

Ouverture du nouveau shop de la SSO

La boutique en ligne de la SSO a été entièrement rénovée au cours de ces derniers mois. Elle possède désormais sa propre adresse Internet: www.sso-shop.ch. Et il y a bien d'autres nouveautés...

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

Ces dernières semaines, la SSO a entièrement renouvelé sa boutique électronique en ligne. Cette complète remise à plat était devenue indispensable car l'ancien shop ne répondait plus aux demandes de la clientèle d'aujourd'hui. Le commerce électronique est en pleine expansion, en Suisse également. Les Suissesses et les Suisses achètent de plus en plus de livres, de vêtements, de produits alimentaires et de meubles sur Internet. D'après l'Office fédéral de la statistique, les ménages de notre pays ont dépensé plus de 4,3 milliards de francs en ligne en 2010. Chaque mois, un livre sur huit est acheté sur la toile. L'e-commerce est un marché en pleine croissance. La SSO est désireuse de s'y adapter en ouvrant sa nouvelle boutique en ligne, entièrement remise au goût du jour.

Utilisation aisée, vue d'ensemble, sécurité

Le nouveau portail d'achats de la Société suisse des médecins-dentistes va à la rencontre de ses clients avec une conception toute neuve et éminemment fonctionnelle. Elle réunit facilité d'emploi, clarté, sécurité et rapidité dans une présentation moderne et fonctionnelle, le tout à la nouvelle adresse www.sso-shop.ch. La page d'accueil présente au visiteur une vitrine dynamique et cinq nouveaux produits sur un giratoire. La navigation est un jeu d'enfant. Six rubriques s'inscrivent dans la couleur turquoise de la SSO. Notre nouvelle boutique s'adresse ainsi directement à ses groupes cibles tout en s'orientant en fonction des attentes de la clientèle. Elle présente sur la page d'accueil les produits les plus appréciés et les plus fréquemment commandés par les membres de la SSO. Elle met de nombreux produits à leur disposition pour téléchargement exclusif: contrats de travail, directives pour les salaires, cartes de rendez-vous, badges. Les cartes de rendez-vous et les badges sont très demandés. De ce fait, le shop propose aux médecins-dentistes membres de la SSO un service qui leur est tout particulièrement destiné: ils peuvent concevoir et visualiser à l'ordinateur leurs cartes de rendez-vous et leurs badges personnalisés. Une vue préalable montre le résultat sur le produit fini dès l'introduction de leurs propres données. Mais la boutique de la SSO ne s'adresse pas qu'aux seuls médecins-dentistes. Elle parle également aux membres de l'équipe du cabinet dentaire et aux patients. En quelques clics, les assistantes dentaires peuvent commander les tous derniers supports de cours et les scripts d'actualité pour leur formation professionnelle. De plus, le shop présente de

manière attrayante et informative l'ensemble de l'éventail des brochures d'information de la SSO.

Rien que des avantages...

Le nouveau shop de la SSO offre moult avantages à ses clients: le choix parmi plus de 80 produits est présenté en toute clarté. Les commandes se passent facilement et en toute sécurité. Avec leur compte personnel, tous les clients peuvent gérer eux-mêmes l'intégralité des données. Les commandes en cours et les factures ouvertes peuvent être consultées et vérifiées en tout temps. Si vous oubliez votre mot de passe, la boutique vous en créera automatiquement un nouveau. Le shop en ligne a rendu la recherche des produits plus aisée: une fonction de recherche par mots-clés affiche en quelques secondes le produit désiré. La boutique présente même une vue détaillée de certaines publications afin que le client puisse se faire une première idée de l'article désiré. Toutes les rubriques sont accompagnées d'indications très précises

renseignant sur les quantités et les conditions de commande, ainsi que sur leur disponibilité.

La commande des produits se déroule de manière transparente: au moment de la commande, l'article choisi passe dans le panier, qui calcule immédiatement le montant commandé, assurant ainsi la parfaite maîtrise des coûts. Pas de mauvaises surprises lors du paiement, qui peut intervenir par facture ou par carte de crédit (Visa et Mastercard). Tous les clients reçoivent automatiquement une confirmation après le paiement.

N'attendez pas...

Rendez-vous sur le site de la nouvelle boutique en ligne de la SSO. Nous nous réjouissons de votre visite. Si vous avez des questions, si un problème survient, adressez-vous au centre de documentation de la SSO par courriel à: shop@sso.ch, ou par téléphone au numéro 031 310 20 80. Nous serons heureux de vous conseiller. A bientôt!



Nouveaux membres: brochure promotionnelle de la SSO

A croquer

Elle est à la fois effrontée, insouciante et hors des sentiers battus, la nouvelle brochure de la SSO destinée à l'acquisition de nouveaux membres. Comme association qui a du mordant, la SSO fait désormais campagne pour gagner de nouveaux membres. La RMSO a pu jeter un coup d'œil anticipé avec l'auteur de la brochure, Thomas Richner et son équipe.

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

RMSO: Truman Capote est l'auteur de cette citation: «Tous les hommes ont tout ce qu'il faut pour être créatifs, mais la plupart ne le remarquent même pas...». Monsieur Richner, vous êtes un créateur typographe. Vous devez donc vous montrer créatif jour après jour. Comment faites-vous pour mettre en route votre machine à créer?

Thomas Richner: le métier de créateur n'est pas bien différent d'autres professions. Il faut pratiquer un bon artisanat, pas de l'art. Ma «machine» à moi, je la mets en route de la même manière, que ce soit au travail ou pendant mes loisirs: avec intérêt et curiosité.

Où que j'aille, j'emporte toujours un appareil photo avec moi. Parti à la cueillette du gui en France, je suis tombé par hasard sur un bois où se trouvaient de très nombreux entrelacs. Leurs couleurs, leurs formes, leurs structures étaient fantastiques. J'ai saisi mon appareil et fait d'innombrables prises de vue. Je viens d'en utiliser quelques-unes pour une brochure. Pour moi, le privé et le professionnel sont indissociables. Quiconque mène une vie active trouve partout de l'inspiration.

A votre avis, quels sont les ingrédients d'une bonne publication?

Une bonne publication doit présenter les contenus nécessaires sous une forme adaptée. Peu importe que son contenu soit long ou bref, que son format soit réduit ou de grandes dimensions. Ce qui est déterminant, c'est le message que doit propager la publication. Bien réalisée, elle sera un élément indispensable pour la perception que le public aura d'une association ou d'une entreprise. L'authenticité joue dans ce contexte un rôle essentiel.

A quoi avez-vous accordé une attention toute particulière pour la présentation de notre nouvelle brochure promotionnelle?

Notre principale mission était de déterminer la forme adéquate. Les contenus et les illustrations étaient déjà donnés. Nous avons fait des essais avec des échantillons pour voir quels types et formats de papiers convenaient ou non. Prendre le papier en main, lui donner telle ou telle forme: c'est tout un processus presque sensuel qui nous a aidés à trouver la bonne solution.

La nouvelle brochure de la SSO est destinée à l'acquisition de nouveaux membres.



Quels défis avez-vous dû relever?

Le langage de l'image: très vite, il a été évident que les images fournies n'allaient pas. Elles étaient trop diversifiées, trop fades. Nous avons dû abandonner l'idée initiale et nous mettre à la recherche d'alternatives. Les illustrations choisies sont cohérentes; elles font que les contenus sont plus authentiques. La brochure devient ainsi plus effrontée: elle éveille l'intérêt.

Vous avez également élaboré l'identité visuelle de la SSO. En quoi le Corporate Design est-il si important pour une association?

Le Corporate Design pose des règles claires pour la présence de l'association pour le grand public. Les publications et la correspondance répondent à des règles strictes qui régissent les polices d'impression et logos à utiliser. Bien des personnes concernées ont de la peine à les respecter. Mais il vaut la peine de le faire. Si l'identité visuelle de l'association est appliquée de manière conséquente, les groupes cibles seront atteints efficacement, sur la durée et de manière économique. Le

Corporate Design rend perceptible l'identité de l'association tout en la personnalisant.

A votre avis, quels sont les points forts de la marque SSO?

Voyons d'abord le logo: sa couleur est inhabituelle, sa forme est dynamique et peut être appliquée de manière différenciée aux différents organes et sections. La SSO est une marque qui vit par ses membres. Les brochures d'information et infodents dans la salle d'attente d'un cabinet dentaire m'inspirent confiance: je suis chez un médecin-dentiste qui est résolument engagé, pour lui-même, pour son métier, pour ses patientes et patients.

Quels sont les projets qui vous inspirent?

Les projets conceptuels m'inspirent. Des projets que je peux aborder à partir de rien. Il peut s'agir aussi bien de rapports annuels, de brochures, de livres que de pictogrammes.

Monsieur Richner, un grand merci pour cet entretien.

Atelier Richner

L'Atelier Richner a été fondé à Berne en 1985 sous la forme d'une entreprise individuelle. Il emploie aujourd'hui trois collaborateurs. L'atelier développe des éléments d'identité visuelle (Corporate Design), des pictogrammes ou logos. Il conçoit la typographie de publications. Thomas Richner et son équipe ont réalisé pour la SSO des manuels sur CD, des brochures pour les patients, infodents, dentarena ainsi que des rapports annuels et brochures promotionnelles. www.atelierrichner.ch



La marque SSO inspire confiance: Thomas Richner en est convaincu.

La cavité buccale est un cabinet de curiosités

Sauf extraordinaire, ils ont l'exclusivité de ce terrain. Or, il existe maintenant une histoire culturelle de l'oral montrant que la partie du corps sur laquelle travaillent les dentistes, que l'on savait très sensible physiologiquement, l'est aussi sur le plan sociétal. C'est là que naissent le langage et le moi, là que sont enfantés des chefs-d'œuvre d'art et de civilisation, tout comme des tabous et des peurs d'un poids écrasant.

Daniel Di Falco, historien et journaliste culturel, texte (illustrations: m2d)

Imaginons un scénariste en train d'inventer une scène de torture, le plus abominable, le plus perfide des supplices, une douleur qui vous vrille la moelle – quel serait selon vous ce supplice?

A tous les coups un rendez-vous chez le dentiste. Et certainement que le scénariste penserait aussitôt à «Marathon Man», thriller de John Schlesinger sorti en 1976 – un modèle du genre en matière de supplice. Dustin Hoffman joue dans le film le rôle d'un étudiant qui se retrouve sur le fauteuil d'un dentiste parfaitement maître de son art. Il est question d'un interrogatoire et d'un secret, dont l'étudiant ignore le premier mot; fraise en main, Laurence Olivier, le dentiste, attaque la première dent, sans aucune anesthésie; la fraise insiste, creuse, s'enfoncé impitoyablement; alors l'image devient floue, comme si le film tout entier s'évanouissait de douleur en même temps que Dustin Hoffman. L'image redevenue nette, le dentiste, comme vexé, explique qu'il n'y a rien à faire, que le nerf est mort. Et attaque la dent suivante.

C'est ainsi que Lars-Olav Beier, scénariste, critique de cinéma à «Spiegel» et spécialiste des scènes de torture, explique la séquence. Le dentiste de Marathon Man et le géant à la mâchoire d'acier Y compris dans les films de boxe, où le gros plan d'une dent ensanglantée sur le tapis du ring – un



Le dentiste sera toujours le plus distingué des tortionnaires: «Marathon Man» (1976) avec Laurence Olivier (à gauche) et Dustin Hoffman.

appris que le cinéma était vraiment une «école de la vie»: «Il nous montre, dit-il, que nos dents sont de toutes nos armes la plus redoutable – et notre point le plus vulnérable. Quand le cinéma s'intéresse aux dents, ce n'est jamais pour rigoler.» Y compris dans les films de boxe, où le gros plan d'une dent ensanglantée sur le tapis du ring – un

classique du genre – «signifie toujours que tout est perdu, et pas seulement la dent.»

