associe à une protéine G (en rouge) à l'intérieur de la cellule.

toire pour me demander de l'aider.» Les deux biochimistes ont réussi ensemble à analyser ces petits cristaux au moyen de faisceaux de rayons X particulièrement bien focalisés, et finalement à en afficher la structure à l'écran. «Ce fut un moment incroyablement excitant que de voir enfin cette structure après des décennies de labeur», dit Gerhard Schertler. «Nous n'en croyions pas nos yeux!» Brian Kobilka a publié les premières images de la structure en 2007. Son coup d'éclat suivant est intervenu en 2011: il a dissocié la structure du récepteur de sa protéine G, d'où l'on peut en déduire comment le signal d'une hormone se transmet de l'extérieur à une protéine G à l'intérieur de la cellule (voir la fig. 2). D'autres images en trois dimensions ont permis à Kobilka de montrer comment le récepteur modifie sa structure:

d'une part, lorsqu'il reçoit ou émet des signaux quand il est activé, d'autre part lorsqu'il est inactif (voir la fig. 3).

En plus du grand nombre de RCPG, Lefkowitz, Kobilka et d'autres chercheurs ont découvert qu'un récepteur peut assumer de nombreuses fonctions différentes: un même récepteur peut s'associer à différentes hormones par exemple. De plus, les récepteurs interagissent à l'intérieur de la cellule non seulement avec les protéines G, mais encore avec les arrestines. D'une part, ces protéines interrompent les signaux entre les récepteurs et les protéines G et, d'autre part, émettent leurs propres signaux à l'intérieur de la cellule. Sans les RCPG, le corps de la jeune femme n'aurait jamais pu réagir aussi rapidement et elle n'aurait jamais pu courir aussi vite.

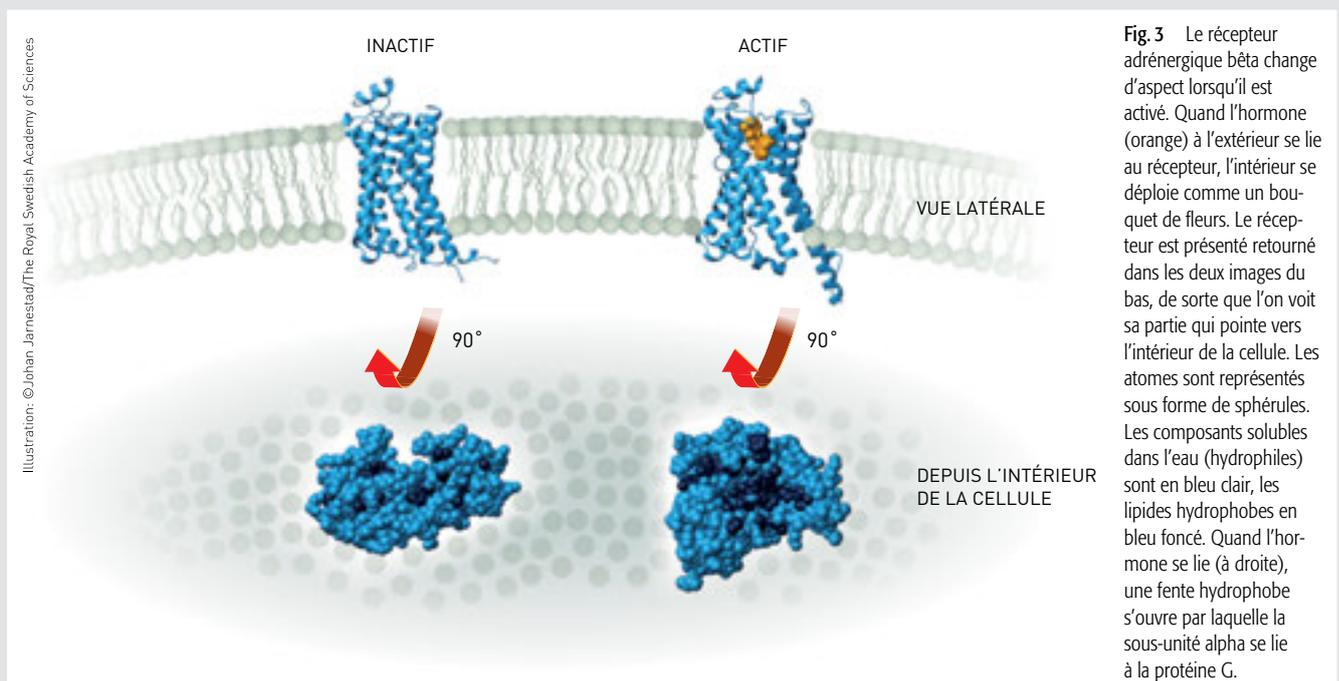


Fig. 3 Le récepteur adrénergique bêta change d'aspect lorsqu'il est activé. Quand l'hormone (orange) à l'extérieur se lie au récepteur, l'intérieur se déploie comme un bouquet de fleurs. Le récepteur est présenté retourné dans les deux images du bas, de sorte que l'on voit sa partie qui pointe vers l'intérieur de la cellule. Les atomes sont représentés sous forme de sphérules. Les composants solubles dans l'eau (hydrophiles) sont en bleu clair, les lipides hydrophobes en bleu foncé. Quand l'hormone se lie (à droite), une fente hydrophobe s'ouvre par laquelle la sous-unité alpha se lie à la protéine G.

«Un domaine de recherche très dynamique...»

Le Pr Martin Lohse, médecin et biologiste à l'Université de Würzburg, compte parmi les chercheurs les plus pointus sur les récepteurs couplés à la protéine G (RCPG). Ce pharmacologue a étudié la médecine et la philosophie à Göttingen, Londres et Paris. Après son habilitation à l'Université de Heidelberg, il a travaillé à l'Université Duke à Durham et au Centre de génétique de l'Institut Max Planck de biochimie à Martinsried, près de Munich. Il est directeur depuis 1993 de l'Institut de pharmacologie de l'Université de Würzburg. Martin Lohse a expliqué à la RMSO le rôle que jouent les RCPG en médecine et pourquoi il a fallu attendre si longtemps avant de réussir à décrypter le plan de construction de l'ADN.

