



## Avec Patrick Rohr: s'entraîner aux contacts avec les médias

**Tout médecin-dentiste, homme ou femme, engagé au sein de la SSO doit s'attendre à ce que des journalistes l'appelle.**

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

Une station de radio locale veut savoir ce que la section cantonale de la SSO pense de l'ouverture récente d'une nouvelle clinique dentaire. Un grand quotidien national se demande si les matériaux d'obturation de couleur blanche comportent des risques. La télévision se manifeste car elle prévoit une émission en direct sur les notes d'honoraires des médecins-dentistes.

Toute présence dans les médias exige de se préparer au préalable. Meilleure sera cette préparation, plus grandes seront les chances d'en tirer un avantage. L'inverse est également vrai: quiconque se fierait à tort à son expérience et à sa spontanéité lors d'un contact avec les médias s'apercevra lors de la diffusion de l'émission ou de la publication de l'article qu'il aurait mieux fait de mettre à profit le temps qui l'a précédée...

### Entraînement ciblé

Le comité de la SSO suit un entraînement aux médias par un spécialiste expérimenté tous les ans ou tous les deux ans. Des cadres des commissions de la SSO ou des sections peuvent y être également invités en fonction des thèmes d'actualité. Les sujets qui seront abordés pendant la journée sont choisis en collaboration avec le service de presse. Quelques grands «classiques»: le tourisme dentaire, les factures des médecins-dentistes ainsi que les méthodes de traitement.

La journée de formation aux rapports avec les médias a été préparée par le comité avec un professionnel de la communication: Patrick Rohr. Ce dernier a travaillé de nombreuses années comme rédacteur à la télévision suisse, notamment pour l'émission «Schweiz Aktuell» et en qualité de modérateur de l'émission «Arena». Le journaliste Ursin Caderas et le caméraman Flavio Gerber font également partie de son équipe.

Projecteurs, caméras et un journaliste forte tête sont de la partie pendant la journée de formation afin de mettre les participants sous pression. Après l'enregistrement des entretiens, ceux-ci sont analysés pour identifier les améliorations possibles. Et on recommence une fois, deux fois, trois fois. C'est le professionnalisme de Patrick Rohr qui fait que chaque participant s'est amélioré à la fin de la journée.

### Principal enseignement

Principal enseignement de la journée: il faut que le message à transmettre soit clair. Quiconque se voit demander une prise de position par les médias doit définir la substance de son message avant toute rencontre avec un journaliste. Mais que faire si le journaliste veut sa déclaration «immédiatement»? Il ne faut pas se laisser influencer mais répondre: «Je suis désolé, mais il me faut un moment pour me préparer. Je vous rappelle dans une heure!»

Un exemple: le tourisme dentaire. Le rédacteur d'un journal transrégional téléphone au cabinet dentaire de la présidente d'une section cantonale de la SSO. Une enquête d'opinion aurait montré que de plus en plus de patient-e-s se rendent en Hongrie pour des traitements dentaires. Le journaliste lui demande de prendre position. Dans le meilleur des cas, la présidente de la section cantonale se mettra tout d'abord en rapport avec le service de presse de la SSO. Ensemble, ils définiront le message central. Lequel pourrait par exemple être celui-ci: «Il y a toujours des risques à se faire soigner à l'étranger: même si le médecin-dentiste en Hongrie est bien qualifié, on risque qu'une thérapie lourde se fasse en trop peu de temps.» La cerise sur le gâteau pour le service de presse, ce serait que la présidente puisse exprimer le message essentiel: «La réussite à long terme d'un traitement dentaire est nettement mieux assurée en se faisant soigner par un médecin-dentiste membre de la SSO!»

Ce message fondamental présente deux avantages: il permet de parer aux questions relatives aux tarifs des traitements et, simultanément, la présidente de la section cantonale évitera de se prononcer sans connaissances fondées sur la qualité des traitements prodigués par les médecins-dentistes en Hongrie.



## Le prix de l'UCI décerné au Professeur Daniel Buser

La section de Berne de l'Union du commerce et de l'industrie du canton de Berne (UCI) a décerné son 29<sup>e</sup> prix UCI au Prof. Dr Daniel Buser des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (zmk). La cérémonie s'est déroulée en présence de près de 400 de ses membres au Palace Bellevue. Cette distinction récompense les prestations du Prof. Buser, une symbiose réussie entre la science et l'économie. Daniel Buser a également reçu en 2013 le *Nobel Biocare Brånemark Osseointegration Award*.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: UCI Berne)

Bernhard Emch, président de la section de Berne de l'UCI, a tout spécialement souligné dans son éloge l'importance des réseaux de l'«entrepreneur scientifique» qu'est Daniel Buser, ces réseaux tissés avec le monde de l'économie régionale. «Le nouveau lauréat du prix UCI joue le rôle d'un véritable phare qui guide toute sa branche d'activités et la fait progresser, année après année». Les zmk de l'Université de Berne sont aujourd'hui la plus haute référence mondiale pour l'implantologie en médecine dentaire: Daniel Buser traite des patients venus de toutes les parties du monde, ce dont profite également l'hôtellerie de luxe. Les patients étrangers fortunés se rendent généralement à Berne lorsque leur dentition a été gravement compromise par des traitements inappropriés à l'étranger. Ces soins très exigeants constituent une importante source de revenus pour les cliniques de médecine dentaire.

Le prix de l'UCI compte parmi les distinctions les plus prestigieuses de la région. Il est décerné chaque année à une personnalité qui a apporté une contribution remarquable à la place économique de Berne. Daniel Buser a reçu son prix tout d'abord au nom des zmk Berne. Les cliniques de médecine dentaire ont mis en œuvre la «Nouvelle gestion publique» (de l'anglais *New Public Management*) dans l'ensemble de l'institution. Daniel Buser a souligné que les avancées réalisées dans le domaine financier ainsi que les succès obtenus sur le marché ont eu des effets positifs pour tous les collaborateurs ainsi que sur les six cliniques elles-mêmes. Il a assumé la direction exécutive



De g. à d.: Rolf Meichle (Meichle + Partner AG), Daniel Buser (professeur, médecine dentaire, Université de Berne), Werner Luginbühl (membre du Conseil des Etats) et Ursula Meichle (Meichle + Partner AG)

des zmk de 2005 à 2011. Le Prof. Adrian Lussi a repris les rênes en 2011 et a maintenu le cap avec succès. Les professeurs Katsaros, Sculean et Brägger, chefs de cliniques et de division récemment nommés, ont également apporté leur contribution à ce succès. Une nouvelle division de gérontologie est prévue en 2014 en tant que partie intégrante de la nouvelle clinique de médecine dentaire reconstructive, après la retraite de la professeure Mericske-Stern. «Je suis convaincu que nous aborderons cette mission avec enthousiasme et que nous fixerons de nouvelles orientations», explique Daniel Buser.