Une histoire culturelle de la cavité buccale

Beier parle du flirt du cinéma avec la médecine dentaire dans un remarquable recueil récemment paru. Intitulé «Das Orale», il éclaire de manière complètement nouvelle une région du corps où les dentistes sont habituellement entre eux: l'histoire culturelle de la cavité buccale. Mais peut-être êtes-vous sur vos gardes: l'histoire culturelle est à la mode, et pour des motifs souvent basement mercantiles. Il en existe déjà du cœur, de la tenue d'armailles, du climat, de la colère, de l'acouphène et des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent.

Les auteurs de celle-ci sont le philosophe Hartmut Böhme et la dentiste Beate Slominski, et rien qu'à juger par l'épaisseur, le poids et le format du volume, il est évident que c'est du sérieux. Böhme et Slominski dirigent à Berlin un institut de formation continue de médecine dentaire qui, d'ailleurs, a vu naître leur livre. Leur but est de contribuer à un «élargissement des perspectives» et même à une «optimisation de la pratique médico-dentaire» en montrant que la dentisterie est «un aspect important mais nullement exclusif» de la cavité buccale, laquelle a également une «dimension anthropologique, esthétique, linguistique, médiévale et psychodynamique». Traduction: les



Le «dent pour dent» de l'Ancien Testament, de même que le «pêcheur rongé de remords» et la «bouche de l'enfer» ont tous trait à la même partie du corps. L'enfer dans la «Tentation de saint Antoine», Joos van Craesbeeck (vers 1650).

dents, les lèvres, la mâchoire, le palais et la gorge sont un lieu extrêmement fécond de l'univers culturel, où s'expriment des représentations et des symboles collectifs, des mythes et des idées, des concepts de même que des sentiments.

Le livre ne triche pas, à première vue, avec son ambition de «réunir dans un cadre interdisciplinaire les sphères sans lien entre elles des sciences culturelles et de la médecine». Les articles traitant de la médecine dentaire sont tels qu'on est habitué à les voir. Ainsi en est-il du débat très en vogue

sur l'éthique (Dominik Gross), de la neurologie de l'occlusion et de la reconstruction occlusale (Bernd Kordass/Martin Lotze), du développement de la boîte à outils parodontologique (Peter Purrucker) ou des implications qu'a pour le dentiste l'espérance de vie croissante des patients (Martin J. Hauck).

Force est cependant de reconnaître que ces thèmes paraissent ici orphelins et erratiques. Non seulement parce qu'ils sont un peu noyés parmi les trois douzaines d'articles que compte

le livre, mais aussi du fait que l'«interdisciplinarité» ne constitue en l'occurrence qu'un «cadre» et non une parenthèse – l'histoire culturelle n'allant pas encore jusqu'à tutoyer la médecine dentaire. Pas l'ombre, ici, d'un historien qui analyserait la pratique dentaire du point de vue d'une histoire moderne des sciences et mettrait le développement de l'hygiène buccale et de la profession dentaire en rapport avec le débat sur les politiques de santé et leur évolution (comme le faisait par exemple, en 2010/2011, l'exposition «Mit Biss» du Musée d'histoire de la médecine de l'Université de Zurich).

Etre ou ne pas être

Là n'est toutefois pas le propos essentiel du livre. Ce que veut celui-ci, c'est montrer – et l'on va de surprise en surprise – que la cavité buccale est un haut lieu de la culture. Il suffit pour s'en persuader d'évoquer brièvement, avec Hartmut Böhme, quelques topoï passés dans la langue courante. Par exemple, le «dent pour dent» de l'Ancien Testament, la «langue fourchue», le «pêcheur rongé de remords» ou la «bouche de l'enfer», quatre purs produits de la cavité buccale. Et ne dit-on pas aussi être armé jusqu'aux dents, avoir une dent contre quelqu'un ou montrer les dents, au risque de se les casser. De lait ou de sagesse, les dents occupent un vaste champ. Elles sont associées, dans le langage, à la beauté et au flétrissement, au pouvoir et au désir, au culte de sa propre image et à l'interaction, mais surtout à l'attaque et à la défense. Il n'y a donc pas qu'au cinéma que, s'agissant d'elles, la question d'être ou de ne pas être n'est jamais bien loin.

Parlant de l'évolution du langage, le linguiste Jürgen Trabant dit que «rien ne fait autant de l'homme ce qu'il est que ce qui sort de sa bouche, et que l'oralité est, anthropologiquement parlant, le siège même de l'humain». Une évidence si l'on songe au bond que le langage représente dans l'histoire des espèces. Un bond davantage lié, malgré les apparences, à l'oral qu'à l'écrit, lié à l'articulation des sons, parce que ces atomes de toute langue naissent du jeu complexe d'une série d'organes comprenant le poumon, les dents et la langue. «Le coup de génie des primates humains a été, en combinant des mouvements distinctifs, d'utiliser l'air que l'on expire pour construire des séquences de sons porteuses de sens», explique Jürgen Trabant.

Le premier organe d'exploration du monde

La cavité buccale serait donc le berceau de l'humanité. Du coup, il n'est pas exagéré de prétendre que la bouche est le lieu où naît également le sujet. Comme l'affirme aussi, outre la linguistique, la psychanalyse. Car à la formation



Dans les arts majeurs, le regard qui plonge dans la gorge était tabou, les arts mineurs lui ont donné l'attrait de l'interdit. Orcus, dans les jardins du Palazzo Orsini, tout proches de Bomarzo, photographie d'Herbert List (1952).



Le dilemme entre culture et inculture est toujours aussi le dilemme entre une bouche fermée et ouverte. Paolo Uccello, «Saint Georges terrassant le dragon» (vers 1456).

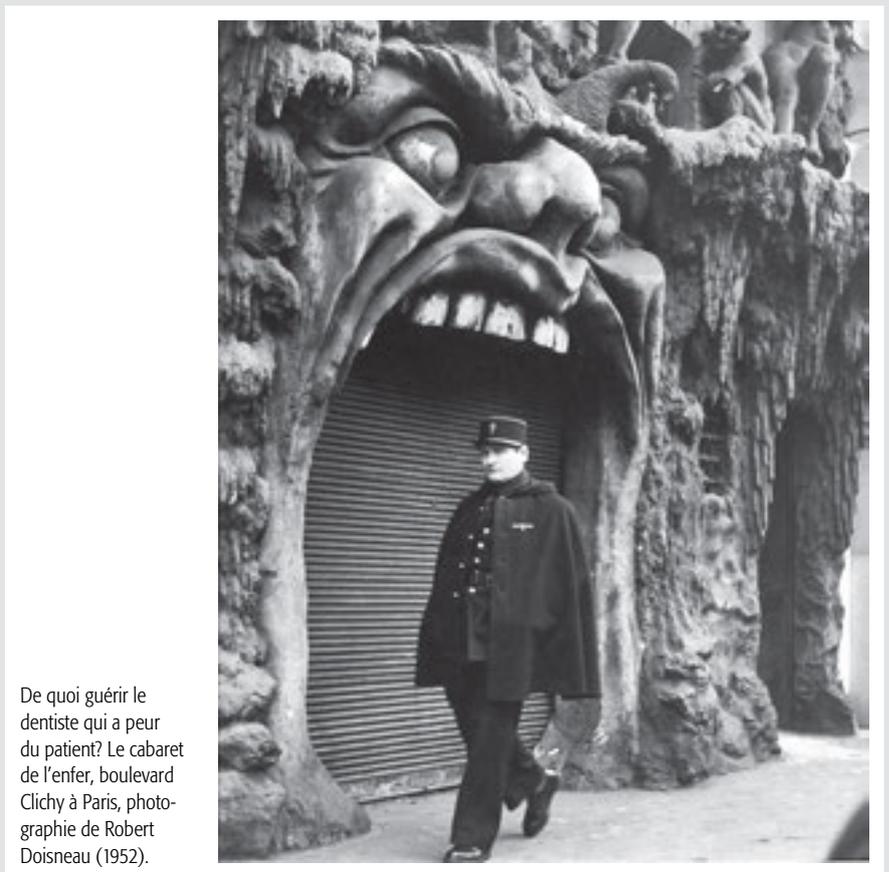
de ce que l'on nomme l'individu ne concourent pas seulement les compétences de communication, mais également la perception tactile et gustative de soi, la distinction élémentaire entre le dedans et le dehors, la sensation alternée de faim et de satiété, qui structurent la vie instinctive. Et tout cela se passe également dans la bouche, qui est notre premier «organe d'exploration du monde» (Böhme), avant que le nourrisson ne se mue, un peu plus tard, en gastrosophe – car le livre traite également du manger.

Du siège du moi, il est court le chemin conduisant au «travail souvent sous-estimé et néanmoins inestimable qui consiste à cultiver l'homme» (Böhme), dont la cavité buccale est également le lieu. On tombe aussi, au fil des 348 pages, sur des thèmes aussi éloignés du sujet que «La déglutition et l'étouffement dans l'œuvre de Christoph Schlingensiefel», pour ne rien dire des considérations théoriques sur les médias, voire les métamédias, où même les spécialistes des sciences humaines en prennent pour leur grade («actualisation du mythe de Cadmos par Marshall McLuhan»). De quoi douter parfois, ne serait-ce que du fait de l'hermétisme du jargon, de la sincérité des éditeurs lorsqu'ils disent vouloir «éclairer, au bon sens du terme, les dentistes et les éduquer».

La bouche comme cabinet de curiosités

Mais cet éclectisme, ce foisonnement déroutant de thèmes font aussi le charme et le sel de ce gros volume, au hasard duquel la bouche apparaît comme un cabinet de curiosités. Il éclaire aussi bien la symbolique onirique de la dent que la vérité sur Dracula ou l'engouement de la scène hip-hop pour la dent en or, élevée par elle au rang de symbole de réussite sociale. Si la cavité buccale regorge d'images, «Das Orale», guide d'histoire culturelle richement illustré, n'est pas en reste. La bouche est au centre d'une tradition artistique allant des visions moyenâgeuses de la bouche de l'enfer et du martyr de sainte Apolline au pape qui crie, peint dans les années 1950, de toute son âme blessée, par Francis Bacon, en passant par les scènes d'arracheurs de dents de la Renaissance hollandaise.

L'art excelle donc à montrer que si la bouche est un lieu de conquêtes culturelles, elle est au moins autant un train fantôme: entre le palais et le larynx



De quoi guérir le dentiste qui a peur du patient? Le cabaret de l'enfer, boulevard Clichy à Paris, photographie de Robert Doisneau (1952).

logent le ciel et l'enfer. Au XVIII^e siècle, la philosophie allemande a décrété le tabou bannissant de l'art les représentations de la bouche ouverte. A tout le moins lorsque cette bouche appartient à un homme ou une femme – là où, entre les dents, le regard plonge dans des abîmes, on se trouve rarement en bonne compagnie; c'est à des che-napans, des criminels, des sans foi ni loi, des monstres, des ogres, hommes ou bêtes, que l'on a affaire. Ce n'est pas par hasard que l'issue du combat entre la civilisation et le chaos se décide entre saint Georges et le dragon, pas par hasard non plus que le saint est représenté bouche close et le monstre la gueule grande ouverte et que, d'un courageux coup de lance dans ces ténèbres bardées de crocs, le saint remet les choses à leur place.

Les enfers qui béent derrière nos dents

Là encore, l'enjeu est total (Beier): il y va de la vie ou de la mort de notre culture. Et il serait étonnant que les spécialistes de la médecine dentaire aient été insensibles au puissant malaise qu'engendrent les enfers qui béent derrière nos dents. Si la culture populaire – voir Marathon Man – voit dans le dentiste le candidat idéal au rôle de tortionnaire, il existe à la peur du dentiste qu'éprouvent beaucoup de gens un pendant dont parle Ralf Vollmuth: la peur du dentiste face au patient. Une peur dont on ne parle guère, mais dont des

études sur le stress et le burnout liés au métier montrent que le «patient à problèmes» n'est pas la seule cause. Selon Ralf Vollmuth, cette crainte serait «la même que celle du couac chez le chanteur – la crainte de déchoir devant son public». Cette crainte est sans doute plus lourde à porter pour le dentiste que pour l'artiste, le dentiste agissant directement – et l'histoire culturelle le sait – sur le centre vulnérable du sujet qu'il a en face de lui: «Son public à lui est le patient, le sujet souffrant, qui, déçu dans ses attentes et sa confiance, n'est peut-être pas au bout de ses peines: parce qu'il faut prendre une deuxième fois l'empreinte, que l'extraction ne se déroule pas comme prévu, que l'anesthésie n'a pas l'effet voulu.» Mais, courage! – Ralf Vollmuth conseille de faire front vaillamment. Premièrement, avouer ses peurs, de manière à retrouver de l'aplomb. Deuxièmement, prendre ses craintes pour ce qu'elles sont: «un signal d'alarme naturel, qui réveille et fait réagir». La même méthode, en somme, que celle dont se servaient en son temps les saints Georges pour occire leurs dragons.