Felicitas Witte, médecine et journaliste de science (photo: mäd)

RMSO: En quoi la découverte des RCPG a-t-elle été une si remarquable avancée?

Pr Lohse: Environ un tiers des médicaments actuels s'associent aux RCPG. Sans eux, ils ne pourraient tout simplement pas agir. Exemples: les bêta-bloquants, les opiacés, les antihistaminiques, les médicaments contre l'asthme, contre le glaucome, les agonistes alpha 2 adrénergiques et bien d'autres encore. Les recherches de Robert Lefkowitz et de Brian Kobilka nous ont appris comment fonctionnent ces récepteurs et comment ils transmettent des signaux de l'extérieur à l'intérieur des cellules: par le truchement de la protéine G.

En somme: des aiguillages universels dans les cellules...

Oui, effectivement: les protéines G transmettent des signaux à partir de récepteurs à la surface des cellules vers l'intérieur de celles-ci. De plus, ces protéines possèdent une sorte d'horloge interne: lorsqu'un récepteur active une protéine G, celle-ci reste active pour quelques secondes, puis se réactive un peu plus tard. C'est très pratique car le récepteur sur la cellule peut ainsi «remettre la compresse», activer d'autres protéines G et renforcer son action.

Robert Lefkowitz a découvert les récepteurs adrénergiques bêta en 1968; mais ce n'est que dans les années 1980 que Brian Kobilka a réussi à décrypter le plan de construction de l'ADN pour ces récepteurs. Pourquoi a-t-il fallu attendre si longtemps?

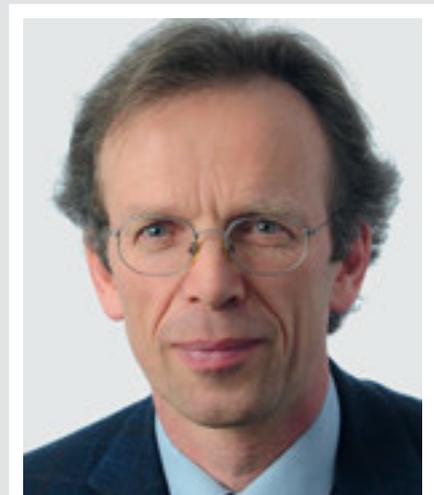
Les techniques n'étaient alors pas aussi développées qu'aujourd'hui pour parvenir à décrypter le plan de construction de l'ADN. Il a tout d'abord fallu nettoyer les récepteurs provenant d'organes animaux. A l'époque, ça ne fonctionnait que sur des poumons de hamsters et ça prenait un temps fou! Ensuite, les chercheurs tentaient de déterminer la séquence des acides aminés des récepteurs en recourant à la dégradation chimique.

Cela paraît très compliqué...

Et ça l'était! Il fallait d'abord hacher menu la protéine à l'aide d'enzymes. Ensuite, à partir des petits morceaux qui en résultent, on séparait un acide aminé après l'autre à l'aide d'une réaction chimique et l'on pouvait alors identifier chacun d'entre eux. Aujourd'hui, cela se fait en recourant à la spectrométrie de masse: c'est beaucoup plus simple et beaucoup plus sensible.

Et comment arrive-t-on au plan de construction de l'ADN à partir de la séquence des acides aminés?

Il s'agit en quelque sorte de «traduire à rebours» les courtes séquences des acides aminés en fragments correspondants de l'ADN à la recherche du plan de construction de l'ADN dans le génome. Pour ce faire, on recourait à une «bibliothèque ADN» contenant si possible toutes les séquences du génome en petits fragments. Comme on travaillait avec le récepteur du hamster, il a d'abord fallu réaliser une bibliothèque de l'ADN du hamster. Ensuite, on multipliait les fragments d'ADN au moyen de colonies de bactéries. Chacune de ces colonies contient un fragment déterminé de l'ADN du génome. Pour que l'ensemble du génome soit représenté, il nous fallait quelques millions de ces colonies que l'on répartissait sur une centaine de plaques d'agar-agar. Sur ces plaques, on disposait des plaques filtrantes qui retenaient l'ADN des colonies de bactéries. Notre séquence d'acides aminés «traduite à rebours» préalablement marquée radioactivement, nous la disposions sur les plaques filtrantes et nous les rincions avec précaution. Au mieux, la sonde restait accrochée à l'ADN bactérien qui lui était le plus proche. Dès lors, on avait trouvé la colonie qui contenait des ADN semblables à ceux de la sonde. On déterminait ensuite la séquence de ces ADN dans les colonies, on la comparait à celle de la protéine isolée et si l'on avait de la chance et si l'on avait isolé le bon gène, alors on connaissait la séquence des acides aminés de l'ADN du récepteur ou d'autres protéines.



Martin Lohse, professeur de pharmacologie à l'Université de Würzburg et directeur du Centre Rodolf Virchow à Würzburg, a travaillé dans les années 1980 et 1990 au laboratoire de Robert Lefkowitz et de Brian Kobilka.

Cela donnait passablement de travail... Quelle était la durée de ce séquençage?

Des mois, voire des années. Mais il ne nous faut aujourd'hui plus que quelques jours pour découvrir le plan de construction de n'importe quelle protéine: nous plaçons l'ADN tiré des cellules dans un séquenceur et déterminons toutes les séquences simultanément. Ensuite, l'ordinateur recherche des séquences semblables dans le génome humain. C'est comme avec Google! Nous connaissons désormais à partir du projet de génomique humaine les plans de constructions de presque un millier de RCPG. Près de 500 d'entre eux sont intéressants pour les thérapies médicamenteuses, mais seulement une petite centaine sont effectivement utilisés. Plus de 400 sont donc encore libres et pourraient servir au développement de nouveaux produits thérapeutiques.

Depuis des années, vous faites des recherches sur les récepteurs couplés à la protéine G. Pourquoi accordez-vous tant d'importance à ce champ de recherche?

J'espère que de nombreux médicaments pourront être développés ces prochaines années grâce à ces connaissances. A part le fait que ces recherches nous apprennent beaucoup sur le mode d'action des hormones, sur la manière dont les cellules se laissent piloter et sur le fonctionnement du corps humain, cela pourrait, par exemple, être très important pour le diagnostic du cancer.

Dans quelle mesure?