### Entre science et économie

La rédaction de la RMSO félicite Daniel Buser pour la distinction qu'il a reçue et lui a demandé à quel point le patron d'un institut doit penser et agir comme le ferait un chef d'entreprise. A son avis, l'«approche entrepreneuriale» est aujourd'hui devenue indispensable. C'est ainsi que de nouvelles prestations très appréciées ont été introduites, tels des horaires particuliers pour des consultations complémentaires aux soins de base prodigués par les cabinets dentaires. Les zmk ont également développé leur offre de formation postgrade ainsi que la formation initiale des étudiants sans omettre la recherche clinique. En outre, l'enseignement et la recherche peuvent

bénéficier d'un subventionnement croisé grâce au solde positif du secteur des prestations. «L'indépendance scientifique est préservée, même si des emplois et la recherche sont financés par des moyens tiers», assure Daniel Buser. En effet, les projets de recherches précliniques et cliniques sont parfaitement réglés par unitecra depuis plus de dix ans. A ceci s'ajoute le fait que chaque contrat de recherche doit obtenir le blanc-seing de la direction de l'université. Les moyens tiers proviennent essentiellement de l'industrie pharmaceutique et du secteur des techniques médicales (MedTech). C'est surtout pour l'acquisition de ses patients que les cliniques de médecine dentaire bénéficient des excellents réseaux tissés au plan local par l'UCI.

«Berne est idéalement située pour recevoir des congrès internationaux», se réjouit Daniel Buser: situation géographique idéale à la frontière de deux régions linguistiques, splendeur de la vieille ville de Berne, centres de congrès de première classe avec le Kursaal Bern et BernExpo. Autant d'arguments qui font de la capitale fédérale une ville de congrès très concurrentielle. Elle est aujourd'hui sur le chemin du succès, grâce également au soutien que lui apporte l'Université de Berne: de nombreux congrès de médecine et de médecine dentaire se tiennent aujourd'hui régulièrement dans cette ville.



Daniel Buser en compagnie de Bernhard Emch, président de l'UCI

## Dissolution ou continuation

Sous la houlette de sa présidente Brigitte Zimmerli, la Société suisse de médecine dentaire préventive et reconstructrice (*Schweizerische Vereinigung für Präventive und Rekonstruktive Zahnmedizin – SVPR*) s'est donné un nouveau nom à l'occasion de son assemblée des délégués du 31 octobre 2013, dans l'intention de renforcer son attrait pour de nouveaux et jeunes membres. Sa nouvelle dénomination: Société suisse de médecine dentaire préventive, restauratrice et esthétique (*SSPRE – Schweizerische Gesellschaft für präventive, restaurative und ästhetische Zahnmedizin*).

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photo: mäd)

Des confrères médecins-dentistes ont demandé à la présidente Brigitte Zimmerli fraîchement élue et à l'occasion de sa première conférence des président-e-s si la SSPRE était une évolution radicale de la SVPR. Au moment de son élection, bien que la situation financière de la SVPR fût saine, elle ne cessait de voir diminuer l'effectif de ses membres. Seule affaire en cours: l'assemblée annuelle en automne. C'est pourquoi la présidente a convoqué en juin 2012 une réunion qu'elle a voulu consacrer à l'avenir de la société. A cette occasion, elle a demandé au comité et à la commission de discipline s'il n'était pas souhaitable d'envisager sa dissolution. A son grand étonnement et malgré nombre de questions non résolues et exigeantes, on a opté pour la survie de la SVPR. En effet, les universités estimaient qu'il importait que la médecine dentaire préventive et restauratrice eût une société de discipline. Et c'est la raison pour laquelle le comité et la commission professionnelle se sont mis au travail avec un zèle renouvelé.

### Organisation de cours de mise à niveau

En tout premier lieu, il fallait organiser ces cours de mise à niveau qui figuraient au règlement mais qui n'avaient encore jamais été mis sur pied. Ces cours sont très importants afin que les titulaires d'un certificat de formation postgrade de la SSO (CFP) en médecine préventive et restauratrice puissent renouveler la certification de leur titre. Les membres de la SSPRE bénéficient d'une réduction de 50 francs pour ces cours, ce qui représente la moitié de la cotisation de membre. D'une part, les universités qui proposent ces cours profitent d'une audience plus large (les cours sont mentionnés sur la page d'accueil de la SSPRE – [www.sspre.ch](http://www.sspre.ch)) et, d'autre part, elles peuvent compter sur un défraiement pour leurs prestations.

### Gagner de nouveaux et jeunes adhérents

La SSPRE doit se rendre attrayante également pour de jeunes adhérents, en particulier de jeunes scientifiques. C'est pourquoi un nouveau prix de la recherche junior a vu le jour. Il a été décerné

pour la première fois à l'occasion du congrès CONS'EURO. Peut être candidat tout jeune scientifique ayant terminé ses études de médecine dentaire depuis cinq ans au maximum. Les étudiants peuvent également présenter leur mémoire de maîtrise au concours. Le prix sera décerné l'année prochaine lors de l'assemblée annuelle à Bâle. Toutes les informations utiles seront publiées sur le site de la SSPRE. Un nouveau site a ouvert sa page d'accueil le 1<sup>er</sup> décembre 2013, grâce à de nouvelles allocations budgétaires. Il est encore susceptible d'améliorations, mais il contient d'ores et déjà les informations essentielles, et l'on peut consulter le règlement ainsi que les informations sur les cours de mise à niveau. Les travaux sont en cours pour la traduction en langue française.

### Révision des directives qualitatives

Depuis son entrée en fonction, Brigitte Zimmerli ne cesse d'être surprise par de nouveaux mandats. C'est ainsi qu'à l'occasion du congrès de la SSO à Interlaken, son comité a demandé quand allaient paraître ses nouvelles directives en matière de qualité. La présidente s'est attelée à cette tâche nouvelle totalement inattendue avec le comité et la commission de discipline, qui lui apportent leur soutien efficace. L'assemblée des délégués a décidé d'introduire les fonctions de *Past President* et de *President Elect* telles qu'on les connaît dans d'autres sociétés, dans l'intention d'éviter tout nouvel empêchement.

### Nouveau nom

Brigitte Zimmerli attache une grande importance au positionnement de la SSPRE. Les thèmes autour de l'esthétique sont essentiels à côté des aspects de prévention et de restauration. Lors des assemblées annuelles, de plus en plus d'orateurs ont parlé de blanchiment, de techniques mini-invasives et d'extensions. La SSPRE est désireuse en conséquence d'introduire l'esthétique dans son nom officiel et de se rapprocher ainsi des pays voisins qui possèdent depuis longtemps des sociétés de discipline consacrées à l'esthétique en médecine dentaire. Mais la société prend clairement ses distances par rapport aux traitements

esthétiques spécialisés visant à l'obtention d'un sourire éclatant ou impliquant un inutile polissage des dents. Une préoccupation essentielle est d'éviter la perte de substance dentaire. C'est la raison de la présence de la notion de prévention dans la raison sociale. L'assemblée des délégués a accepté le changement de nom en *Schweizerische Gesellschaft für präventive, restaurative und ästhetische Zahnmedizin* (SSPRE – Société suisse de médecine dentaire préventive, restauratrice et esthétique en français). Brigitte Zimmerli se réjouit d'être à la tête de la SSPRE pour poursuivre ses progrès dans l'intérêt de tous ses membres.