Daniel Di Falco est historien et journaliste culturel; il écrit pour le «Bund», à Berne, des articles sur la société, la photographie et le théâtre.

Bibliographie

Hartmut Böhme/Beate Slominski (éd.): Das Orale. Die Mundhöhle in Kulturgeschichte und Zahnmedizin. Verlag Wilhelm Fink, Munich 2013. 348 pages, 223 illustrations, Fr. 50.50 (prix indicatif).

Des piqûres potentiellement mortelles

Dans la population de notre pays, on compte 3,5% de personnes qui présentent des réactions allergiques aux abeilles ou aux guêpes, des réactions dont elles peuvent mourir. De nouveaux procédés diagnostiques permettent aux médecins de mieux constater l'allergie et d'adapter la thérapie.

Felicitas Witte, médecin et journaliste scientifique (illustrations: màd)

Elle ne le remarque que lorsque c'est déjà trop tard. Quelque chose l'a piquée dans le dos. C'est très douloureux. Peut-être qu'un insecte est entré dans la voiture par une fenêtre ouverte. Les vacances commencent bien... Quelques heures plus tard, cette femme est bien contente de ne pas être morte. La piqûre enfle, et son mari s'arrête au prochain café pour calmer la piqûre avec des glaçons. Son épouse se sent de plus en plus mal, mais pas à cause de la douleur. Une éruption se déclenche en quelques minutes et s'étend à toute la surface de son corps, comme si elle s'était roulée dans un champ d'orties. La jeune femme médecin suppose de l'urticaire. Elle n'avait encore jamais vu de patiente dans un tel état. Elle sait cependant ce que cela signifie: il s'agit d'une réaction systémique du corps au venin injecté par un insecte. Sans médicaments, c'est la détresse cardio-vasculaire qui menace, voire même la mort. «Conduis-moi immédiatement chez un médecin», demande-t-elle à son mari. Il fonce à l'hôpital en klaxonnant bruyamment, ce qu'elle n'entend plus qu'à peine. A la clinique, il lui semble manquer d'air et ne plus pouvoir respirer. Le médecin lui injecte de la cortisone, des antihistaminiques et de l'adrénaline. Une demi-heure plus tard, la patiente se sent mieux. «Vous avez eu de la chance», affirme le médecin des urgences. «Il vous faut immédiatement faire traiter votre allergie aux insectes: la prochaine fois, ce sera peut-être trop tard...» De 3 à 5% de la population de notre pays pourraient mourir d'une piqûre d'insecte. Comme pour cette jeune femme, c'est le corps tout entier



Les guêpes adorent le sucré et piquent le plus souvent lorsqu'elles sont dérangées ou se sentent menacées.

(Photo: Fotolia)

qui réagit: une urticaire prurigineuse se développe en quelques minutes sur l'épiderme. Les personnes touchées se sentent mal et ont de la peine à respirer. Dans les cas les plus graves, la respiration cesse, et le cœur ne bat plus. Les piqûres d'insectes sont les déclencheurs les plus fréquents des chocs anaphylactiques. Après une piqûre d'insecte, la piqûre enfle et la peau rougit chez presque toutes les personnes piquées. Une personne sur quatre toutefois présente une «réaction locale augmentée» (*large local reaction*): il s'agit alors d'un érythème d'une taille de plus de dix centimètres, douloureux la

plupart du temps et qui s'accompagne de lymphangite, d'un sentiment de malaise ou de frissons. Mais il ne s'agit pas d'une réaction systémique. D'après l'Office fédéral de la statistique, ce sont entre une et huit personnes qui décèdent chaque année à la suite de piqûres de guêpes ou d'abeilles. «Cependant, elles sont peut-être plus nombreuses parce que certains de ces décès ne sont pas attribués à des piqûres d'insectes», précise Peter Schmid-Grendelmeier, chef allergologue à l'Hôpital universitaire de Zurich. Les allergies aux insectes sont l'une de ses spécialités. Il reçoit chaque mois une douzaine de patientes et de patients à qui il peut proposer une thérapie efficace. «Quiconque réagit aux insectes par de l'urticaire, par une détresse cardio-vasculaire ou respiratoire doit suivre une immunothérapie», recommande-t-il. «Ces thérapies sont efficaces pour plus de 80% des patients, et la plupart d'entre eux la supportent bien.» Ensuite, il s'agit de trouver l'auteur du délit: guêpe ou abeille (tab. I)? «L'anamnèse permet souvent de le déterminer pour autant que les questions posées soient très précises.»

Aide au diagnostic: les nouveaux allergènes recombinants

Les guêpes s'habillent de jaune et de noir. Les abeilles sont plutôt brunâtres. Les premières adorent le sucré et piquent le plus souvent lorsqu'elles sont dérangées ou se sentent menacées,

Tab. I

Abeille	Guêpe
Elle est plutôt «pacifique», sauf à proximité des ruches.	Elle est plutôt «agressive».
Elle vole surtout du printemps et jusqu'à la fin de l'été, mais aussi lors des chaudes journées en hiver!	Elle vole surtout en été et jusqu'à la fin de l'automne.
Le plus souvent, le dard reste dans la peau après la piqûre.	Le plus souvent, le dard ne reste pas dans la peau après la piqûre.
Les abeilles se rencontrent surtout à proximité des ruches, des fleurs et du trèfle.	Les guêpes se rencontrent surtout à proximité de la nourriture et des déchets.
Une anamnèse détaillée renseigne souvent sur l'insecte qui a piqué le patient.	
(Source: PRZYBILLA B ET AL. AWMF-Leitlinie «Diagnose und Therapie der Bienen- und Wespengiftallergie», Allergo J 2011; 20: 318-339)	

comme dans la voiture de notre couple ci-dessus. On rencontre des abeilles à proximité de leurs ruches ou sur des fleurs. Elles sont relativement «pacifiques». On se fera piquer en marchant pieds nus sur une prairie de trèfle par exemple. «Dans la plupart des cas, l'anamnèse, des tests cutanés et la détermination des anticorps IgE spécifiques aux venins des insectes dans le sérum permettent de diagnostiquer l'allergie», dit Ulrich Müller, expert en allergologie à l'Hôpital Ziegler de Berne. «Cependant, aussi bien les tests cutanés que les IgE spécifiques ne sont pas toujours fiables.» Ainsi, certains patients peuvent avoir une réaction anaphylactique violente alors que les tests sont négatifs... Ou bien les tests montrent une allergie à la fois aux abeilles et aux guêpes. Ici, l'on ne sait parfois pas si le patient présente une véritable double allergie ou s'il n'est allergique qu'à un seul insecte et qu'il réagit dans le cadre d'une réactivité croisée à certaines des structures glucidiques présentes dans les deux venins. «Heureusement, des chercheurs ont commencé il y a quelques années à identifier des allergènes recombinants», précise Ulrich Müller. «Ils sont une aide précieuse pour le diagnostic et aussi bientôt pour la thérapie, du moins l'espère-t-on.» Le venin des insectes contient des centaines de protéines, mais seulement quelques-unes d'entre elles sont responsables des allergies. Les scientifiques les identifient en recourant à des méthodes de technique génétique *in vitro*. Douze protéines ont été identifiées dans le venin des abeilles (Api m 1 à m 12) et six dans celui des guêpes (Ves v 1 à 6). Ces allergènes sont présents en différentes concentrations dans le venin; certains sont plus allergènes que d'autres et provoquent donc plus fréquemment une réaction. L'anamnèse permet de répartir la sévérité de la réaction anaphylactique en quatre catégories (tab. II).

L'immunothérapie aide plus de 80% des patients

Après une piqûre et en présence d'une réaction étendue, ce sont les corticoïdes topiques, les antihistaminiques oraux et, le cas échéant, les corticoïdes oraux qui viennent à la rescousse. En cas de choc anaphylactique, on administre des antihistaminiques oraux, des corticoïdes oraux, de l'adrénaline à l'aide d'un auto-injecteur et, pour des patients asthmatiques ou présentant des symptômes d'asthme, des beta 2 mimétiques par inhalation. «Le seul moyen de lutter contre l'allergie, c'est toutefois l'immunothérapie», affirme Ulrich Müller. «Nous la recommandons à toutes celles et ceux qui font une sévère réaction allergique après une piqûre et dont les tests de laboratoire sont positifs, ou bien en présence de symptômes cutanés pour toutes les personnes qui sont exposées à un risque accru de piqûres tels



Le professeur Peter Schmid-Grendelmeier est allergologue en chef à l'Hôpital universitaire de Zurich. Les allergies provoquées par des insectes sont l'un de ses principaux thèmes de recherche, pas seulement sur les abeilles et les guêpes, mais également sur d'autres insectes. «Jusque et y compris l'allergie à la fourmi de feu rouge des Etats-Unis, je déconseille l'immunothérapie pour ces autres insectes. Le mieux, c'est de s'en protéger.»



La professeure Franziska Ruëff est médecin-chef de la Clinique de dermatologie et d'allergologie à l'Université Ludwig-Maximilians à Munich, où elle dirige le service des urgences allergologiques. Elle conseille à certains patients allergiques aux insectes de suivre une immunothérapie efficace. «Une phase initiale rapide protège après déjà quelques jours seulement. C'est tout indiqué pour la saison d'été.»

que les jardiniers, les agriculteurs ou les apiculteurs.» Lors de la thérapie, le médecin procède à intervalles réguliers et pendant plusieurs années à des injections sous-cutanées de quantités croissantes de venin. «Il en résulte une modification du rapport entre certaines cellules immunitaires et les substances messagères dans le sang. Le corps «apprend» ainsi à ne plus réagir de manière hypersensible», explique Ulrich Müller. La thérapie se compose d'une phase d'initiation suivie d'une

phase d'entretien. «Une phase initiale rapide protège déjà après seulement quelques jours: c'est tout indiqué pour l'été», explique Franziska Ruëff, médecin chef de la Clinique de dermatologie et d'allergologie de l'Université Ludwig-Maximilians à Munich. En hiver et quand on a le temps, on peut également commencer par des injections hebdomadaires. Le patient reçoit ensuite une injection chaque mois pendant la phase de maintien qui s'étend sur trois à cinq années.

Tab. II Degrés de sévérité pour la classification des réactions anaphylactiques *				
Degré	Peau	Abdomen	Voies respiratoires	Système cardio-vasculaire
I	Prurit Bouffées de chaleur Urticaire Angioedème	–	–	–
II	Prurit Bouffées de chaleur Urticaire Angioedème	Nausées Convulsions	Rhinorrhée Enrouement Dyspnée	Tachycardie (augmentation ≥ 20 /min) Hypotonie (chute ≥ 20 mmHg systolique) Arythmie
III	Prurit Bouffées de chaleur Urticaire Angioedème	Vomissements Défécation	Œdème du larynx Bronchospasme Cyanose	Choc
IV	Prurit Bouffées de chaleur Urticaire Angioedème	Vomissements Défécation	Arrêt respiratoire	Arrêt cardio-circulatoire

Les allergologues répartissent les réactions anaphylactiques en quatre catégories, en fonction de leur gravité. (D'après: RING J, MESSMER K. «Incidence and severity of anaphylactoid reactions to colloid volume substitutes» *Lancet* 1977; 1: 466-469)

* La classification intervient en fonction des plus sévères symptômes observés (aucun des symptômes ne doit être impérativement présent).