Nous connaissons des mutations des protéines G qui pourraient être à l'origine de l'apparition de tumeurs endocrines, par exemple de la thyroïde, de l'hypophyse ou des ovaires. La présence de mutations de cette nature nous permet de mieux diagnostiquer ces types de cancer.

Vous êtes tout juste de retour d'une rencontre sur les RCPG en Italie. Pourquoi une conférence entièrement consacrée à ces seuls récepteurs?

Parce que c'est un domaine de recherche extrêmement dynamique! De nouvelles conceptions ne cessent d'apparaître, dont pourraient découler de nouveaux médicaments. Certains récepteurs semblent par exemple former des paires. On recherche des substances susceptibles de bloquer ou d'activer ces paires. De tels médicaments n'existent pas encore. De plus, nous avons appris récemment qu'il y a des points de fixation allostériques sur les récepteurs, quasiment à côté. C'est là que se fixent, par exemple, le Cinacalcet utilisé pour le traitement de hyperparathyroïdisme, ou bien le Maraviroc, un médicament contre le VIH. Tout cela n'a été rendu possible que par les travaux des deux lauréats Nobel. Brian Kobilka et moi-même sommes devenus amis depuis le temps que nous avons passé ensemble au laboratoire de Robert Lefkowitz. Chaque fois que nous nous rencontrons, je suis impressionné par ses brillantes intuitions.

Pr Lohse, un grand merci pour cet entretien.



Bienvenue dans la Banque qui, comme vous, est une PME.

En tant que Banque locale indépendante sur le plan entrepreneurial, nous sommes aussi une PME. C'est pourquoi nous connaissons les défis que vous devez relever. Nous sommes flexibles, nous nous engageons pour que vous atteigniez vos objectifs et parlons le même langage. Nous appartenons au Groupe Raiffeisen qui compte plus de 200 conseillers Clientèle entreprises. Nous disposons de ce fait d'un réseau très étendu et du savoir-faire nécessaire pour vous conseiller de manière compétente et proactive. Comme une PME sur trois en Suisse, que ce soit pour le trafic des paiements, les liquidités, les investissements ou votre succession, faites confiance à un partenaire solide et équitable. Convenez sans tarder d'un entretien conseil.

www.raiffeisen.ch/pme

Ouvrons la voie

RAIFFEISEN

«Une brève intervention sensibilise les patients aux conséquences du tabagisme»

Le 31 mai est la Journée mondiale sans tabac, et c'est à cette occasion que la RMSO s'est entretenue avec Isabelle Passanah-Dähler, hygiéniste dentaire HES à medi Berne et enseignante professionnelle de l'hygiène dentaire. Elle s'engage depuis des années pour la prévention du tabagisme et elle est membre de la task force pour la prévention du tabagisme qui gère le projet «Tabagisme – Intervention au cabinet dentaire».

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

RMSO: Avez-vous jamais fumé?

Isabelle Passanah-Dähler: Oui, j'ai été fumeuse occasionnelle. J'ai commencé lors de ma formation d'hygiéniste dentaire. J'ai arrêté en raison de ma grossesse, et aussi du fait de mon engagement dans la task force.

Comment est née la task force pour la prévention du tabagisme?

Le projet trouve son origine lorsque nous nous sommes aperçus dans notre activité de tous les jours que nous ne pouvions pas soigner avec succès les parodontites de nos patients qui étaient fumeurs. Les résultats des thérapies sur nos patients fumeurs rappelés n'étaient tout simplement pas satisfaisants, et ceci malgré leur pratique d'une hygiène buccale scrupuleuse.

C'est le Dr Herbert Hofstetter, ancien directeur de l'Ecole des hygiénistes dentaires à Berne, qui a joué un rôle prépondérant. Le thème de la prévention du tabagisme lui tenait particulièrement à cœur. Il avait très tôt constaté l'influence négative du tabagisme sur les tissus du parodonte et sur les résultats des traitements. Il a incité son médecin-dentiste assistant d'alors à s'engager pour la prévention du tabagisme.

Vous participez à la task force depuis ses débuts. Comment en êtes-vous arrivée là?

J'avais déjà été enseignante professionnelle à l'Ecole des hygiénistes dentaires. Christoph Ramseier et moi avons trouvé le temps nécessaire pour entreprendre une action et lancer ce projet de prévention. Christine Gafner et l'Association suisse pour la prévention du tabagisme nous ont apporté un appui déterminant.

Comment cette collaboration a-t-elle commencé?

L'Association suisse pour la prévention du tabagisme était à la recherche de personnes exerçant un métier dans le domaine de la santé et qui seraient désireuses de s'engager pour la cause de la prévention du tabagisme. Les membres de ces professions jouent un rôle crucial pour la prévention du tabagisme: ce sont eux qui peuvent motiver leurs patients à cesser de fumer. Le cabi-

net dentaire s'y prête particulièrement bien, car une part importante de la population suisse s'y rend régulièrement pour des contrôles. Plus tard, nous avons associé d'autres acteurs de la santé au «Programme national tabac», tels que les médecins et les pharmaciens.

Quelle est la mission de la task force?

Je m'occupe de l'enseignement dans le cadre de la formation à l'hygiène dentaire chez medi Berne. Nous avons veillé à ce que toutes les professions de la médecine dentaire soient représentées au sein de la task force: médecins-dentistes, hygiénistes dentaires, assistant-e-s en prophylaxie, assistant-e-s dentaires, moniteurs-monitrices dentaires scolaires, sans oublier les établissements de formation et les associations professionnelles.

L'approche thérapeutique de l'arrêt du tabagisme a-t-elle évolué depuis la formation de la task force?

Nous avons appris que les fumeurs étaient sous l'emprise d'une double dépendance à la fois physique et psychique, c'est-à-dire d'une accoutumance. Au début, nous avons surtout essayé de les soigner à l'aide de médicaments. Une fois reconnu que le tabagisme est une dépendance, voire un réflexe, la thérapie s'oriente aujourd'hui vers la modification du comportement.



Les hygiénistes dentaires sont très concerné-e-s par le conseil en vue de la cessation du tabagisme, estime Isabelle Passanah-Dähler: «La motivation au changement de comportement et à l'amélioration de l'hygiène buccale sont notre pain quotidien!»