Brigitte Zimmerli attache une grande importance au positionnement de la SSPRE.



## Nouveau médicament: un traitement spécifique du carcinome basocellulaire

La plupart des carcinomes basocellulaires (CBC) peuvent être traités par simple exérèse chirurgicale. Mais certains d'entre eux ont un développement si agressif que l'intervention peut défigurer le patient. D'autres CBC peuvent parfois métastaser. Les patients qui en sont atteints pourront bénéficier d'un nouveau médicament qui agit au stade de la genèse moléculaire de la tumeur. Les médecins-dentistes peuvent jouer un rôle essentiel dans le diagnostic précoce: ils sont en mesure d'observer directement la peau du visage de leurs patients dans de parfaites conditions d'éclairage.

Felicitas Witte, médecin et journaliste scientifique (illustrations: m2d, graphique: Emanuele Fucecchi)

La cicatrice sur le front de l'homme paraît inoffensive. Mais il s'agit bien d'une tumeur maligne. Ici aussi, c'est un cancer qui se dissimule sous cette tache rosâtre prurigineuse sous les sourcils. On remarque mieux, même si elle ne paraît pas bien méchante à première vue, cette petite ulcération rose aux bords renflés entre le coin de l'œil et la racine du nez. Mais le diagnostic est le même dans les trois cas: carcinome basocellulaire, l'une des tumeurs que l'on rencontre le plus fréquemment. En Suisse, les médecins posent ce diagnostic près de 13 500 fois par an, et il semble que ce nombre soit en constante augmentation. Le registre des cancers de la Suisse romande révèle que si, dans les années 1980, 70 personnes sur 100 000 souffraient d'un carcinome basocellulaire, leur nombre avait déjà doublé dans les années 1990. Les experts ont attribué cette évolution au fait que les gens vivent plus longtemps et sont exposés au soleil plus souvent,

pour des durées plus prolongées. Les rayons ultraviolets sont de fait la cause principale des carcinomes basocellulaires. «Mais nous pouvons rassurer les patients une fois que le diagnostic a été posé», nous dit Reinhard Dummer, dermatologue en chef à l'Hôpital universitaire de Zurich. «En effet, 90% des tumeurs peuvent être traitées par une opération ou d'autres mesures telles que la radiothérapie ou l'application locale de 5-fluorouracile (5-FU) ou d'imiquimod.» Dans certains cas cependant, le développement de la tumeur est si agressif pour son environnement qu'une éventuelle intervention chirurgicale serait excessivement invasive. «Le visage du patient peut parfois en être défiguré...», confirme Reinhard Dummer, «... et les patients risquent d'en souffrir considérablement.» Les CBC ne métastasent que rarement, et le phénomène n'est observé qu'au stade final de la maladie. En médiane, les patients y survivent encore environ huit mois. Un

nouveau médicament, le Vismodégib, rend l'espoir à ces patients. Il intervient sur les voies de signalisation moléculaire de la tumeur. «Nous disposons pour la première fois d'un médicament à action spécifique», se réjouit Reinhard Dummer.

### Intervention sur la voie de signalisation hedgehog

C'est à deux titulaires du prix Nobel de physiologie, Christiane Nüsslein-Vollhard et Eric E. Wieschaus, que l'on doit aujourd'hui la possibilité de venir en aide à ces patients. Ils ont posé les fondements de cette avancée il y a plus de quarante ans. A l'époque, les biologistes du développement se demandaient comment des êtres vivants si complexes pouvaient bien se développer à partir d'un simple ovocyte. «Comment se fait-il que certaines cellules forment une tête, d'autres une queue ou d'autres parties du corps?», se demandait la bio-