Après la thérapie, plus de 80% des patients ne réagissent plus du tout à une piqûre, ou seulement par une rougeur et un gonflement de la peau. «Malheureusement, il n'existe à ce jour aucun test sanguin qui nous dise clairement si l'on est bien protégé», précise Franziska Ruëff. Dans quelques cliniques, les patients peuvent se faire piquer par des abeilles ou des guêpes (à condition qu'un médecin soit disponible en cas d'urgence), et observer s'il présente encore une réaction allergique. «La provocation par piqûre directe s'impose lorsque les paramètres hématologiques ne se modifient pas dans la bonne direction, ou bien pour rassurer le patient», précise Peter Schmid-Grendelmeier. L'un de ses patients avait récemment décidé, après quatre ans d'immunothérapie, de se faire piquer par une abeille à l'Hôpital universitaire de Zurich. Il n'a survécu que grâce à des soins immédiats. «Il a subi en quelques minutes un choc

anaphylactique avec collapsus cardio-vasculaire», raconte Peter Schmid-Grendelmeier: l'immunothérapie ne l'avait pas protégé. L'allergologue a envoyé pour analyse des échantillons du sang de ce patient au laboratoire de Markus Ollert, médecin chef et directeur de la Clinique de dermatologie à l'Université technique de Munich et l'un des chercheurs de pointe sur les allergènes recombinants. Il ne fut pas du tout étonné que le patient n'ait pas répondu à l'immunothérapie: «Cet homme est allergique à un allergène du venin d'abeille qui n'est présent qu'à faible concentration dans les solutions immunologiques actuelles», confirme Markus Ollert. Ce serait l'une des principales raisons de l'inefficacité de l'immunothérapie pour 5 à 10% des patients (voir l'entretien ci-après).

A l'avenir: des thérapies personnalisées

Des centaines d'experts ont récemment débattu de ce sujet au Congrès mondial de l'allergie qui s'est tenu à Milan. «Nous avons découvert entre-temps quelques substances qui ont une influence sur la réponse immunitaire», a déclaré Cezmi Akdis, membre du directoire et porte-parole de CK-CARE, l'Institut suisse de recherche sur les allergies et l'asthme (SIAF – *Schweizerisches Institut für Allergie- und Asthmaforschung*) à Davos et, depuis peu, président de la Société européenne d'allergologie et d'immunologie clinique. «Ces découvertes nous font espérer que, dans quelques années, nous pourrions proposer à nos patients des thérapies immunitaires adaptées et personnalisées». Ulrich Müller estime que ces nouvelles approches de thérapies immunitaires qui recourent à des allergènes modifiés ou à des allergènes peptidiques qui agissent par une réaction IgE fortement atténuée tout en maintenant la réaction aux lymphocytes T sont très prometteuses. Le résultat pourrait en être une meilleure tolérance avec la

même, voire une meilleure efficacité. Il trouve également très intéressante l'idée de Markus Ollert et de ses confrères de Hambourg de «booster», c'est-à-dire d'enrichir, les solutions immunologiques utilisées à ce jour en leur ajoutant des allergènes actuellement sous-représentés. «Ceci pourrait conduire à de meilleurs résultats de la thérapie, mais pourrait susciter des difficultés juridiques.» En effet, les solutions immunologiques sont traitées comme des médicaments, et leur enrichissement par des allergènes recombinants devrait faire l'objet d'un nouvel examen et d'une nouvelle autorisation de mise sur le marché par les autorités de surveillance des produits thérapeutiques. «Ça coûterait quelques millions de francs et ce ne serait ensuite utilisé que pour une très petite part des patients», dit Ulrich Müller. Markus Ollert, chercheur en allergologie, reste désireux de conduire une étude afin d'obtenir cette autorisation. «Si nous savions que cela fonctionne, nous pourrions transférer ces résultats à d'autres immunothérapies et les rendre ainsi plus efficaces.» Aujourd'hui, on recourt à des doses accrues pour l'essentiel du traitement destiné à des personnes réfractaires à la thérapie.

On ne sait pas encore si la protection se maintient durant toute la vie. «On suppose que tel est le cas, mais nous n'avons actuellement que des résultats sur une dizaine d'années après l'immunothérapie», indique Franziska Ruëff. Pour le moment, les allergologues recommandent encore de porter sur soi un nécessaire d'urgence, même après la fin du traitement. «Nous tentons actuellement de définir des paramètres qui nous permettraient à nous autres allergologues d'affirmer: feu vert, il n'arrivera plus rien, vous pouvez renoncer au nécessaire d'urgence.» Au nom de la sécurité, il vaut mieux ne pas renoncer au nécessaire d'urgence, se tenir à l'écart des fleurs et des ruches, et ne pas contrarier les guêpes!



Le professeur Ulrich Müller est médecin consultant au service d'allergologie du Ziegler Spital à Berne et l'un des chercheurs européens de pointe sur les allergies provoquées par des insectes. «Les allergènes recombinants sont une aide précieuse pour le diagnostic et aussi bientôt pour la thérapie, du moins l'espère-t-on.»



On trouve des abeilles à proximité de leurs ruches et des fleurs. Elles sont plutôt «pacifiques».

(Photo: F. Witte)

«Bientôt une thérapie immunitaire personnalisée?»

Le professeur Markus Ollert est médecin-chef et directeur de la Clinique de dermatologie sur la rive droite de l'Isar à l'Université technique de Munich. Voici plus de quinze ans que cet allergologue fait des recherches afin de découvrir pourquoi l'immunothérapie ne réussit pas sur certains patients. Il espère que, dans quelques années, il sera en mesure de proposer à ses patients une thérapie immunitaire personnalisée, adaptée à leurs besoins individuels.

Entretien conduit par Felicitas Witte (illustration: màd)

RMSO: Professeur Ollert, un patient souffrant d'allergie aux abeilles a failli mourir récemment à l'Hôpital universitaire de Zurich parce qu'il n'a pas répondu à l'immunothérapie. Pourquoi ce traitement est-il inefficace pour 10 à 20% des patients?

Markus Ollert: c'est parce que la solution immunologique n'est pas encore aussi perfectionnée que nous le désirerions. Elle ne contient pas en quantités suffisantes les allergènes spécifiques dont nous avons besoin pour désensibiliser l'organisme.

Mais la solution injectable fabriquée à partir du venin d'insectes contient bien des allergènes?

Oui, certainement. Depuis les débuts de l'immunothérapie moderne à la fin des années 80, les chercheurs en allergologie ont toutefois observé que le traitement n'avait absolument aucun effet sur certains patients bien qu'ils eussent tous reçu les mêmes solutions injectables. Des tests biochimiques m'ont indiqué que ceci dépendait du type d'allergènes auxquels le patient est sensible. A l'époque, nous ne connaissions pas encore toutes les protéines. Ce n'est que dix ans plus tard, en collaboration avec d'autres chercheurs, que nous avons pu identifier d'autres allergènes, l'un après l'autre, en recourant à des méthodes relevant du génie génétique. Depuis lors, nous en avons identifié six chez la guêpe et douze chez l'abeille, respectivement Ves v 1 à 6 et Api m 1 à 12.

A quoi cela vous sert-il de connaître ces protéines?

Nous savons désormais quelles quantités d'allergènes contient la solution injectable. Prenons l'exemple de la solution de venin d'abeille: elle contient une assez grande quantité d'Api m 1 et 2, mais peu d'Api m 3 et 10. De plus, nous pouvons désormais dire quelles personnes sont allergiques à quels allergènes. Par exemple, seul un petit nombre d'allergiques réagissent fortement à Api m 6, mais ils sont nombreux à être sensibles à Api m 1, 3 et 10. La surprise, c'est que de nombreux allergiques réagissent à Api m 3 et 10, bien que ces protéines ne soient présentes qu'à de



Cela fait plus de quinze ans que le Prof. Markus Ollert fait des recherches afin de découvrir pourquoi l'immunothérapie ne réussit pas sur certains patients.

faibles concentrations. Ce sont eux nos «patients à problèmes». La raison en est que les solutions injectables dont nous disposons actuellement ne contiennent pas suffisamment d'Api m 3 et 10. De ce fait, le système immunitaire de ces patients ne peut pas se confronter suffisamment à ces allergènes. Ceci explique clairement pourquoi la thérapie ne réussit pas avec eux. Nous voulons le démontrer par des études ad hoc.

Quels effets pour les allergies aux guêpes?

Pour celles-ci, le problème est moins sérieux. La presque totalité des patients sont sensibles aux allergènes présents à des concentrations élevées, à savoir Ves v 1 et 5. Ceci explique pourquoi l'immunothérapie avec de l'extrait de venin de guêpe est efficace sur plus de 90% des patients. Nous ne connaissons pas encore l'allergène problématique pour les rares récalcitrants à la thérapie immunitaire au venin de guêpe, contrairement au venin d'abeille.

Comment pourrait-on aider les patients problématiques sensibles au venin d'abeille?

Nous pouvons doubler la dose des injections. Mais nous préférons «personnaliser» la thérapie, c'est-à-dire l'adapter individuellement à chaque patient.

Et comment procéderiez-vous?

Nous pourrions tout simplement ajouter à la solution injectable habituelle un peu d'Api m 3 pour un patient sensible à cet allergène. Nous appelons cela «booster» la solution injectable. Ou bien nous pourrions n'administrer que l'allergène auquel le patient est effectivement sensible, par exemple Api m 1 ou 2. Nous effectuons déjà des tests afin de savoir si l'on pourrait ajouter d'autres substances à la solution injectable, susceptibles de renforcer la réponse immunitaire du corps et de provoquer moins d'effets secondaires indésirables. D'autres chercheurs examinent la possibilité d'injecter la solution dans des ganglions lym-

phatiques ou de l'appliquer sur la peau, ainsi que la combinaison ou le mélange de divers allergènes entre eux ou avec d'autres substances. A ce jour, nous ne savons pas laquelle de ces stratégies est la meilleure. Peut-être y a-t-il dans la solution injectable des substances responsables de l'échec ou la réussite de la thérapie immunitaire, substances que nous ne connaissons pas encore. Si nous les connaissions, nous pourrions les éliminer ou les renforcer afin d'améliorer l'efficacité de l'immunothérapie.

Avec d'autres chercheurs, vous avez créé une entreprise à Hambourg afin de proposer de meilleures thérapies immunitaires aux patients. Mais il n'existe encore aucune thérapie «sur mesure». Pourquoi cela prend-il tant de temps?

Neuf ans, ce n'est pas beaucoup de temps pour la recherche. Pour les médicaments, il faut en moyenne treize ans pour qu'un nouveau produit thérapeutique arrive sur le marché! De plus, nous ne travaillons pas avec une substance, mais avec des douzaines... A ceci s'ajoute le fait que nos études doivent être aussi exhaustives que celles de l'industrie pharmaceutique si nous voulons pouvoir proposer une thérapie sur mesure. Mais nous n'avons que peu de soutiens financiers de la part de l'industrie pharmaceutique ou d'autres bailleurs de fonds. Ils estiment que les dépenses pour le développement de nouvelles thérapies immunitaires sont trop élevées. Cependant, une piqûre peut tuer quelqu'un en seulement quelques minutes. Nous devons donc nous mettre à la recherche d'autres voies pour développer cette thérapie à l'intention des patients concernés. Une

approche possible serait peut-être celle des maladies orphelines. En effet, on reçoit plus aisément des financements pour ces affections très peu fréquentes. De plus, nous pourrions plus tard proposer d'autres thérapies personnalisées, par exemple pour la rhinite allergique ou les maladies auto-immunes telles que la sclérose en plaques ou le diabète de type 1.

Nul doute que de passionnants et nouveaux résultats seront présentés lors du symposium international d'allergologie moléculaire qui se tiendra en décembre à Vienne (A)*.

* www.eaaci-isma.org

Il n'y a pas que les guêpes et les abeilles

On peut aussi avoir des réactions allergiques à d'autres insectes. C'est heureusement assez rare, mais le pronostic vital peut aussi être engagé.