De quels succès votre projet peut-il faire état?

Nous avons réussi à introduire le thème du tabagisme dans toutes les formations des personnels de la médecine dentaire: il fait désormais partie intégrante des plans d'études. Nous avons rédigé un manuel et nous le tenons constamment à jour. C'est un instrument pratique dont peuvent se servir tous les intervenants de la médecine dentaire. De plus, les conseils en vue de l'arrêt du tabagisme ont désormais leur place dans le tarif de la SSO. Les médecins-dentistes peuvent ainsi facturer cette prestation. Mais ceci n'a joué aucun rôle pour nous autres hygiénistes dentaires: nous travaillons à l'heure, et les étapes de nos thérapies ne sont pas documentées isolément: c'est pourquoi nous pouvons sans difficulté intégrer les conseils pour l'arrêt du tabagisme dans nos entretiens avec nos patients.

Il a donc été plus facile pour les hygiénistes dentaires de parler de l'arrêt du tabagisme à leurs patients. Ceci signifie-t-il que vous abordez ce sujet plus souvent que les médecins-dentistes?

Oui. Nous parlons sans aucun doute très fréquemment de l'arrêt du tabagisme à nos patients. Nous avons dans ce domaine joué un rôle de pionniers, car c'était pour nous une évidence: nous travaillons de toute façon avec motivation pour l'adaptation du comportement. Nous encourageons nos patients à optimiser leurs habitudes en matière d'hygiène buccodentaire.

Comment le projet a-t-il été perçu?

Au début, nous avons rencontré des difficultés. Les médecins-dentistes, les hygiénistes dentaires également, considéraient que le tabagisme était une affaire ressortant du domaine privé des patients et ils ne voulaient pas s'en mêler. Heureusement, l'évolution de la perception du tabagisme dans le grand public nous a beaucoup aidés dans notre action. L'acceptation du projet a considérablement augmenté, ne serait-ce qu'en relation avec l'interdiction de fumer dans les trains, les bureaux et les restaurants. Notre projet éveille aujourd'hui un écho fondamentalement positif.



Isabelle Passanah-Dähler s'est engagée à fond pour que le conseil en vue de la cessation du tabagisme fasse partie intégrante de la formation des hygiénistes dentaires.

Ne pas fumer ou parler de la cessation du tabagisme sont désormais devenus des évidences.

Comment le thème de la prévention du tabagisme est-il abordé dans la formation des hygiénistes dentaires?

Nous abordons ce sujet dans les matières de la parodontologie, de la stomatologie orale, de la psychologie dans le cadre de nos activités et de la médecine préventive, où la tabacologie est considérée dans son ensemble.

Nous adaptons constamment le contenu de ces enseignements aux connaissances les plus récentes. La task force nous permet de nous tenir toujours au courant des derniers développements scientifiques. Le thème de la cessation du tabagisme fait aujourd'hui partie intégrante du curriculum de la formation des hygiénistes dentaires HES.

L'entretien de motivation (*motivational interviewing*) est le fondement de toute intervention brève. Comment cette méthode fonctionne-t-elle et à quoi faut-il veiller en particulier?

Cette méthode est une technique d'entretien qui vise à encourager le patient à changer son comportement. L'objectif, c'est de promouvoir l'ambivalence chez le patient: nous voulons que le patient remette en question ses habitudes et qu'il en soupèse les avantages et les inconvénients.

Nous écoutons activement et nous énonçons avec nos propres mots ce que le patient a exprimé.

Nous posons des questions et nous encourageons la réflexion autonome du patient.

Comment enseignez-vous l'entretien de motivation à medi Berne?

Les candidat-e-s hygiénistes dentaires apprennent cette méthode dans la matière de la psychologie orientée profession. Celle-ci vise à motiver les patients à modifier leurs habitudes d'hygiène buccale. Dans le thème «tabagisme», cette méthode est approfondie et exercée à l'aide de vidéos et de jeux de rôle. Lorsque les apprenants en viennent à appliquer eux-mêmes la méthode à leurs patients, nous leur prêtons assistance et informations en retour.

Ces entretiens de motivation ne durent-ils pas trop longtemps?

Nous devons tout d'abord déterminer ce qui réellement adapté dans l'environnement d'un cabinet

dentaire. Un cabinet privé n'a pas pour mission de prodiguer un encadrement complet en vue de la cessation du tabagisme, à moins qu'un patient ne le désire expressément. Les patients ne viennent pas assez souvent pour qu'un encadrement intensif soit possible, et leurs passages au cabinet dentaire sont de trop courte durée. Mais il y a suffisamment de temps pour déterminer le statut tabagique du patient et expliquer aux fumeurs que le tabagisme est nuisible à la santé buccale, et qu'il compromet le succès du traitement. Aujourd'hui, nous pratiquons plutôt le *small talk*, une sorte de conversation autour du tabac, afin de sensibiliser le patient à cette problématique au cours de nos brèves interventions. Si le patient se montre intéressé, nous pouvons passer à un entretien de motivation différencié. Il existe de nombreuses brochures que nous pouvons lui remettre. Nous pouvons aussi adresser des patients à des centres spécialisés dans l'encadrement pour l'arrêt du tabagisme.

Les candidat-e-s hygiénistes dentaires montrent-ils-elles de l'intérêt pour ce thème?

Oui. Mais nous n'abordons l'enseignement du conseil pour la cessation du tabagisme que lorsque les apprenants ont déjà un semestre de travail au fauteuil. Ils ont alors déjà quelques expériences des patients fumeurs et ils sont au courant de la relation entre le tabagisme et les chances réduites de succès des traitements. Si l'on abordait le sujet plus tôt dans la formation, l'intérêt des apprenants serait probablement moindre.

Qu'avez-vous appris du conseil aux patients pour l'arrêt du tabagisme?

Qu'il faut être en mesure de se mettre à la place du patient. Pour certains d'entre eux, l'arrêt du tabagisme n'entre tout simplement pas en ligne de compte dans leur situation du moment. La cessation du tabagisme n'intervient pas sous la seule pression de l'extérieur: il faut que le patient le veuille. La personne qui le traite ne doit pas se sentir blessée quand le patient ne réussit pas à s'arrêter de fumer. Par contre, en cas de réussite, on peut être fière à la fois du patient et de soi-même!