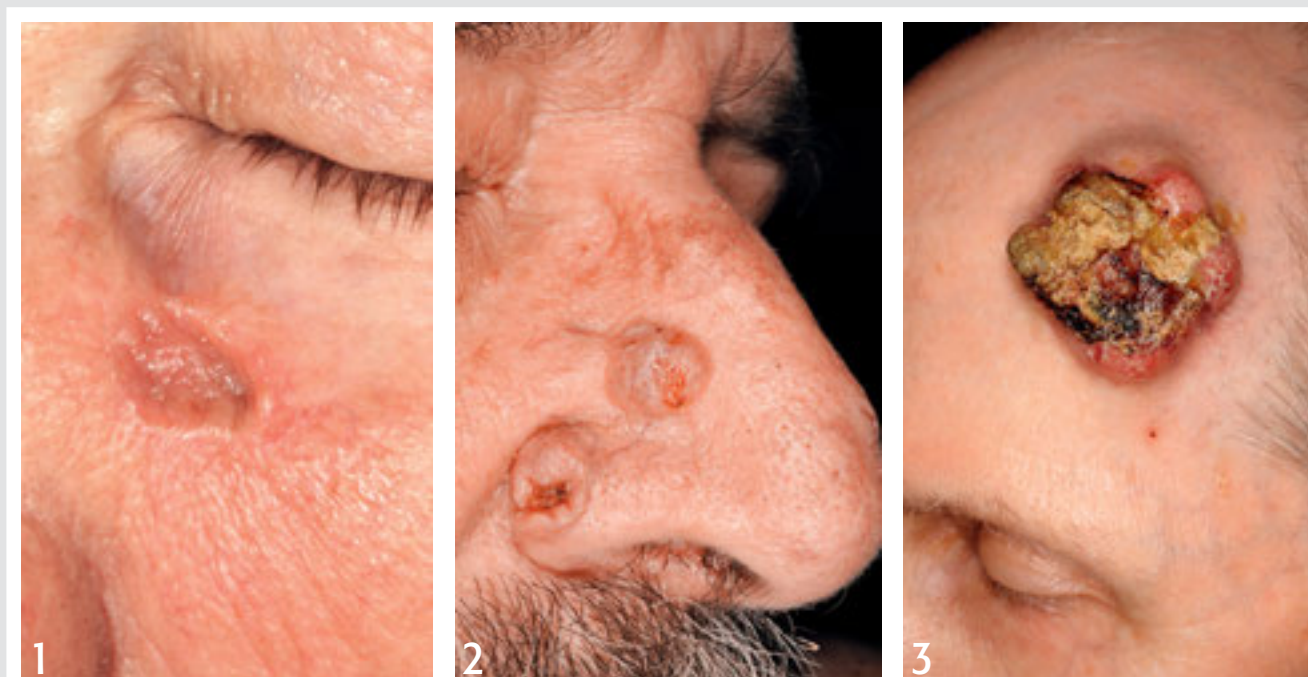
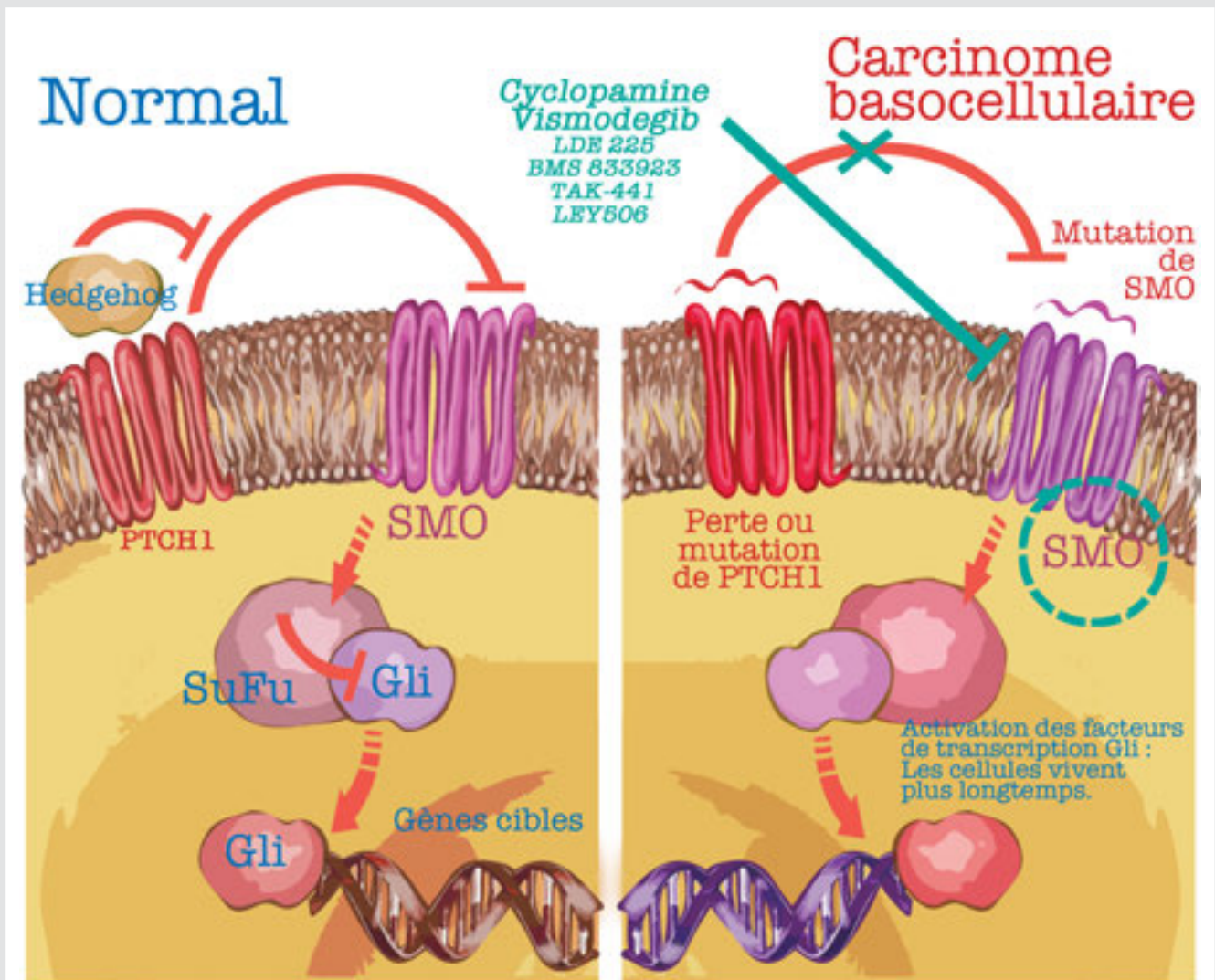


Fig. 1: Carcinome basocellulaire sclérodermiforme sous l'œil gauche. Fig. 2: Deux carcinomes basocellulaires solides sur les ailes et le chanfrein du nez. Fig. 3: Carcinome basocellulaire ulcéreux à un stade avancé, sur le front à gauche. (Source: C. Berking, de la clinique dermatologique de l'Université Ludwig-Maximilian de Munich.)



A gauche: la voie de signalisation hedgehog n'est, chez les adultes, active que dans ceux des tissus qui se renouvellent rapidement, tels que les cellules souches, les follicules pileux et les cellules épithéliales. Le ligand hedgehog se lie à la protéine transmembranaire PTCH. Résultat: son effet inhibiteur sur la protéine Smo est bloqué, et il se produit une réaction en chaîne dans la cellule. Les protéines associées aux gliomes (Gli) sont libérées et activent des gènes anti-apoptose essentiels à la survie des cellules.

A droite: la protéine PTCH a muté chez de nombreux patients atteints de carcinome basocellulaire. Conséquence: les cellules survivent plus longtemps. Le nouveau médicament Vismodégib se lie à la protéine Smo et bloque ainsi son effet d'activation des gènes.