Quelque chose l'a piqué. Il s'est mis à transpirer à profusion. Il a été pris d'un étourdissement et n'arrivait plus à respirer normalement. Ce jeune homme de 29 ans voulait passer des vacances de détente au camping, mais il s'est retrouvé à l'hôpital peu de temps après. Les médecins ont pu encore lui sauver la vie. Par contre, l'aide est arrivée trop tard pour ce bébé de 3 mois. La nourrice avait entendu la petite fille crier dans la chambre à côté. Elle a pensé qu'il s'agissait simplement de maux de ventre. Le bébé était mort lorsqu'elle est entrée dans la chambre quelques instants plus tard. Il s'agissait dans ces deux cas d'une allergie aux fourmis de feu rouges. «L'homme peut aussi avoir des réactions allergiques à d'autres insectes que les abeilles ou les guêpes», dit Peter Schmid-Grendelmeier, allergologue et spécialiste des insectes à l'Hôpital universitaire de Zurich. «C'est heureusement très rare.» L'homme et le bébé ont été piqués aux Etats-Unis, où les fourmis de feu rouges sont présentes, tout comme au Brésil et en Australie du Nord. «Ces dernières années, on a de plus en plus fréquemment rapporté des cas de patients qui, en Europe, ont eu de violentes réactions allergiques après des piqûres de fourmis de feu rouges», expose Peter Schmid-Grendelmeier. C'est ainsi qu'une femme âgée de 27 ans a soudain présenté une urticaire généralisée, de la dyspnée et un collapsus cardio-vasculaire après avoir travaillé sur du bois. Elle avait été piquée par une fourmi de feu rouge qui se trouvait, pense-t-on, dans du bois importé d'Amérique du Sud.

Plus souvent qu'aux fourmis de feu, certaines personnes présentent des réactions allergiques à la salive des moustiques. La plupart du temps, les victimes ne remarquent pas la piqûre, mais bien la réaction allergique: la peau rougit, enfle et démange horriblement. Il est rare que survienne un choc systémique avec détresse respiratoire ou perte de conscience. «Contre cette allergie, il n'y a guère que les répulsifs antimoustiques et le port de vêtements longs», conseille Peter Schmid-Grendelmeier, «... et puis, si on s'est fait piquer, il y a les corticoïdes topiques ou les antihistaminiques oraux».

Le diagnostic d'une allergie à des insectes n'est pas toujours aussi facile que dans le cas des piqûres rouge vif des fourmis de feu, ou des enflures rose-rouge après une piqûre de moustique. Les allergologues doivent parfois se muer en détectives lorsqu'un patient se plaint de manifestations allergiques typiques, mais sans que l'on ne trouve d'indication précise sur leur origine. Si une personne présente une rhinorrhée ou des accès de toux lorsqu'elle nourrit les poissons de son aquarium, il pourrait s'agir d'une allergie aux larves rouges de moustiques que l'on trouve dans les aliments pour poissons. «La thérapie est des plus simples...», dit Peter Schmid-Grendelmeier, «... on change d'aliments pour poissons!» Si quelqu'un a des accès de toux pendant la nuit et qu'il aime bien dormir la fenêtre ouverte, ce peut être une allergie aux tiques du pigeon. Ces bestioles vivent dans le plumage de ces volatiles et pénètrent dans la chambre à coucher par la fenêtre ouverte. «La meilleure thérapie, c'est de se débarrasser des pigeons.» Les sprays nasaux, contre l'asthme par exemple, peuvent aider lorsque les symptômes se manifestent. Une personne qui présente quand elle se tient à l'intérieur de la maison des rhinorrhées et des accès de toux en dehors de la saison des pollens est peut-être sensible aux excréments des cochenilles. «Les sprays antiallergies peuvent aider dans ce cas, mais le mieux c'est encore de détruire les vermines!»

Les allergologues font depuis longtemps des recherches afin de savoir s'ils pourront également traiter ces allergies par l'immunothérapie. «Jusqu'à présent il n'existe aucune solution normalisée pour ces cas», signale Peter Schmid-Grendelmeier. «Jusqu'et y compris l'allergie à la fourmi de feu rouge des Etats-Unis, je déconseille l'immunothérapie pour ces types d'allergie. Le mieux, c'est de se protéger des insectes.»

Mieux valent des doutes que des certitudes infondées...

Giovanni Ruggia a étudié l'anthropologie avant ses études de médecine dentaire. Il est l'auteur de l'ouvrage: «Elementi di etica e cultura civica umanistica» qu'il a édité en collaboration avec l'Association des libres penseurs du Tessin. Il s'agit pour lui de défendre les droits démocratiques fondamentaux en matière de liberté, droits auxquels s'opposent doctrines religieuses et préceptes de morale. Notre rédactrice a interrogé ce médecin-dentiste tessinois sur la genèse de son ouvrage.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (texte)

Giovanni Ruggia s'intéresse à la philosophie depuis sa jeunesse. Ses études en anthropologie l'on conforté dans sa conception laïque du monde. Lors d'une assemblée de l'Association des libres penseurs du Tessin, il a proposé l'introduction d'une matière «Conception laïque du monde» lors du débat engagé il y a quelques années autour d'un projet du département tessinois de l'instruction publique sur l'introduction d'une matière «Histoire des religions» pour remplacer le catéchisme confessionnel. Après le repas du soir pris en commun, le président de l'association tessinoise a demandé à Giovanni Ruggia s'il participerait à ce projet. Ils se sont ensemble mis à la recherche d'un éditeur et c'est ainsi que l'ouvrage «Elementi di etica e cultura civica umanistica» a vu le jour quelques mois plus tard. Giovanni Ruggia satisfait sa curiosité partout où il découvre quelque chose de passionnant quelque part dans le monde. Son approche rationnelle et exempte de préjugés l'amène notamment à des contacts avec l'association des libres penseurs suisses, Skeptiker Schweiz, The Brights et d'autres libres penseurs. Les discussions avec des amis et des proches du cercle familial sont une source inépuisable de nouvelles interrogations et de nouveaux débats, également autour des événements de l'actualité.

RMSO: A laquelle de ces trois questions existentielles vous intéressez-vous le plus: d'où venons-nous? Qui suis-je? Où vais-je?

Giovanni Ruggia: d'où venons-nous...

Nous savons aujourd'hui que nous sommes faits d'authentiques débris d'étoiles. Les éléments carbone, oxygène, calcium, phosphore, etc. ... dont nous sommes tous faits sont nés des explosions de supernovas. Depuis l'apparition de la vie, nous pouvons affirmer que nous sommes le résultat d'une succession ininterrompue d'êtres vivants qui ont réussi. Les méthodes scientifiques nous ouvrent un immense et passionnant domaine de recherche, au moins aussi fascinant que tous les mythes sur l'origine du monde.

Qui suis-je? J'aimerais bien compléter la question par les paroles de Richard David Precht: «Qui suis-je? Et si oui: combien?»: des connaissances

que la science met à notre disposition, pouvons-nous tirer la conclusion que le «je» n'est pas un être unique, mais un rassemblement de modules différents les uns des autres et pas toujours très cohérents les uns avec les autres.

Où vais-je? Quant à la question de savoir où je vais, elle n'a probablement pas de réponse. L'évolution des êtres vivants est un processus à la fois aveugle et sans but. Ses résultats ne peuvent pas être prévus. C'est à nous-mêmes qu'il appartient de décider où nous allons. Nous vivons ici et maintenant, et nous devons être toujours conscients que notre sort dépend également de celui de nos contemporains.

A votre avis, y a-t-il une éthique universelle susceptible d'unir les peuples?

Nous sommes des êtres qui vivent en société. Nous possédons en nous des règles innées et intuitives de comportement. Mais ces règles ne valent que pour les membres de notre propre groupe. Nous avons une aversion naturelle pour ce qui nous est étranger, voire même une inclination marquée à la violence lorsqu'il s'agit de défendre des valeurs que nous considérons essentielles. Cependant, les différences entre les cultures et les civilisations restent relatives. Ce sont plutôt des différences de degré. Les traditions culturelles ne sont ni homogènes, ni clairement séparées. Parfois, des différences internes peuvent même être plus importantes que celles qui nous séparent de l'extérieur. Nombreux sont les conflits de valeurs qui naissent au sein même d'une seule et même culture.

Notre approche doit partir de l'ensemble de l'expérience humaine de chacun. Nous connaissons les émotions que nous suscitons. Nous connaissons les changements que notre expérience peut apporter à notre vie matérielle. Nous savons aujourd'hui qu'il n'y a aucune dichotomie entre un monde spirituel exalté et monde matériel plus terre à terre. C'est tout le contraire: *no body, no mind*. Nous possédons cependant un instrument universel qui nous permet de surmonter les barrières de langues et de cultures, et de nous rapprocher d'autrui: le langage du corps. Il n'exprime pas seulement l'empathie: il peut aussi signifier défiance et inimitié.



Giovanni Ruggia: «Les méthodes scientifiques nous ouvrent un immense et passionnant domaine de recherche, au moins aussi fascinant que tous les mythes sur l'origine du monde.»

(Photo: Marco Tackenberg)

Quelle est votre attitude vis-à-vis des religions de ce monde?

Les croyances religieuses permettent à chacun d'être optimiste. Les croyances répondent au désir que l'on a de trouver des explications: la religion donne un sens à la vie du croyant. La perception complète et objective de sa propre vie est insupportable pour bien des gens.

Mais, comme tout autre produit de l'intellect humain, les religions ont de très sérieux aspects négatifs. Elles engendrent l'intolérance, le mépris de la dignité humaine, les exactions et la violence contre ceux qui ne partagent pas la même croyance; elle exacerbe les sentiments de culpabilité.

L'Homme fait partie de la nature tout en étant simultanément son plus dangereux adversaire. Comprenez-vous ce phénomène?

La nature ne possède aucune direction d'évolution prédéterminée. Elle résulte du hasard et de la nécessité. L'Homme lui-même est un produit de l'évolution naturelle, comme tous les autres êtres vivants. C'est un processus opportuniste qui évolue sans direction prédéfinie. Dans la nature comme dans l'Homme, nous trouvons partout de petites et de grandes imperfections. Elles sont le résultat de bien des compromis entre des exigences et des besoins à la fois différents et contra-



«Il faut aussi mener une vie saine, entraîner son corps et son esprit, le tout sans exagération», dit Giovanni Ruggia. (Photo: Fotolia)

dictoires. C'est l'un des plus sérieux arguments contre la théorie de l'*intelligent design*. L'évolution du monde semble plutôt résulter de l'activité d'un bricoleur à la fois incompétent et travaillant à l'aveuglette.

Où trouvez-vous du réconfort en des temps difficiles?

Aucune situation n'est identique à une autre. Je ne peux donc pas énoncer de règle. Je tente plusieurs approches différentes. Etant donné que

notre propre bonheur dépend de celui des autres, il importe d'entretenir, de soigner des relations vivantes ainsi qu'une vie culturelle riche et variée. Il faut aussi mener une vie saine, entraîner son corps et son esprit, le tout sans exagération. Pour ce faire, nous avons besoin d'activités régulières qui nous placent devant des défis intéressants à relever, qui attirent notre attention, sans outrepasser les limites de nos aptitudes. Si nous menons cette vie avec d'autres personnes, nous en retirons un profond sentiment de bien-être et une vie intérieure très féconde. Les personnes comblées de ce point de vue se rétablissent mieux et guérissent plus rapidement après une maladie ou un accident. La nature elle-même, même si nous lui sommes indifférents, reste quelque chose d'essentiel pour nous tous. Elle peut nous inspirer à la fois émerveillement, profond respect, curiosité et joie. Je suis bien conscient que je ne raconte là rien de bien nouveau ni de bien extraordinaire: je n'ai aucune solution miracle à offrir.

Renseignements supplémentaires sur: www.ruggia.ch/blog

**UNE RENOMMÉE
QUI S'ÉTEND
CHAQUE JOUR**

**SIMPLE
ECONOMIQUE
RAPIDE**

**LE PREMIER ONLINE-STORE SUISSE
POUR DES PRODUITS DENTAIRES DE MARQUE**

:DENTONET

Réouverture à Port-au-Prince de la clinique dentaire du SDI

Le catastrophique tremblement de terre à Haïti a également détruit la clinique dentaire du Secours Dentaire International (SDI). C'est à l'infatigable engagement de Michel Lebrun, médecin-dentiste natif d'Haïti, que l'on doit la réouverture de la clinique entièrement remise en état et la cérémonie festive qui s'est tenue à mi-mai dernier.