Projet «Tabagisme – Intervention brève au cabinet dentaire»

Ce projet existe depuis 2002 et il fait partie du programme national d'arrêt du tabagisme. Il s'adresse aux médecins-dentistes, aux hygiénistes dentaires, aux assistant-e-s dentaires et aux assistant-e-s en prophylaxie qui travaillent dans des cabinets dentaires.

Le principal objectif du projet est de motiver les membres de ces professions et de leur montrer comment exposer aux patientes et aux patients du cabinet dentaire les effets nuisibles du tabagisme sur le parodonte et sur la muqueuse buccale, afin que les intervenants évaluent la motivation d'écoute de leurs patients et les incitent à cesser de fumer.

Des informations détaillées se trouvent sur le site de l'Association suisse pour la prévention du tabagisme à l'adresse: www.at-suisse.ch.

Le vieil or pour redonner la vue et un avenir

Les étudiantes et les étudiants des Universités de Berne, Bâle et Zurich sont unanimes: l'argent récolté grâce à l'or dentaire extrait des patients doit continuer à être consacré aux activités ophtalmologiques de la Croix-Rouge Suisse (CRS) dans les pays en développement. Tous, ils apportent leur soutien à ce projet.

Beatrix Spring, cheffe de projet, Croix-Rouge Suisse (photos: © Lina Schumacher)

Michael Bornstein, PD, et Claudia Antonini, D^r méd. dent., des instituts de médecine dentaire des Universités de Berne et de Zurich ont ouvert l'exposé annuel de la Croix-Rouge Suisse consacré au projet «Vieil or pour redonner la vue» par des mots aussi clairs que convaincants à l'adresse de leurs étudiantes et étudiants. «L'or dentaire n'est pratiquement plus utilisé en médecine dentaire. D'autres matériaux l'ont désormais remplacé», explique Michael Bornstein. Comme Claudia Antonini, il a souligné à quel point l'or dentaire extrait aujourd'hui ne saurait être mieux utilisé que pour la collecte de la CRS en faveur de la lutte contre la cécité qui résulte de la misère. Toutes les personnes présentes ont été impressionnées par les résultats atteints en 2012, et profondément touchées d'apprendre qu'il y a encore 17 millions de personnes atteintes de cataracte et qui attendent de l'aide. L'opacification de la cornée mène à la cécité. Son traitement est relativement aisé: la cornée doit être remplacée par un implant oculaire. Mais les moyens nécessaires manquent dans les régions reculées pour y organiser des camps ophtalmologiques où opérer les malades.

La cataracte: principale cause de cécité en relation avec la pauvreté

Comme aux débuts de la collecte de l'or dentaire il y a près de trente ans, le produit réalisé avec deux couronnes en or permet à la CRS d'effectuer une opération de la cataracte dans ses camps



Michael Bornstein, PD, en compagnie de ses étudiant-e-s et de la coréférente Sybille Zen-Ruffinen, D^r méd. dent (au centre), ainsi que des représentants de la CRS Beatrix Spring et Mark Ita.

ophtalmologique et de rendre ainsi la vue aux personnes atteintes.

Une opération de la cataracte revient pour la CRS à une cinquantaine de francs dans des pays tels que le Népal ou le Ghana. «Jusqu'à présent, je ne savais rien de ce projet soutenu par la SSO», s'exclame Andrea Merlini de l'Université de Zurich à l'issue de l'exposé de la CRS. «Cette collecte est tout à fait appropriée et elle réalise beaucoup de choses avec peu d'argent», complète sa collègue Marina Jud.

Patrik Albert, D^r méd. dent, est depuis cinq ans coréférent de l'équipe de la CRS à l'Université de

Zurich, où il a fait ses études. Il affirme toujours attirer l'attention de ses patients sur le projet «Vieil or pour redonner la vue» après leur avoir extrait de l'or dentaire. «A ce jour, ils ont toujours été d'accord d'en faire don à la CRS pour son projet ophtalmologique.» Les étudiant-e-s de l'Université de Bâle sont unanimes: il importe que l'on informe à l'université sur ce projet. Au moment des questions, on a demandé si l'or devait tout d'abord être nettoyé avant d'être envoyé à la CRS. La dent ne doit pas être extraite de la couronne: il suffit d'enlever les traces de sang et de tissu afin d'éviter tout risque de mau-



Claudia Antonini, D^r méd. dent, avec ses étudiant-e-s et Patrik Albert, D^r méd. dent. et coréférent.

vaises odeurs. Ensuite, toute la dent sera fondue et il ne restera que le métal précieux.

Remerciements adressés aux trois universités

La collecte de l'or dentaire aurait certainement eu beaucoup moins de succès si elle n'avait bénéficié du soutien des trois universités de Berne, Bâle et Zurich. Grâce à leur invitation de faire des exposés, il nous a été donné de présenter personnellement notre projet «Vieil or pour redonner la vue» aux jeunes médecins-dentistes. Nous avons ainsi pu leur montrer pourquoi la collecte de l'or dentaire a tellement d'importance et d'utilité. Nous répondons à leurs questions et leur présentons des films documentaires. La plupart d'entre eux sont immédiatement convaincus de demander à leurs patientes et patients de faire don au projet d'assistance ophtalmologique «Vieil or pour redonner la vue» de l'or dentaire extrait. La technique CCM a également été évoquée, et il a été précisé que ce matériau doit également être collecté après extraction.

Michael Bornstein, PD, a été très clair: «Avec ce projet, on ne peut manquer de voir qu'il se passe quelque chose.» Et de prier ses étudiant-e-s de faire passer l'information dans le grand public.



Les étudiant-e-s de l'Université de Bâle avec le coréférent.