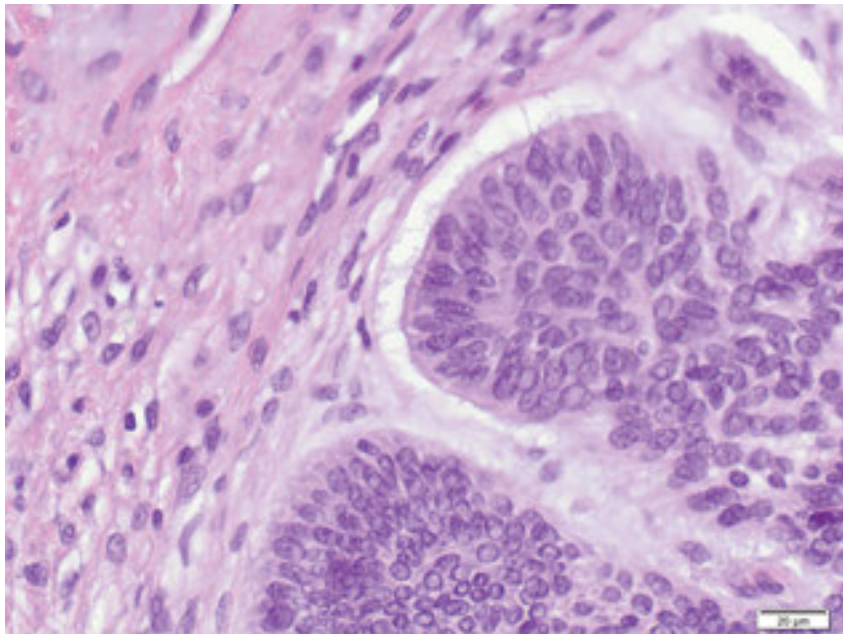
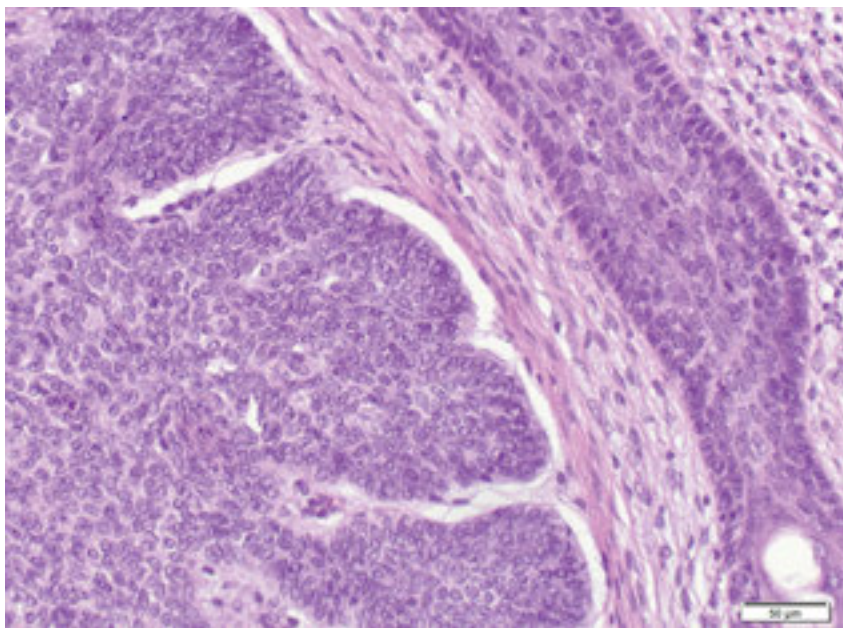
logiste Christiane Nüsslein-Vollhard. La *drosophila melanogaster*, la mouche du vinaigre, est venue à son aide. En neuf jours seulement, elle passe du stade de l'embryon à celui de la mouche. Et puis deux tiers de ses gènes sont les mêmes que ceux de l'homme. Avec son collègue Eric Wieschaus, elle a analysé des dizaines de milliers de gènes de drosophiles mutantes. En fin de compte, elle en a trouvé 15 qui sont responsables de la formation des différents segments du corps de la mouche. Etant donné que ces gènes sont également présents chez l'homme, ils contribuent à la compréhension de la formation de notre corps et de l'occurrence des malformations congénitales. Ces chercheurs devaient posséder un sens de l'humour bien développé: en raison de leur apparence, les mouches mutantes se sont vues affublées de noms tels que «cul-de-jatte», «estropié», «nabot», «bossu» ou «hérisson». C'est ce gène du

hérisson, dénommé «hedgehog» à partir de l'anglais, qui a joué un rôle crucial dans le développement du nouveau médicament.

Nous avons appris entretemps que la voie de signalisation procurée par le gène hedgehog au sein de la cellule joue un rôle déterminant dans le développement de l'embryon. La voie hedgehog n'est plus active chez l'adulte, à l'exception des tissus qui se renouvellent rapidement: cellules souches, follicules pileux et cellules épithéliales. La voie commence par un ligand hedgehog (HH) qui s'associe à une protéine transmembranaire à douze hélices (voir le graphique). Trois variantes homologues de HH chez l'homme ont été identifiées en 1993. Ces chercheurs ont également fait preuve d'humour: ils ont donné au premier HH le nom de «Sonic Hedgehog» (SHH) à l'image d'un jeu vidéo alors très populaire. Le pictogramme dans ce jeu est un hérisson tout bleu dont la pai-

sible existence est régulièrement troublée par son adversaire, le docteur Eggmann. Les deux autres ligands «hérisson» ont été nommés à partir d'espèces qui existent réellement dans la nature: le «Desert Hedgehog» (DHH) et l'«Indian Hedgehog» (IHH). Lorsqu'un ligand HH se lie à la protéine PTCH, celle-ci perd son effet inhibiteur sur une autre protéine transmembranaire (Smo, voir le graphique), qui peut alors déployer ses effets dans la cellule. Comment cela se passe exactement n'est pas encore complètement élucidé. En fin de compte, Smo libère la protéine gliale (Gli). Il s'agit de ces facteurs de transcription de type «doigt de zinc» qui sont capables d'activer un grand nombre de gènes qui prolongent la durée de vie des cellules. Ce sont eux par exemple qui favorisent l'angiogénèse, qui régissent le cycle cellulaire et qui transmettent des signaux antiapoptose (p53 par exemple).





Carcinome basocellulaire solide aux caractéristiques histologiques typiques: tumeur épithéliale composée de cellules basaloides, cellules périphériques à disposition palissadique, stroma péri-tumoral induit, artefact de réaction. Cette tumeur s'est développée sur un épithélium dégradé par l'exposition excessive aux rayons solaires.

(Source: Christian Andres, Clinique de dermatologie et d'allergologie de l'Université technique de Munich.)

### Le Vismodégib autorisé en Suisse depuis mai 2013

Des scientifiques aux Etats-Unis et en Australie ont découvert en 1996 une mutation de la ligne germinale dans le gène PTCH chez des patients souffrant de naevomatose basocellulaire (syndrome de Gorlin-Goltz). Il s'agit d'une maladie héréditaire à transmission autosomique dominante qui se caractérise par un spectre d'anomalies du développement ainsi que par une prédisposition à l'apparition d'un médulloblastome, voire de centaines de tumeurs CBC. Des mutations de PTCH peuvent également survenir spo-

radiquement. On a appris entretemps que plus de 70% des patients présentant des CBC sporadiques étaient porteurs de cette mutation. Ce serait donc génial de pouvoir intervenir dans la voie de signalisation hedgehog. En 2002, des chercheurs de l'Université John Hopkins ont isolé une molécule du lys californien (lys-maïs) qui réprime cette voie. Ils ont donné à cette molécule le nom de «cyclopamine», car elle provoquait dans la descendance des animaux nourris avec cette plante des malformations faciales rappelant le cyclope qui n'a qu'un œil au milieu du front. Ils ont découvert qu'elle se lie à Smo et quelle