Michael Willi, D^r méd. dent., président (texte et illustrations)

La clinique dentaire a été construite en 1996 en face du Foyer Maurice Sixto (FMS), l'un de ses partenaires locaux. Elle a subi de lourds dommages lors du séisme. Les étages supérieurs ont été particulièrement touchés, et seule leur démolition entrain en ligne de compte. Par contre, le rez-de-chaussée semblait n'avoir pas subi de trop gros dommages.

Michel Lebrun, médecin-dentiste originaire d'Haïti et chef du projet du SDI depuis l'ouverture de la clinique en 1996, a été le témoin oculaire de la catastrophe. Il a vu d'innombrables victimes être ensevelies sous les décombres, parmi elles de très nombreux enfants et jeunes gens. Des centaines de cadavres ont jonché les rues pendant plus d'une semaine. Ces tristes événements resteront à jamais gravés dans la mémoire du D^r Lebrun. C'est pour tenter d'apaiser les souffrances de ses compatriotes qu'il a consacré la plus grande partie de l'année à la reconstruction de la clinique du SDI plutôt que

La clinique fortement endommagée après le tremblement de terre



de jouir d'une retraite bien méritée en Suisse, où il a exercé comme médecin-dentiste pendant des décennies.

En raison du risque important d'effondrement de l'immeuble de la clinique, son équipe et le D^r Pa-

trick Angrand, directeur, ont travaillé depuis le tremblement de terre dans un bâtiment voisin. La salle de traitement provisoire, d'environ 25 mètres carrés, sert à la fois de bureau, de local de stérilisation et de dépôt. Il y fait très chaud. Ces condi-



Une cérémonie festive a marqué la réouverture de la clinique le 11 mai 2013.



La clinique du SDI a pu reprendre ses activités grâce au soutien de nombreuses organisations et donateurs privés.

tions déjà défavorables sont encore péjorées par un fauteuil que l'on ne peut pas déplacer. Notre partenaire FMS a également connu des bouleversements considérables. Les classes de l'école ont dû être aménagées dans la cour, sous une bâche provisoire, parce que les classes des étages supérieurs de la clinique ne peuvent plus être utilisées. Il est impossible d'aménager une clinique dentaire permanente sur le terrain du FMS: il n'y a tout simplement pas suffisamment de place.

Le bailleur de l'immeuble de la clinique ne disposait pas des moyens nécessaires à l'assainissement de la clinique, et c'est pour cela qu'il s'était résolu à vendre la parcelle. Pour sauver la clinique, il a fallu négocier un contrat de vente qui a été signé par devant notaire. Mission bien difficile dans un pays qui ne possède pas de cadastre et où la sécurité juridique fait défaut.

La direction du SDI a dû se rendre sur place pour tirer au clair les questions les plus importantes afin de pouvoir lancer le projet de reconstruction, ce qui n'a été possible qu'au printemps 2012 en raison du choléra endémique et de la situation sécuritaire éminemment précaire. Un plan de réalisation a été élaboré en collaboration avec le Foyer Maurice Sixto, le partenaire local, ainsi qu'un concept pour lever des fonds. Grâce au soutien de nombreuses organisations et donateurs privés, le financement du projet a pu être bouclé à fin 2012, bien que la catastrophe de 2010 eût depuis longtemps disparu à la fois des médias et de la mémoire des Européens. Une couverture résistante aux intempéries s'est avérée indispensable de toute urgence lorsque le cyclone Sandy s'est abattu sur Haïti en octobre 2012, afin de préserver la substance de l'immeuble qui abrite la clinique dans le quartier du Carrefour.

Le contrat de vente a pu être conclu grâce aux infatigables efforts de Michel Lebrun à Port-au-Prince: les travaux de reconstruction ont pu commencer exactement trois ans jour pour jour après le tremblement de terre. C'est le 11 mai 2013 que j'ai pu, en ma qualité de président du Secours Dentaire International, célébrer la réouverture de la clinique rénovée à l'occasion d'une cérémonie festive. La clinique dentaire est située dans le quartier pauvre de Carrefour. Elle revêt une importance considérable, non seulement pour son personnel et ses nombreux patientes et patients, mais également pour l'œuvre de bienfaisance qu'est le Foyer Maurice Sixto: c'est une importante source de revenus au service des enfants oubliés et sans droits.

Jan Victors – scène de genre «Chez le dentiste»

Au XVII^e siècle, les traitements dentaires étaient administrés par les chirurgiens. Leur profession était issue de celle des barbiers. Il s'agissait donc d'artisans. Les chirurgiens, gens de pratique, ne recevaient aucune formation académique semblable à celle prodiguée aux médecins de l'époque. On comptait dans leurs rangs moult charlatans et médocastres. Leur statut social était peu élevé ainsi que le tableau de Jan Victors semble bien le montrer: ils allaient de village en village.

Dr Bettina Broxtermann (illustration: BonaDent)

Dans cette scène, Jan Victors conduit l'observateur sur la place d'un village aux Pays-Bas. Les habitants se pressent: un dentiste a installé son fauteuil à l'air libre. Une simple table recouverte d'un tapis vert, un petit coffre en bois et nombre de petits flacons d'élixirs divers. Un parasol rouge de style oriental domine la scène. Les gens du cru le verront de loin. Au premier plan à droite, un homme est assis sur un tonneau. Le dentiste se tient à côté de lui. Les positions des bras et des jambes font plutôt penser à une bagarre. Contrairement aux spectateurs qui l'entourent, il semble moins apprécier l'intervention. Le médecin l'attrape par sa tignasse, lui tire la tête en arrière et farfouille dans sa bouche avec un objet. Ses pieds quittent le sol, il glisse de plus en plus du tonneau qui sert de fauteuil, tout en se cramponnant des deux mains à un long bâton.

Manfred Schmitt, le patron de BonaDent Sàrl, a acquis ce tableau d'un privé pour sa collection d'art consacrée au thème de la dentisterie lors d'une vente aux enchères en 2000. Jan Victors a peint quatre versions de ce thème. Elles se trouvent aujourd'hui dans d'importants musées et au siège de l'ordre allemand des médecins à Berlin.

Nous ne savons pas grand-chose de la vie de Jan Victors, peintre de scènes historiques et de genre. Il serait né à Amsterdam en 1620 et il a été l'élève de Rembrandt vers 1640. Il est mort en 1676 aux Indes orientales ou en y allant.

Le tableau montre bien qu'un traitement dentaire au XVII^e siècle n'avait rien de commun avec la médecine dentaire moderne pratiquée de nos jours. Si la médecine dentaire de l'Antiquité appartenait encore à la médecine générale, donc aux arts libéraux, tout a changé au Moyen Age. Les traitements dentaires étaient administrés par les chirurgiens. Leur profession était issue de celle des barbiers. Il s'agissait donc d'artisans. Les chirurgiens, gens de pratique, ne recevaient aucune formation académique semblable à celle prodiguée aux médecins de l'époque. On comptait dans leurs rangs moult charlatans et médocastres. Leur statut social était peu élevé ainsi que le tableau de Jan Victors semble bien le montrer: ils allaient de village en village, leurs traitements consistaient le plus souvent en l'avulsion de la dent malade. Bien des dents saines étaient alors

victimes des instruments grossiers utilisés lors de ces interventions.

La plupart du temps, le «médecin-dentiste» se faisait accompagner d'assistants chargés de vendre des médicaments et d'encaisser le prix de la prestation. Dans la représentation de Jan Victors, des badauds entourent la table de la jeune femme et observent le traitement, d'abord amusés, puis avec commisération. Un homme que l'on remarque à son pourpoint rouge vif s'est mis la main droite dans le dos, paume en dehors. De la main gauche, il pointe vers le dentiste en action. Ce geste devient compréhensible lorsque l'on sait que les dentistes de ce temps-là étaient réputés pour leur cupidité qui finissait souvent en quelque petite escroquerie. Pendant leurs douloureux traitements, leurs aides ou les spectateurs s'enrichissaient avec la bourse du patient ou le contenu des poches des badauds...

La tradition iconographique de l'arracheur de dents était très appréciée. Elle remonte aux Pays-Bas dès le début du XVI^e siècle. De nombreux peintres, dont Jan Victors également, étaient incités à peindre plusieurs versions d'un tableau afin de répondre à la forte demande à l'époque.

Pendant les longues années du conflit avec l'Espagne, il est étonnant que la Hollande fut devenue au long du XVII^e siècle l'une des plus riches contrées du monde. Un commerce intense, la création de points d'appui dans les colonies ont permis l'émergence d'une bourgeoisie prospère

et de pensée libérale. L'une des conséquences de cette prospérité a été l'apparition d'un marché de l'art florissant suivi ensuite d'un appauvrissement des artistes en raison de l'offre excessive d'œuvres d'art et d'artistes.

La peinture de genre à laquelle appartient le tableau «Chez le dentiste» de Jan Victors trouve son origine dans les évolutions de la pensée et de la politique de l'époque, et donc sur la toute nouvelle image de soi dans la population. Les thèmes classiques tirés de la Bible, de la mythologie et de l'histoire n'ont toutefois rien perdu de leur importance. La peinture de genre reflétait les besoins des gens, leurs activités, leur travail et leur vie sociale: joyeux bals paysans, joueurs et buveurs en action, gens grossiers taillés à coups de serpe, vieilles femmes envahies de rides, mendiants claudicants, représentés à l'extérieur ou dans de sordides bouges. Tout ou presque pouvait être représenté. Il ne s'agissait pas de portraits de telle ou telle personne bien définie, mais de représentations de types de personnages associées à des schémas de comportement très bien définis. Tel était le cas du barbier chirurgien arracheur de dent.

BonaDent GmbH
 Berner Strasse 28
 60437 Frankfurt am Main
www.bonadent.de

Dans cette scène, Jan Victors conduit l'observateur sur la place d'un village aux Pays-Bas. Les habitants se pressent: un dentiste a installé son fauteuil à l'air libre.



SSO Fonds de recherche

La SSO apporte son soutien et s'engage en faveur de la recherche en médecine dentaire. C'est dans ce but qu'elle entretient depuis 1955 un fonds qui finance des projets scientifiques. Il est alimenté chaque année à raison de CHF 125 000.– provenant des cotisations des membres de la SSO.

Schmidt JC^a, Astasov-Frauenhoffer M^b, Hauser-Gerspach I^b, Schmidt JP^c, Waltimo T^b, Weiger R^a, Walter C

Etude in vitro sur l'efficacité de diverses brosses à dents soniques sans contacts directes avec les soies de la brosse dans l'optique de l'enlèvement du biofilm.

Ce projet de recherche a été financé en partie par le SSO fonds de recherche (n° 264-12). Conformément aux nouvelles directives de la SSO, un résumé de chaque étude ayant bénéficié du soutien du fonds de la recherche est désormais publié dans la RMSO. La publication intégrale «Efficacy of various side-to-side toothbrushes for noncontact biofilm removal» (SCHMIDT ET AL. CLIN ORAL INVESTIG 2013 EPUB AHEAD OF PRINT) et la critique «Brushing without brushing? – A review of the efficacy of powered toothbrushes in noncontact biofilm removal.» (SCHMIDT ET AL. CLIN ORAL INVESTIG 2013; 17: 687–709) se trouvent dans Clinical Oral Investigations et peuvent être téléchargées à partir de la base de données électroniques PubMed. Pour toute question, veuillez vous adresser à Clemens Walter (clemens.walter@unibas.ch).

Résumé

Contexte

Il a été possible, dans le cadre d'un travail de suivi systématique, de montrer que différentes brosses à dents soniques permettent d'obtenir in vitro une réduction du biofilm sans contact mécanique directe des soies. Pour des recherches plus approfondies, il est proposé de prendre en considération la salive humaine, le recours à des biofilms multi-espèces à l'aide d'un modèle approprié, ainsi que de procéder à l'adéquation à la durée usuelle du brossage des dents.