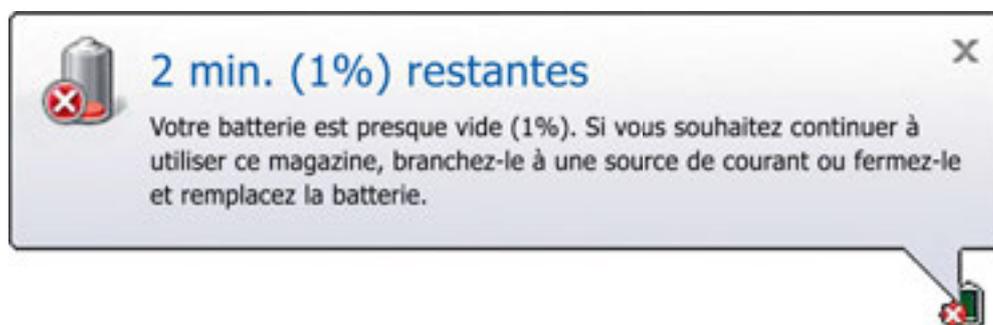
Résultats de l'exercice 2012

Le produit réalisé avec l'or fondu et d'autres métaux précieux s'est élevé à 1,4 million de francs au total. La médecine dentaire y a contribué pour plus de la moitié. L'autre partie vient de bijoux en mauvais état ou invendables. Il y a également eu des dons en espèces et divers produits de manifestations, ainsi qu'un legs pour un total final de presque 1,8 million de francs. La fonte de l'or est confiée à Cendres+Métaux S.A. qui apporte également sa contribution de parrainage à concurrence de 30.000 francs.

La totalité des frais de collecte se monte à moins de 10% du produit obtenu.

319 640 personnes ont été traitées dans les pays d'engagement: Népal, Tibet, Ghana et Togo. 5335 opérations de la cataracte y ont été effectuées.

Nous avons procédé à une évaluation au Kirghizistan. Il est apparu que les besoins en médecine ophtalmologique y sont considérables. C'est la raison pour laquelle la CRS a lancé un projet d'assistance qui sera cofinancé en 2013 par la collecte de vieil or.



Cela ne peut pas vous arriver avec une annonce.

Cette annonce promeut la publicité dans les journaux et les périodiques. L'association MÉDIAS SUISSES organise chaque année un concours sur ce thème s'adressant à de jeunes créatifs. Voici un travail qui s'est également illustré dans ce concours – il est signé par Rahel Mekni et Laura Hofer, de l'agence de publicité Maxomedia AG. www.Le-pouvoir-unique-d-une-annonce.ch

LE POUVOIR UNIQUE D'UNE
ANNONCE.



MÉDIAS SUISSES
SCHWEIZER MEDIEN | STAMPA SVIZZERA | SWISS MEDIA

Lucas van Leyden – «L'arracheur de dents», gravure sur cuivre

Lorsque Lucas van Leyden réalisa en 1523 sa gravure sur cuivre «L'arracheur de dents», cette technique de reproduction artistique était connue depuis près d'une centaine d'années déjà. Ses débuts ont été contemporains de ceux de l'imprimerie. Ce n'est qu'avec les débuts en Europe de la fabrication du papier qu'ont pu se diffuser des œuvres d'art de ce type. Des artistes tels que Martin Schongauer, Albrecht Dürer et Lucas van Leyden ont appris leur métier auprès des orfèvres et nielleurs, et l'ont ensuite perfectionné au fil de leurs nombreuses œuvres.

Dr Bettina Broxtermann (photo: BonaDent)

La gravure sur cuivre «L'arracheur de dents» de la collection BonaDent ne mesure que 11,5 × 7,5 cm. La date de l'œuvre, 1523, et la signature du maître, un L majuscule, s'inscrivent au-dessus des personnages. La scène illustre la consultation d'un dentiste. L'artiste se concentre sur les trois protagonistes réunis dans un espace très resserré. Au centre, un homme pauvrement vêtu aux genoux fléchis. Ses chaussures sont en ruines, ses pantalons déchirés laissent entrevoir la nudité de ses jambes. Le dentiste se tient à gauche derrière une solide table. Devant lui, sur la table, divers instruments, boîtes et petits sacs. Sans doute s'agit-il de médicaments. Les vêtements du médecin sont riches et élaborés: il doit appartenir à une classe sociale élevée. Son manteau est garni de fourrure, ses manches à taillades artistiquement travaillées mettent son pourpoint en valeur. Sa toque portée de travers est décorée de glands. De sa main gauche, il a saisi la chevelure du paysan tandis qu'il explore l'intérieur de sa bouche à l'aide d'un objet tout en longueur. Le troisième personnage, à droite, est une jeune femme. Elle se tient directement derrière le patient. Son visage sérieux laisserait penser de prime abord à de la compassion pour ce qu'endure le paysan. Mais si le regard s'attarde sur son visage, on s'aperçoit que ses yeux révoltés et son front plissé révèlent surtout une grande concentration. De la main droite, elle ouvre la sacoche du patient, alors que sa main gauche plonge dans sa bourse: elle est en train de le détrousser!

Comme son nom le trahit, le dessinateur, graveur sur cuivre et peintre Lucas van Leyden est né dans la ville hollandaise de Leyde en 1494 et il y est mort en 1533. On pense qu'il a appris la peinture auprès de son père entre 1504 et 1508. Nous avons quelques indications précises sur sa courte vie. Nous trouvons son nom à plusieurs reprises sur les listes de stand de la ville de Leyde. Il a rencontré Albrecht Dürer à Anvers le 10 juin 1521, mais il est bien vite rentré dans sa ville natale, car il a dû s'y porter caution de son frère au cours de la même année. Il s'est retrouvé impliqué dans ses affaires à nouveau en 1525 et en 1529. En 1527, il a entrepris un voyage pour vendre ses œuvres en Zélande, en Flandres et au Brabant. Lucas van Leyden a épousé Lisbet van Boschhuysen issue d'une noble famille de Leyde. Le



La collection d'art de BonaDent possède deux exemplaires de «L'arracheur de dents», gravure sur cuivre de Lucas van Leyden.

couple n'a pas eu d'enfant. Mais Lucas a eu une fille hors mariage qui a vu le jour en 1514. L'épouse de l'artiste a eu gain de cause le 27 juillet 1534 à l'issue d'un procès autour de sa succession. La description de cette gravure de petites dimensions montre à l'évidence qu'un traitement dentaire n'avait pas grand-chose à voir avec la médecine dentaire moderne au début du XVI^e siècle! Aux XVI^e et XVII^e siècles, les dentistes appartenaient à une couche sociale inférieure. Ils compartaient parmi les chirurgiens, artisans et médecins, issus des corporations des barbiers et des tenanciers de bains publics. Ils proposaient leurs services sur les marchés, en plein air et avec une simple table, parfois en érigeant une sorte d'estrade. Un grand parasol, un panneau réclame marquaient le chemin menant au dentiste. Ce panneau, nous le voyons dans la gravure de Lucas van Leyden, tout au bord à gauche. Un grand linge est accroché à un piquet tout en hauteur. En dessous, un linge plus petit porte des lignes ondulées. Il était habituel à cette époque d'y inscrire des indications sur le médecin et sur ses aptitudes particulières. Les coûteux vêtements du dentiste s'inscrivent dans cette mise en scène. Ils ne sont

pas du tout l'indice de son appartenance à une classe sociale élevée.