inhibe ainsi ses effets. Un médecin en Turquie a rapporté en 2004 qu'il avait traité avec succès des tumeurs de la peau à l'aide d'une pommade contenant de la cyclopamine. On a alors été tenté de développer des inhibiteurs artificiels de Smo réprimant au mieux la voie de signalisation hedgehog. «Le plus prometteur d'entre eux fut, dès le début, le Vismodégib», se souvient Reinhard Dummer. Les chercheurs de l'Université John Hopkins ont ainsi pu montrer en 2009 qu'un médulloblastome réfractaire à toute thérapie chez un jeune homme de 26 ans avait rapidement régressé et que le patient avait été soulagé. La première étude portant sur son action en relation avec le CBC a été publiée en 2009. Des études sur la posologie et des recherches sur la sécurité et l'efficacité du Vismodégib ont rapidement suivi. La mise sur le marché du médicament a été autorisée en Suisse et dans l'Union européenne à mi-2013 pour le traitement des patients souffrant de CBC à un stade avancé, pour lesquels ni la chirurgie, ni la radiothérapie ne pouvaient entrer en considération. «Nous avons enfin une véritable nouvelle option thérapeutique», affirme Carola Berking, médecin-chef et spécialiste des tumeurs à la clinique dermatologique de l'Université Ludwig-Maximilian de Munich. «En effet, nous rencontrons encore et toujours des cas pour lesquels nous étions impuissants parce que la tumeur en était à un stade bien trop avancé, ou parce que son développement était beaucoup trop rapide et agressif.» La dermatologue rapporte le cas d'un patient né en 1932, opéré à des douzaines de reprises et ayant suivi d'innombrables radiothérapies. «Il ne lui restait qu'un seul œil, il n'avait plus de nez et le CBC métastasait ses os», se remémore Carola Berking. «On comprend qu'il n'eût plus voulu d'opérations ni de radiothérapies. Seule la gélule quotidienne de Vismodégib restait une option viable pour lui.» Malheureusement, il arrive encore fréquemment que des patients âgés ne se rendent pas assez tôt chez leur médecin. Une patiente de 89 ans dans un home avait laissé croître sous un œil un CBC de la taille d'un poing d'enfant. «Toute opération aurait été impossible...», affirme Carola Berking, «... mais la tumeur a disparu en quelques semaines grâce au Vismodégib.» Le médicament représente également une excellente option thérapeutique pour les patients souffrant de naevomatose basocellulaire (syndrome de Gorlin-Goltz). «Quand il y a une centaine de tumeurs, il est impossible de les enlever toute par exérèse chirurgicale», précise Carola Berking. «Ce médicament présenterait aussi encore un avantage supplémentaire pour ces patients, et qui pourrait beaucoup intéresser les médecins-dentistes», complète Reinhard Dummer, «les naevomatoses



Carola Berking, médecin-chef et spécialiste des tumeurs à la clinique dermatologique de l'Université Ludwig-Maximilian de Munich: «Les médecins-dentistes peuvent jouer un rôle essentiel pour le diagnostic. Chez eux, les conditions d'éclairage sont parfaites et ils peuvent observer directement la peau du visage de leurs patients.»



Reinhard Dummer, dermatologue en chef à l'Hôpital universitaire de Zurich: «Nous disposons enfin d'un médicament à action spécifique pour les patients atteints d'un carcinome basocellulaire à un stade avancé.»

basocellulaires qui surviennent fréquemment en début de vie et qui s'accompagnent souvent de douloureux kératokystes odontogéniques reculent devant le Vismodégib.»

Les études présentées pour l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament ont mis en évidence des effets secondaires fréquents à très fréquents (c'est-à-dire dans plus de 1 cas sur 100): crampes musculaires, perte des cheveux, fatigue, troubles ou perte du goût associés à une perte de poids: «Nous voyons de temps à autre des patients qui ont perdu plusieurs kilos. Mais ils sont très motivés parce qu'ils ne devront pas être opérés. Il peut cependant parfois s'avérer nécessaire de suspendre la prise du médicament pour éviter toute atteinte à la qualité de vie péjorée par les effets secondaires.»

#### La rançon du succès: résistance

Entretemps, une poignée d'autres inhibiteurs Smo ont été développés qui sont actuellement en phase d'études cliniques: LDE225 testé également

sous forme de pommade et qui devrait donc avoir moins d'effets secondaires, ainsi que LEQ506, BMS-833923 ou TAK-441. L'antifongique Itraconazole normalement prescrit contre les mycoses superficielles de la peau et des muqueuses a réprimé les effets de Smo en laboratoire et lors de tests sur des animaux. D'autres dérivés azolés n'ont toutefois pas montré d'effets similaires. Une étude pilote sur l'Itraconazole porte actuellement sur son action sur les CBC.

Des chercheurs ont déjà relevé la rançon du succès du Vismodégib: le patient peut devenir résistant au médicament. Ainsi, le médulloblastome de l'homme de 26 ans évoqué plus haut s'est tout d'abord amélioré, mais il était de retour trois mois plus tard. Ce phénomène a été attribué à une mutation du gène Smo auquel le Vismodégib ne pouvait plus se lier. D'autres mutations ont encore été découvertes depuis. «Si quelqu'un devient résistant, nous n'avons actuellement pas d'autre option thérapeutique», déplore Reinhard Dummer, qui ajoute: «Une option serait de contourner

la résistance avec l'Itraconazole ou d'administrer un inhibiteur Smo de la deuxième génération capable d'inhiber aussi bien le Smo «sauvage» que le mutant. Mais tout cela, c'est de la musique d'avenir!» Le dermatologue serait également désireux que d'autres études fussent menées afin de comparer directement les nouveaux médicaments aux thérapies existantes, par exemple en confrontant l'action du Vismodégib à celle de la chimiothérapie locale. Autre possibilité: administrer le médicament en néo-adjuvant préopératoire pour réduire la taille de la tumeur et la rendre ainsi opérable.

Plutôt que de soigner un carcinome basocellulaire à son stade ultime, il vaudrait mieux à l'évidence le diagnostiquer à un stade aussi précoce que possible de la maladie. «Les médecins-dentistes peuvent jouer ici un rôle important...», souligne Carola Berking, «...car ils travaillent dans des conditions d'éclairage parfaites et peuvent observer directement la peau du visage de leurs patients.»



## «Affreusement enlaidi»

**Comment se fait-il que la bouche de Laocoon ne soit pas grande ouverte? Et comment a pu naître de la réflexion sur la mimique orale d'un personnage de marbre mondialement connu une théorie de l'art interdisant aux sculpteurs et aux peintres – mais pas aux dentistes – de plonger du regard dans la gorge des humains.**

Daniel Di Falco (illustrations: mäd)

Crie-t-il? Ou ne crie-t-il pas? Le marbre est muet. Mais, en arrêt devant cette sculpture monumentale du musée du Vatican, nombreux sont néanmoins les visiteurs qui ont entendu quelque chose. Comme ce voyageur néerlandais du début du XVIII<sup>e</sup> siècle: «L'effroi le plus terrible devant la mort, l'épouvante, la fureur, l'amour le plus tendre, tout cela se lit sur le visage de Laocoon. C'est comme s'il émettait un son, comme si l'on entendait son cri déchirant et sa plainte.»

Laocoon: prêtre de la mythologie grecque tué avec ses fils par deux énormes serpents. Des serpents envoyés par les dieux, dont il avait contrecarré les plans: eux avaient décidé la perte de Troie, lui voulait mettre les Troyens en garde contre le cheval de bois de sinistre augure. La statue le représente, ainsi que ses enfants, aux

prises avec les monstres; elle mesure 2,5 m de haut, elle date du premier siècle avant ou après Jésus-Christ, et elle est, écrivait en 77 le grand naturaliste romain Pline, «à préférer à la peinture et toute la sculpture».