But

L'objectif poursuivi par cette étude était d'obtenir une évaluation indépendante de quatre différences brosses à dents soniques quant à leur action sur l'enlèvement du biofilm, sans contact direct avec les soies de la brosse et en tenant compte des paramètres énumérés ci-dessus.

Matériel et méthode

La formation in vitro d'un biofilm multiespèces est intervenue à l'aide d'un modèle de biofilm à la fois dynamique et statique sur plaquettes en titane (SLActive, Straumann, Bâle, Suisse) préalablement incubées dans un mélange de salive et

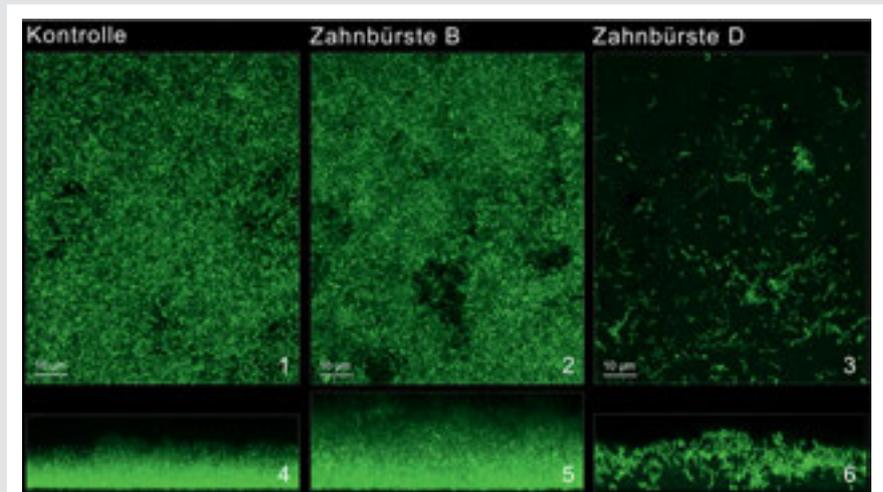


Fig. 1 Vues MCBL représentatives après une durée d'exposition de 4 s à une distance de 2 mm. Images par réflexion (1–3) et coupes transversales (4–6) d'un film non exposé (contrôle) et de biofilms exposés l'un à la brosse à dents B (pas de réduction significative du biofilm) et l'autre à la brosse à dents D (réduction significative du biofilm).

de sérum. Ensuite, l'action de quatre différentes brosses à dents soniques (A, B, C, D)* sur les biofilms a été examinée à l'aide d'un appareillage spécialement conçu dans ce but. Les brosses à dents ont été achetées dans des magasins d'électroménager à Bâle, en Suisse. Les distances entre les soies des brosses à dents et la surface des biofilms étaient de 0, 2 et 4 mm avec une durée d'exposition de 2, 4 et 6 secondes. Les volumes de biofilm restants sur les substrats ont été analysés par microscopie confocale à balayage laser (MCBL – en anglais CLSM pour *confocal laser scanning microscopy*) à l'aide du logiciel Imaris version 7.5.2.

Résultats

Les brosses à dents soniques étudiées ont obtenu une réduction du biofilm sans contact direct des soies allant de 9 à 80%. L'efficacité des brosses à dents soniques était significativement différenciée: $p < 0,05$ – voir figure 1. Les biofilms ont été réduits de manière significative par les brosses à dents soniques C ($p = 0,001$) et D ($p = 0,001$). Les brosses à dents soniques A ($p = 0,352$) et B ($p = 0,959$) n'ont montré aucune réduction conséquente du biofilm. L'influence de différentes durées d'exposition et des différentes distances par rapport au biofilm sans contact direct avec les soies des brosses à dents n'était pas significative ($p > 0,05$).

Conclusion

L'efficacité des brosses à dents soniques examinées était différenciée et spécifique au produit pour les quatre brosses à dents examinées. Pour deux d'entre elles (C et D), il a été possible de mettre en évidence une réduction du biofilm sans contact direct avec les soies des brosses à dents. Il n'est pas possible de transférer des résultats sur d'autres brosses à dent qui n'ont pas fait l'objet de la présente étude.

Remerciements

Nous remercions la Société suisse des médecins-dentistes du soutien financier qu'elle a apporté à ce projet scientifique.

^a Clinique de parodontologie, d'endodontologie et de cariologie des Cliniques universitaires de médecine dentaire, Bâle

^b Clinique de médecine dentaire préventive et de microbiologie orale des Cliniques universitaires de médecine dentaire, Bâle

^c Institut des sciences de l'assurance, Faculté de mathématiques de l'Université d'Ulm

* Brosse à dents A: Trisa® Sonic Impulse – Brosse à dents B: Oral-B® Pulsonic Slim Type 3746 – Brosse à dents C: Philips® Sonicare FlexCare HX6902/02 – Brosse à dents D: Waterpik® Sonicare® Professional SR-1000E

Congrès / Journées scientifiques

Séminaire de la SSO sur le «Droit du travail» – Partie 3

«Droits et obligations pendant la durée des rapports de travail»

Quelle est la différence entre une assurance pour indemnités journalières en cas de maladie immédiate ou différée? A quoi faut-il veiller lorsque le cabinet dentaire emploie des femmes enceintes ou allaitantes? Toutes ces questions et bien d'autres encore ont trouvé réponse autour de l'empêchement de travailler, de la poursuite du versement du salaire ainsi que de la grossesse et de la maternité dans le troisième et dernier volet du séminaire de la SSO consacré au droit du travail.

Adrienne Schneider, D^r méd. dent, cabinet dentaire privé (illustration: iStockphoto.com)

C'est en automne 2012 que la SSO a mis sur pied pour la première fois un cours de droit du travail à l'intention des médecins-dentistes. Les sujets abordés ont été rassemblés par G. Koller, D^r en droit et avocat, juge suppléant et greffier principal pendant de longues années au Tribunal des prud'hommes de Zurich, d'entente avec A. Weber, D^r en droit et avocat, et avec C. Bless, D^r méd. dent. Pour la première fois cette année, le cours a été subdivisé en trois parties. La première d'entre elles était consacrée au «Début et fin des rapports de travail». La deuxième a abordé les «Droits et obligations pendant la durée des rapports de travail» et la troisième et dernière a porté sur les «Empêchements de travailler» pour cause de maladie ou d'accident, ainsi qu'en cas de grossesse et de maternité.

Poursuite du versement du salaire en cas d'absence

C'est au salarié qu'il incombe d'apporter la preuve d'un empêchement de travailler sans qu'il en soit responsable. Un certificat médical peut servir de preuve, voire, dans certaines circonstances, la simple déclaration d'un témoin. Il est toutefois souvent pertinent de mentionner déjà dans le contrat de travail la possibilité de demander le concours d'un médecin de confiance. Il n'y a poursuite du versement du salaire que lorsque l'empêchement de travailler sans faute du salarié intervient pour cause de maladie, d'accident, de grossesse et de maternité, ou en raison de l'accomplissement d'une obligation légale ou de l'exercice d'une fonction publique. D'autres dispositions sont à respecter en la matière, notamment celles qui concernent la durée des rapports de travail.

Assurances obligatoires

Les assurances obligatoires sont l'assurance perte de gain, l'assurance accidents et l'assurance militaire. Les assurances accidents comprennent l'assurance contre les accidents professionnels dont les primes sont à payer par l'employeur ainsi que l'assurance contre les accidents non professionnels dont l'employeur peut déduire les primes du

salaire. Seuls les salariés qui travaillent plus de huit heures par semaine sont assurés contre les accidents non professionnels.

Assurances d'indemnités journalières en cas de maladie

Toute conclusion d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie doit intervenir en la forme écrite dans le respect des dispositions de l'article 324a du Code des obligations. L'assurance doit être souscrite au bénéfice du salarié lorsque les primes sont déduites du salaire. Il importe que le salarié ait connaissance de son règlement. Habituellement, il est prévu d'assurer 80% du salaire à partir du premier jour de l'empêchement de travailler. Il existe l'alternative de l'assurance différée: l'employeur paie par exemple la totalité du salaire pendant les trente premiers jours d'absence. Bon à savoir: il n'y a pas de prélèvement de cotisations AVS sur les prestations des assurances maladie et accidents.

Emploi des femmes enceintes et des mères allaitantes

Les femmes enceintes et les mères allaitantes ne doivent pas travailler plus que l'horaire contractuel de travail, mais au maximum neuf heures par jour. Elles ne peuvent être employées qu'avec leur accord et peuvent s'absenter du travail en tout temps sur simple avis.

Les femmes en couche ne doivent pas travailler pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement, puis seulement avec leur accord pendant les semaines suivantes jusqu'à la seizième semaine. Des dispositions particulières s'appliquent également au travail du soir et de nuit.

Indemnité de maternité

A partir de l'accouchement, la salariée a droit à un congé de maternité d'au moins quatorze semaines. Pendant ce temps, elle a droit à une indemnité à compter du jour de l'accouchement et pendant au moins 98 jours (soit 14 semaines). Cette indemnité est versée pendant cette durée en tant qu'indem-



En cas d'empêchement de travailler, le paiement du salaire n'est poursuivi que si l'empêchement n'est pas imputable au salarié, comme en cas de maladie ou d'accident.

nité journalière. Celle-ci se monte à 80% du revenu moyen obtenu avant le début du droit à l'indemnité, mais son montant maximum est plafonné.

La SSO et la protection de la mère

Il convient de mentionner également ici que l'ordonnance sur la maternité exige des entreprises qu'elles procèdent à une analyse des risques présentés par leurs postes de travail occupés par des femmes enceintes et des mères allaitantes. C'est la protection contre tous risques excessifs de la mère et de l'enfant à naître ou qui vient de naître qui est ici au centre des préoccupations. L'analyse des risques dans le domaine médical a été effectuée par le Centre pour la santé au travail (AEH – Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG). Ont été évalués les risques spécifiques pour les assistantes dentaires (AD), les assistantes en prophylaxie (AP), les hygiénistes dentaires (HD) et les femmes médecins-dentistes. Des informations détaillées peuvent être consultées sur le site SSO dans la section réservée aux membres.

Revue

Diabète

Li S et al.:

Development of a clinical guideline to predict undiagnosed diabetes in dental patients.

J Am Dent Assoc 142: 28–37, 2012

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21193764

Le diagnostic précoce du diabète permet d'en réduire les complications en améliorant à la fois l'hygiène générale et l'hygiène buccale. Le médecin-dentiste peut être le premier intervenant à constater les manifestations buccales d'un diabète qui comprennent la sécheresse buccale, la parodontite, la candidose, les glossodynies et les stomatodynies, les troubles de cicatrisation, les infections buccales récurrentes et l'halitose. Avec l'augmentation de la prévalence du diabète, le nombre de patients non diagnostiqués va augmenter. Bien que plusieurs chercheurs aient proposé des programmes de détection, des directives applicables à la médecine dentaire font encore défaut.

L'algorithme CART (classification and regression trees) s'attendant à construire un arbre de décisions en classifiant un ensemble d'enregistrements a été utilisé pour générer différents modèles prédictifs à partir de données nationales. Les participants répondant «non» à la question «un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez diabétique?» et dont le glucose plasmatique à jeun était de 120 mg/DL ou plus furent classés comme souffrant d'un diabète non diagnostiqué. Les données bucco-dentaires concernant la présence ou l'absence de parodontite, la mesure du tour de taille, le statut d'hygiène buccale, de poids, d'âge, d'anamnèse familiales, d'ethnicité furent aussi utilisées.

Le modèle utilisé incluait cinq prédicteurs: la mesure du tour de taille, l'âge, et des données autorapportées concernant le statut d'hygiène bucco-dentaire, le poids et l'ethnicité. Bien que la parodontite fut un prédicteur important, elle ne fut pas prise en compte dans le modèle prédictif final. Si toutefois le thérapeute avait connaissance de ce statut, l'information pouvait contribuer à identifier l'importance du risque d'avoir un diabète non diagnostiqué. La sensibilité de ce modèle se situait à 82,4% et sa spécificité à 52,8%.