Un autre sujet est encore abordé dans la gravure. L'intervention du dentiste n'appâtait pas que des contemporains compatissants ou quelque peu sadiques, mais également quelques personnages plutôt glauques. Des aigrefins se mêlaient au public afin de détrousser les spectateurs, voire le patient lui-même pendant le traitement. Ce sont pour l'essentiel de simples paysans qui fréquentaient ces foires et ces marchés, en tant que curieux ou clients. Leur naïveté, leurs manières grossières les distinguaient aux yeux des classes sociales plus élevées, des bourgeois cultivés et des aristocrates. Les paysans étaient les protagonistes comiques des fabliaux et des farces du Moyen Age, typiquement pour leur comportement dépravé et leurs manières détestables. L'art des Pays Bas est riche de ces représentations de la vie des gens du peuple et des paysans lors de fêtes débordant d'excès et de ripailles. Il suffirait de citer les tableaux de Pieter Bruegel l'Ancien ou de Jan Steen. Au fil des siècles, ces œuvres ont revêtu un caractère de plus en plus moralisateur.

www.BonaDent.de

Le nouveau président de la SSE adore sauver des dents

«Je n'ai pas eu l'opportunité de suivre une formation d'endodontologue, mais je me suis toujours perfectionné dans ce domaine, notamment lors des congrès de la Société suisse d'endodontologie (SSE), de la Società italiana di endodontology (SIE) et de l'European Society of Endodontology (ESE).»

Notre rédactrice s'est entretenue avec le Dr Reto Lauper de Lugano, le nouveau président de la SSE.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photo: mäd)

Où et quand vous êtes-vous formé en endodontologie?

Je ne suis pas endodontologue, mais j'ai toujours éprouvé le plus grand intérêt pour l'endodontie. J'ai eu pendant mes études la possibilité et le bonheur de suivre une formation de trois ans auprès du Pr Sandro Palla à Zurich, à la division des troubles de la mastication et de prothèse partielle.

Pendant cette période, j'étais chargé dans le cadre des cours aux étudiants des traitements préparatoires des patients qui devaient suivre une réhabilitation à l'aide de prothèses hybrides. Comme il s'agissait de ce type de prothèses, le traitement des racines était à l'évidence notre pain quotidien. Même si nous traitons des pulpes saines, nous trouvons sur les radiographies des éclaircissements apicaux à la pointe des racines. Les conséquences en étaient fréquemment des résections de racines, le démontage des éléments de fixation, l'enlèvement de la broche ainsi que la révision endodontologique et la pose de nouvelles couronnes avec éléments de fixation jusqu'à la perte du pilier dentaire. C'est ce qui a éveillé mon intérêt pour l'endodontologie et c'est pourquoi j'ai suivi pendant mon assistantat un cours de Peter Velvart. Comme ces connaissances ne me suffisaient pas encore, j'ai ensuite suivi un cours d'un an à Turin auprès du Dr Elio Berutti. J'ai eu ensuite la possibilité de suivre une formation en microscopie à Los Angeles auprès du Dr Garry Carr avec quatre confrères suisses, dont le Pr Peter Hotz. C'est de là qu'est issue ma thèse dans le domaine de l'endodontologie avec Fred Barbakow, publiée dans le *Journal of Endodontics*. Je n'ai pas eu la possibilité de me former en tant qu'endodontologue *stricto sensu*, mais j'ai toujours approfondi mes connaissances dans ce domaine, notamment aux congrès de la Société suisse d'endodontologie (SSE), de la Società italiana di endodontology (SIE) et de l'European Society of Endodontology (ESE).

En quoi l'endodontologie vous fascine-t-elle?

Ce qui me passionne, c'est la possibilité de sauver et de préserver des dents. L'alternative serait fréquemment l'extraction de la dent. La thérapie



«Certes, je ne suis pas endodontologue de formation, mais j'ai toujours éprouvé un très grand intérêt pour cette discipline», affirme le nouveau président de la SSE, le Dr Reto Lauper de Lugano.

endodontique connaît de grandes réussites. C'est pourquoi je me mets volontiers à la disposition de mes confrères au Tessin lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes endodontologiques, ceci d'autant plus que nous n'avons pas dans ce canton de médecin-dentiste titulaire du certificat postgrade en endodontologie.

Quels sont les buts poursuivis par la SSE?

La promotion en Suisse des activités de recherche et d'enseignement en endodontologie. Nous poursuivons cet objectif en apportant notre soutien à la recherche et par la diffusion des connaissances acquises aux plans national et international. La SSE s'efforce d'instaurer une collaboration intense et suivie avec d'autres institutions savantes, et avec d'autres groupes de spécialistes. Nous organisons chaque année un congrès qui réunit des sommets mondiales de notre discipline, combiné avec des cours *hands on*. Nous organisons également chaque année, en collaboration avec les quatre universités suisses, un cours de formation continue à l'intention des endodontologues reconnus CFP.

De quels problèmes la SSE s'occupe-t-elle en ce moment?

Un objectif important est la reconnaissance du titre de spécialiste par l'Office fédéral de la santé publique. Ensuite, nous voudrions maintenir le haut niveau du congrès de la SSE reconnu au plan international, malgré les considérables coûts encourus.

Quand l'endodontologie prononce-t-il la condamnation à mort d'une dent?

De mon point de vue, lorsqu'une racine présente une fracture verticale dans toute sa longueur.

Que préférez-vous: la stérilisation des instruments ou leur usage unique (*Single Patient Use*)?

J'utilise actuellement des instruments stérilisés. Je ne peux pas encore effectuer tous les traitements avec le même instrument, et les coûts liés aux instruments à usage unique que je devrais répercuter sur les patients seraient trop élevés.