### D'une force sans précédent

La redécouverte, en janvier 1506, sous les gravats d'une ancienne villa romaine, de cette œuvre longtemps disparue fut un choc extraordinaire pour l'intelligentsia européenne, comme frappée par la foudre. En pleine Renaissance, on croyait alors que l'Antiquité allait renaître de ses cendres, que, revivant soudain, l'esprit des Grecs et des Romains allait apporter un renouveau culturel, et la statue retrouvée donnait raison aux espoirs les plus fous. De l'homme de marbre se dégageait

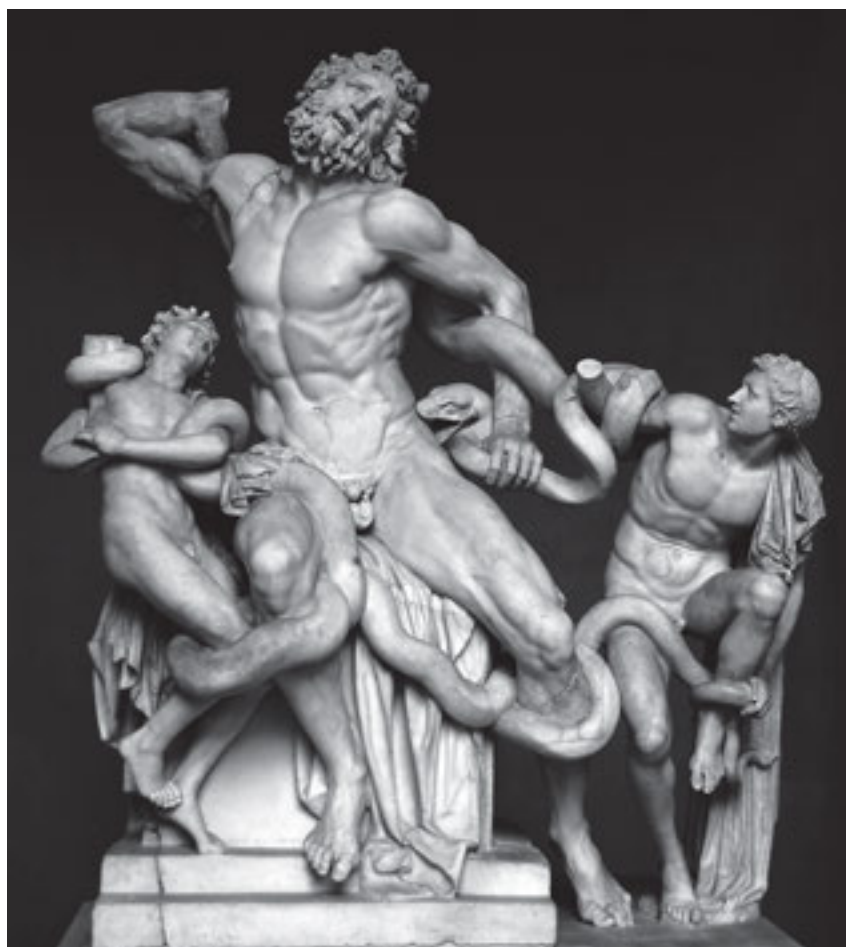
en outre une force à laquelle l'Apollon du Belvédère et les autres chefs-d'œuvre de l'Antiquité, tout d'équilibre et de mesure, n'avaient guère accoutumé le public. Le groupe de Laocoon en vint rapidement à être considéré comme le sommet de la sculpture antique; des artistes comme Titien et Michel-Ange (délégué aux fouilles par le pape) s'inspirèrent de cette œuvre, qui devint la référence de l'époque. Au XVIII<sup>e</sup> siècle – bien longtemps après sa redécouverte –, elle fut encore à l'origine, en Allemagne, d'un débat qui, par sa vivacité et ses conséquences, fit date dans l'histoire de la pensée européenne.

Un débat qui n'aurait pas eu lieu si avait été tranchée une fois pour toutes la question de savoir si l'homme crie ou ne crie pas, et si peut ou non jaillir un cri d'une bouche si délicatement ouverte. Bien que le drame de Laocoon et de ses fils trouve son point culminant sur le visage du père, la souffrance y est tout juste esquissée. Pourquoi, aux prises avec la mort, n'ouvre-t-il qu'à peine la bouche? Cette question a fait l'objet d'interprétations contradictoires. Lesquelles ont eu des conséquences: la réflexion sur Laocoon et sa mimique a débouché, au XVIII<sup>e</sup> siècle, sur des innovations capitales de la théorie de l'art; il en est résulté des impulsions qui ont mis en mouvement la création artistique, en particulier celle de Schiller, de Goethe ainsi que d'autres protagonistes du classicisme de Weimar.

### «Noble simplicité et sereine grandeur»

C'est d'un jeune Allemand féru d'histoire de l'art jusqu'alors inconnu que part la controverse qui, un demi-siècle durant, va occuper les esprits les plus brillants d'Allemagne. Laocoon ne crie point, écrit Johann Joachim Winckelmann en 1755 dans «Gedanken über die Nachahmung der griechischen Werke» (Réflexion sur l'imitation des œuvres d'art grecques), confortant du même coup sa théorie selon laquelle les artistes grecs s'interdisaient tout excès d'émotivité:

«La caractéristique universelle et essentielle de tout chef-d'œuvre grec est en dernier lieu une noble simplicité et une grandeur sereine. De même que les profondeurs de l'océan restent imperturbablement calmes, quelle que soit l'agitation de la surface, l'expression des figures représentées par les Grecs dénote toujours une âme grande et posée, quelles que soient les passions



Sommet de l'Antiquité, modèle de l'ère moderne: le groupe de Laocoon, collections du Vatican.





Tel père, tels fils: sur tous les visages une énigmatique sérénité pour ce qui est une lutte contre la mort.

auxquelles elles sont soumises. De la douleur que l'on perçoit dans chaque muscle, chaque tendon du corps, rien ne transparait sous forme de colère sur le visage. Laocöon n'est point en train de pousser un cri terrifiant: l'ouverture de la bouche ne le permettrait pas; il émet, au contraire, un soupir apeuré et oppressé. Il souffre, son malheur nous étreint l'âme; et nous souhaiterions être dans le malheur pareils à ce grand homme.»

En d'autres termes: ce que l'on voit là est la maîtrise de soi. Stoïcien, comme tous les Grecs, Laocöon n'ouvre pas toute grande la bouche. Bien que souffrant le martyr, bien que craignant pour ses enfants, bien que terrorisé face à la mort, il conserve cette noble expression de calme, faisant des Grecs un exemple pour le présent, sur le plan artistique, mais également éthique: «La seule façon que nous ayons d'être grands, voire, s'il se peut, inimitables, est d'imiter les anciens», écrit Winckelmann. Ennemi de la démesure et de l'enflure dans les arts, ennemi du legs suranné du baroque, il vise avec sa formule bientôt légendaire de la «noble simplicité et de la sereine grandeur» à une réforme culturelle pour l'Europe. Il donne à l'idéal de beauté de l'époque classique un programme et crée l'image de la Grèce antique qui sera longtemps la nôtre.