Le type de questions à poser par le médecin-dentiste et leur séquence furent aussi identifiés. Il conviendrait ainsi de demander au patient de

mesurer lui-même et d'indiquer son tour de taille, en tenant compte d'un âge inférieur ou supérieur à 45 ans. Un tour de taille de 90 cm ou plus chez un patient de plus de 36 ans ayant aussi une hygiène buccale autorapportée insuffisante présente un risque de 3% d'avoir un diabète non diagnostiqué. Ce risque passe à 7% chez des patients pesant plus de 68 kg.

Les participants atteints de parodontite avec un tour de taille de plus de 97 cm, un âge inférieur à 45 ans, un statut ethnique de non-Blanc présentent un risque élevé d'avoir un diabète non diagnostiqué, tout comme ceux qui, non-Blancs, n'ont pas de parodontite et un tour de taille de 90 à 97 cm.

Ces directives basées sur cinq prédicteurs ont permis de différencier des patients présentant des risques variés d'avoir un diabète non diagnostiqué. Dans certains groupes, les sujets atteints de parodontite étaient beaucoup plus exposés à ce risque que ceux dépourvus de parodontite.

Cette technique, utilisée en médecine dentaire pour identifier les patients souffrant d'un diabète non diagnostiqué en les référant à un médecin, permet d'améliorer la santé générale des patients en réduisant la morbidité et les coûts de la santé.

Michel Perrier, Lausanne

Papillomavirus humain (HPV)

National prevalence of oral HPV infection and related risk factors in the US adult population.

Oral Dis 18: 430–441, 2012

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22251072

Le virus du papillome humain (VPH) est associé à des tumeurs malignes comme le cancer du col de l'utérus ou à des tumeurs bénignes. Plusieurs types oncogéniques peuvent se rencontrer dans la cavité buccale, cependant la plupart des infections orales liées au HPV n'évoluent pas en lésions néoplasiques. Les types 6 et 11 sont les plus fréquemment associés à des lésions génitales bénignes, à des condylomes oraux et à des papillomes. Les types 2, 4, 13 et 32 sont associés à des verrues buccales. Les types 16 et 18 sont oncogènes et sont impliqués dans la pathogénèse des cancers oro-pharyngés comme le carcinome spinocellulaire buccal. Il est donc important de déterminer la prévalence du HPV.

L'ADN du HPV a été décelé dans 7,3% d'un échantillon représentatif de la population états-unienne adulte de 18 à 69 ans. Les hommes étaient trois fois plus porteurs que les femmes. Les Noirs non hispaniques présentaient des résultats beaucoup plus élevés que les non hispaniques blancs. La détection du HPV était particulièrement importante dans les cas de comportements à risque, ainsi que chez les personnes ayant eu une activité sexuelle précoce et/ou avec des partenaires multiples (20 ou davantage). Ces personnes étaient dix fois plus porteurs que celles ayant eu moins de trois partenaires. Les personnes divorcées ou séparées avaient 60% plus de chances d'être porteuses que les personnes mariées, leur situation les exposant plus facilement à avoir davantage de partenaires sexuels.

Le HPV de type 16 fut le plus fréquemment identifié, à savoir dans 1,1% de l'échantillon. Les types 62, 55 et 66 furent décelés dans un peu plus de 0,5% des cas.

L'analyse statistique indiqua que des mesures de prévention d'une exposition au HPV oncogène devraient permettre de réduire de 5% les cancers oro-pharyngés.

Il existe deux vaccins depuis 2006. Les deux protègent contre les types de HPV (16 et 18) provoquant la plupart des cancers du col de l'utérus, et un protège en plus contre les types (6 et 11) pouvant causer des verrues génitales.

Deux vaccins administrés en trois prises bénéficient d'une licence pour les filles et les jeunes femmes de 9 à 26 ans afin de prévenir le cancer du col de l'utérus, du vagin et de la vulve, ainsi que pour les garçons et les jeunes gens de 9 à 26 ans afin de prévenir les condylomes buccaux. Un objectif de santé publique est que 80% des filles de 13 à 15 ans reçoivent les trois doses avant 2020. Entre 2007 et 2009, le pourcentage des filles ayant reçu au moins une dose est passé de 25,1% à 44,3%. Entre 2008 et 2009, le pourcentage des filles ayant reçu les trois doses est passé de 17,9% à 26,7%.

Une proposition de soumettre les garçons au vaccin a été jugée comme non rentable. Le taux d'acceptation d'un vaccin chez les personnes de sexe masculin serait probablement plus élevé si la prophylaxie concernait des affections cancéreuses intéressant le pénis, l'anus et la cavité buccale. Il n'existe pas de preuve suffisante que le vaccin destiné aux hommes soit efficace dans la prévention d'acquérir le HPV oncogène dans la cavité buccale, mais il reste biologiquement

plausible qu'il soit potentiellement efficace dans le risque de développer d'autres cancers de la tête et du cou.

Des stratégies de développement sont en cours pour contrôler la couverture de ces vaccins et leur sécurité.

Approximativement un quart des adolescentes étasuniennes ont actuellement reçu trois doses de vaccin HPV. Son efficacité n'a cependant pas encore été suffisamment évaluée en raison d'une insuffisance de recul. Les estimations présentées dans cette étude devraient permettre d'apprécier l'impact du vaccin en fonction de la prévalence et de la distribution des infections buccale HPV.

Michel Perrier, Lausanne

Sports: Mesures de protection

Farrington T et al.:

A review of facial protective equipment used in sport and the impact on injury incidence.

Br J Oral Maxillofac Surg 50: 233–238, 2012
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266435611000064

Les patients souffrant de lésions faciales d'origine traumatique font l'objet d'un pourcentage très élevé d'invalidités consécutives à l'événement. Celles-ci peuvent comprendre des troubles visuels, olfactifs et/ou auditifs, des dysfonctions masticatoires et respiratoires, ainsi que des problèmes psychiques, en particulier lorsqu'il faut recourir à des mesures de reconstruction chirurgicale. La plupart des blessures proviennent de chocs au sol, contre un équipement ou un autre athlète. Les mesures protectrices comprennent des casques, des gouttières, des lunettes et des masques.

Les gouttières de protection évitent un contact violent entre les deux arcades dentaires. Elles peuvent être fabriquées sur mesure en acétate de polyvinyle ou en copolymère qui absorbe les chocs et répartit les forces d'impact sur les autres structures oro-faciales. L'épaisseur d'une gouttière est proportionnelle au degré d'énergie absorbée.

Les gouttières sont utilisées dans des sports comme le hockey, l'escrime, la boxe et la crosse. Depuis que leur port est obligatoire dans le Royaume-Uni, les cas de lésions dentaires ont diminué de 60%. Des lésions peuvent cependant se produire même en les portant si les gouttières sont inadaptées quant au type et à la taille. Les assureurs refusent souvent une couverture lorsque les équipements de protection ne sont pas portés, même pendant les exercices d'entraînement.

Les casques protecteurs diminuent les conséquences d'un impact à la tête en répartissant les forces apparues. La coque des casques modernes est faite de polycarbonate ou de composite plastique de haute qualité. Les couches internes sont en polystyrène, qui dissipe l'énergie d'un choc et optimise la protection. L'épaisseur de la coque, sa densité, sa dureté, associées aux propriétés de la couche interne, déterminent les performances d'un casque. Une étude sur les casques utilisés dans le football américain a montré que la coque avait une influence minimale sur la performance, contrairement à l'épaisseur de la couche interne. D'autres caractéristiques comme les grilles, les visières et les cols de protection ou semi-boucliers constituent des éléments additionnels de protection. Les casques de baseball et de hockey sur glace sont moins efficaces lorsque les vitesses d'impact excèdent 27 m/sec.

Un casque à usage multiple reste toutefois difficile à développer car chaque sport possède ses exigences spécifiques de protection et d'utilisation. Les casques de cyclistes et de skieurs doivent protéger la tête de chocs violents tout en restant aérodynamiques, tandis que les casques de baseball doivent aussi protéger des chocs latéraux à haute vitesse.

Un casque peut aussi placer l'athlète dans des situations à risque plus grandes en le persuadant qu'étant protégé, il peut recourir à des stratégies plus périlleuses. La plupart des casques ne protègent que le crâne et non les tiers moyen et inférieur de la face. Il faudrait utiliser des casques à couverture complète pour des sports à haut risque comme le cyclisme de route. Le léger poids supplémentaire compenserait largement les risques

que présentent ces sports. L'incidence des lésions de la tête recule de 85% chez les cyclistes porteurs de casques par rapport aux non porteurs.

90% des lésions oculaires peuvent être évitées en portant des lunettes de protection et des masques. Les lunettes en polycarbonate sont durables et résistantes aux chocs. Elles devraient être portées surtout lors d'activités où les yeux sont exposés, comme les sports de raquette, la pêche, la boxe, la natation, le hockey et le baseball. Les lésions peuvent comprendre non seulement de simples inflammations bénignes ou des abrasions cornéennes, mais aussi des situations plus préoccupantes comme l'hyphéma, les fractures zygomatiques, orbitaires ou une rupture du globe oculaire.

Les lentilles de contact n'offrent aucune protection, et les lunettes courantes sont trop minces pour protéger un impact de projectile. De plus, une lentille de contact peut se casser sous l'effet d'un choc de 24 km/h seulement. L'American Society for Testing and Materials (ASTM) requiert que les lentilles en polycarbonate aient une épaisseur d'au moins 3 mm pour des sports comme le hockey et le squash. Les lunettes ne doivent pas non plus diminuer le champ de vision de l'athlète. Certains types de lunettes réduisent considérablement l'incidence des lésions oculaires. Leur port n'est cependant pas obligatoire dans la plupart des sports.

L'American Academy of Ophthalmology recommande des lunettes de protection pour tous les sports où les lésions oculaires sont possibles. Actuellement, le football et en voie de devenir le sport produisant le plus grand nombre de lésions oculaires, mondialement.

Les masques de protection individuels sont portés consécutivement à une fracture faciale pour prévenir la récurrence de blessures pendant et après le temps de cicatrisation. Leur utilité n'a pas encore été confirmée par des études scientifiques.

Michel Perrier, Lausanne

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen:
Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Innerhalb der Zeitschrift: SMFZ

Pour les indications dans les bibliographies:
Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie
Dans la revue: RMSO

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

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

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

Redaktion «Recherche · Science»

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

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

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

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Kathleen Splieth, Neuenkirchen (D); Marc Ebnoether-Hunt, Obfelden;
Prof. Dr. Hans Ulrich Luder, Zürich

Redaktion «Thema des Monats» / Rédaction «Thèmes du mois»

Prof. Dr. Adrian Lussi und Dr. Markus Schaffner, Klinik für Zahnerhaltung,
Präventiv- und Kinderzahnmedizin, Freiburgstrasse 7, 3010 Bern

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Redaktion «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

Anna-Christina Zysset, Bern

Deutschsprachige Redaktoren:

Dr. Felix Meier, Zürich; Thomas Vauthier, Möhlin

Responsables du groupe rédactionnel romand:

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

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

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

www.sso.ch → FÜR ZAHNÄRZTE → MONATSSCHRIFT ZAHNMEDIZIN

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

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

Herausgeber / Éditeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

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

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

Telefon 031 313 31 31 / Telefax 031 313 31 40



Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

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

Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Insertionstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.
Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.

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

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

Gesamtherstellung / Production

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

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

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

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (11 Ausgaben) / par année (11 numéros) Fr. 284.80*

Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 65.40*

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 35.85*

* inkl. 2,4% MwSt. / inclus TVA 2,4%

Europa / Europe: pro Jahr (11 Ausgaben) / par année (11 numéros) Fr. 298.–

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 35.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (11 Ausgaben) / par année (11 numéros) Fr. 319.–

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

2012 – 122. Jahrgang / 122^e année – Verbreitete Auflage / Tirage distribué: 5650 ex.;
WEMF/SW-Beglaubigung 2012 – Verkaufte Auflage / Tirage vendue: 4686 ex.
ISSN 0256-2855