Quels sont les coûts respectifs des deux méthodes?

Nous ne pourrions faire ce calcul que lorsque le nouveau système aura suffisamment fait ses preuves.

Les traitements d'endodontie ne sont-ils pas beaucoup trop chers?

Certainement pas si l'on tient compte des coûts et des avantages pour le patient. Il y a bien des années, alors que Beat Suter était encore président de la SSE, nous avons fait ce compte en détail et nous l'avons évalué. Nous sommes alors parvenus à la conclusion que le tarif de la SSO est approprié et que le profit qui reste au cabinet dentaire une fois que tous les coûts ont été déduits est correct.

Dr Lauper, je vous remercie de cet entretien

Livres

Chirurgie orale

Perrin D, Ahossi V, Larras P, Lafon A, Gérard E:

Manuel de chirurgie orale: Technique de réalisation pratique et exercice raisonné au quotidien

511 p., relié, ISBN 978-2-84361-159-9, ISSN 1294-0585, éditions CdP, Collection JPIO, 11/2012, 166,25 euros

Quatre auteurs et près d'une trentaine de collaborateurs ont participé à la réalisation de cet ouvrage.

Les données relatives au patient qui vont étayer le dossier médical constituent le support initial d'une prise en charge médicale. Elles intègrent les déclarations du patient et celles de son médecin traitant et/ou d'autres thérapeutes.

Le recours à des examens biologiques (hémostase, bilan hépatique, bilan rénal, glycémie) intervient en fonction des données anamnestiques et permet parfois d'adapter les conditions d'intervention pré-, per-, et postopératoires.

Certaines interventions de chirurgie buccale peuvent être réalisées ambulatoirement dans un cabinet dentaire adéquatement équipé, alors que d'autres nécessitent un équipement plus lourd et un environnement hospitalier.

La préparation du patient sur le site opératoire comprend l'asepsie endobuccale et péri-buccale, le champage, l'anesthésie, le geste opératoire et le repositionnement des tissus préalablement incisés.

La préparation du poste de traitement, du matériel et de l'équipe soignante doit être codifié pour répondre aux prérequis d'hygiène.

L'apparition d'un éventuel malaise en cours d'intervention nécessite une analyse correcte de la situation d'urgence, qui va permettre la mise en œuvre des mesures de gestion pratique et pharmacologique. A cet égard, la trousse d'urgence dont le médecin-dentiste risque d'avoir besoin

sera équipée judicieusement et régulièrement mise à jour.

La prise en charge globale du patient commence avec le diagnostic et l'indication thérapeutique, se poursuit avec la prescription médicamenteuse pré- et postopératoire, le contrôle d'éventuelles complications, jusqu'à ce que le patient soit rétabli et exempt de toute séquelle.

Le développement récent de l'imagerie diagnostique permet désormais de mieux réaliser un bilan radiologique et de localiser les limites d'une zone d'intervention. L'imagerie comprend la radiographie 2D, la tomодensitométrie, le *cone beam*, l'échographie et l'IRM. Son indication doit néanmoins être posée et justifiée.

Les chapitres relatifs aux techniques chirurgicales comprennent les avulsions dentaires simples, les mesures de séparation radiculaire, l'alvéolectomie, l'avulsion des troisièmes molaires, des dents incluses et des odontomes, les avulsions multiples et la chirurgie endodontique.

Tout en excluant les fracas faciaux dépassant les compétences du seul chirurgien oral, le chapitre consacré à la traumatologie des maxillaires décrit l'examen du traumatisé en rappelant la biomécanique des fractures, leur classification et les principes thérapeutiques généraux.

La chirurgie préprothétique et orthodontique complète cette partie consacrée au tissu dur.

La chirurgie des tissus mous de la cavité buccale comprend les mesures préprothétiques et orthodontiques, la parodontie, le traitement des plaies, celui des kystes, ainsi que les biopsies.

La chirurgie implantologique couvre plusieurs chapitres qui vont de la préparation de l'équipe soignante et du patient aux techniques d'augmentation du volume osseux.

Enfin, la prise en charge du patient immunodéprimé s'effectue en étroite concertation avec les spécialistes impliqués, qui vont déterminer le cheminement thérapeutique.

Richement illustré, ce livre traite de manière exhaustive l'ensemble des gestes chirurgicaux pou-

vant intervenir au niveau de la sphère oro-faciale. Le praticien trouvera à sa lecture leur description clinique lui permettant d'en retirer une conduite à tenir d'application immédiate.

Michel Perrier, Lausanne

Chirurgie orale

Simon S, Machtou P, Pertot W J:
Endodontie

514 p., relié, ISBN 978-2-84361-177-3, ISSN 1294-0585, éditions CdP, Collection JPIO, 11/2012, 199 euros

Trois auteurs et près d'une trentaine de collaborateurs ont participé à la réalisation de cet ouvrage important en présentant très en détail la discipline de l'endodontie et ses innovations récentes.

En effet, depuis une vingtaine d'années, les aspects diagnostiques et thérapeutiques ont fortement évolué. Ce livre présente ainsi les techniques de mesure du flux sanguin pulpaire, l'imagerie tridimensionnelle, l'instrumentation en nickel-titane rotative ou en réciprocité, les mesures anti-septiques de désinfection canalaire, les techniques de compactage visant à faciliter l'obturation radiculaire et son adhérence aux parois dentinaires, l'utilisation de nouveaux matériaux plus biocompatibles et les plus récents concepts de restauration coronaire.

Partant de la biologie et de la physiologie pulpaire, les auteurs décrivent les pathologies pulpaires et périapicales, leur microbiologie, avant de déboucher sur les techniques classiques et récentes d'anesthésie locale en endodontie, qui précèdent le processus opératoire présenté dans son intégralité.

Des chapitres sont aussi consacrés au retraitement et à la gestion des échecs thérapeutiques, à la chirurgie endodontique et à la gestion des lésions d'origine traumatique.

Doté d'une iconographie exceptionnelle, cet ouvrage hautement didactique est une véritable référence qui s'adresse tant à l'omnipraticien qu'au spécialiste.

Michel Perrier, Lausanne



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).

Veillez 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