#### «Le cri terrible qui s'élève vers les étoiles»

La douleur représentée comme vécue dans la dignité, et l'horreur exprimée par la beauté, voilà ce que montre de façon exemplaire la sculpture de Laocöon. Une faculté de l'art dont même le grand détracteur de Winckelmann convient. Ce que verse au débat Gotthold Ephraim Lessing, l'un des poètes et penseurs les plus éminents des Lumières allemandes, est différent. Il a pour la retenue dont fait preuve Laocöon une explication tout à fait nouvelle, dont il tire des conclusions radicalement autres. «Crier est la façon naturelle d'exprimer la douleur», écrit-il en 1766 dans son «Laocöon ou des limites de la peinture et de la



La sculpture telle qu'elle a été redécouverte, alors que lui manquait encore le bras droit de Laocöon: eau-forte de Marco Dente (vers 1520).

poésie». Les Grecs, ajoute-t-il, étaient tout sauf des stoïciens: «Les Européens raffinés, d'une postérité éclairée que nous sommes savent mieux gouverner leur bouche et leurs yeux. La politesse et la bienséance interdisent les cris et les larmes. Ce qui n'était pas le cas du Grec! Il laissait libre cours, lui, à sa douleur et son chagrin; il n'avait honte d'aucune des faiblesses humaines; aucune ne devait toutefois retenir ses pas dans sa quête de l'honneur et l'accomplissement de son devoir.» Montrer sa douleur, même la bouche ouverte, n'avait donc rien de déshonorant pour les Grecs. Et Lessing de citer d'autres exemples qu'il emprunte à leur patrimoine culturel. Par exemple les guerriers de «L'Iliade», qui «souvent s'écroulent en poussant un cri». Pas trace non plus de noble retenue chez Virgile racontant dans «L'Énéide» l'épisode représenté par la sculpture de Laocoon. Les deux monstres sortent de la mer en rampant, et avec «leurs yeux ardents injectés de sang et de feu, enlacent les petits corps de ses deux fils, s'enroulent autour de leurs proies et déchirent de morsures leurs misérables membres»; le père, quant à lui, «s'efforce d'écarter leurs nœuds avec ses mains» tandis que «leur bave et leur noir venin souillent ses bandelettes», mais il ne peut que «jeter vers les cieux des cris épouvantables» avant

de succomber à son tour, étranglé et mordu à mort. Le cri du Laocoon de Virgile n'est pas moins terrifiant que le mugissement du taureau que, la hache à la main, il sacrifie sur l'autel de son temple et dont «le cri terrible s'élève telle une plainte vers les étoiles».

Voilà. Mais pourquoi, s'interroge à plus forte raison Lessing, le créateur du Laocoon «n'a-t-il pas voulu imiter ce cri dans son marbre» et s'est-il contenté d'un simple «soupir», bouche presque close? Son explication est moins simple qu'il n'y paraît: une bouche que distend la douleur n'est pas agréable à regarder. L'artiste a donc été obligé «de ramener à un simple soupir le cri qui eût affreusement enlaidi le visage». Qu'on imagine, dit-il, Laocoon en train de crier: on verrait aussitôt «qu'une bouche grande ouverte» serait de «l'effet le plus repoussant du monde».

#### De quoi tuer la compassion

Si Laocoon se tient bouche close, ce n'est donc pas, comme le prétend Winckelmann, en raison de la vaillance des Grecs. Ni non plus, selon Lessing, parce que «crier est le signe d'une âme sans noblesse». La véritable explication de la bouche close est que le cri eût fait de ce chef-d'œuvre quelque chose de «laid», d'«affreux», dont «on a

envie de détourner le visage, tant le spectacle de la souffrance suscite de répugnance que la beauté de l'objet souffrant est impuissante à transformer en un tendre sentiment de compassion». Il est vrai qu'une bouche ouverte aurait «déformé le visage et rompu également l'harmonie de ses autres parties». Et pas seulement de celles-là. «Il est des passions et des degrés de passion qui s'expriment sur le visage par les distorsions les plus laides et font prendre au corps des positions d'une violence telle que toutes les belles lignes qui le dessinent quand il se trouve dans une attitude plus paisible en sont abolies.»

Les médecins-dentistes méritent le respect! Quel que soit leur degré de compassion, le spectacle auquel, jour après jour, ils sont exposés aurait donc de quoi réduire à néant l'un des plus grands chefs-d'œuvre de la culture occidentale. Pour Lessing, sinon pour d'autres, une bouche fermée et une bouche grande ouverte font toute la différence entre la beauté et l'horreur, la compassion et l'aversion, l'humain et l'inhumain. Si Laocoon est impassible devant la mort, c'est parce que l'art – grec ou pas grec – le veut ainsi. Lessing affranchit ainsi l'esthétique de ce qu'elle doit à l'éthique et lui donne ses propres lois. Des lois dont, «chez les anciens», la beauté était déjà la



Une charge contre l'effervescence née autour d'une œuvre d'art qui l'a lui-même inspiré: gravure sur bois d'après un dessin de Titien représentant Laocoon et ses fils comme des singes (vers 1565).





Seul le mal expose ainsi sa cavité buccale: l'un des serpents qui firent périr Laocöon.

première. Et comme la beauté ne fait pas bon ménage avec la représentation de ce que la douleur physique a de «violent», pour ne pas dire «laid», le sculpteur a atténué cet affect et tiré du marbre, au lieu du visage grimaçant auquel on serait en droit de s'attendre, cette noblesse dans la douleur.

Maintenant, Virgile. Dans «L'Énéide», il ouvre si grande la bouche de son héros malheureux que l'univers entier résonne de son cri. Et c'est, souligne encore Lessing, à dessein qu'il le fait, et avec le plus grand impact sur le lecteur. Pourquoi la littérature peut-elle se permettre ce qui est interdit à la sculpture? Et c'est là, exactement, que la réflexion sur la mimique de Laocöon conduit Lessing à franchir un nouveau pas: non content de rejeter l'image que Winckelmann donne de l'Antiquité, il imprime à la théorie de l'art de son temps une direction nouvelle. Il tord le cou à l'ancien consensus selon lequel existeraient pour tous les genres de création artistique des normes universelles.

### Goethe se sent libéré

«*Ut pictura poesis*», disait Horace. Le grand poète romain faisait encore autorité du temps de Lessing: pour lui, la poésie et la peinture ne faisaient qu'un. A cela Lessing oppose ce que l'on appellerait aujourd'hui la logique propre des médias – il postule pour les arts plastiques des «barrières et des besoins nécessaires» qui les distinguent de

la littérature. Selon lui, tout l'art du peintre et du sculpteur consiste à restituer le «moment prégnant»; tableaux et sculptures visent à une impression d'ensemble régie par la simultanéité, et leur beauté résulte de l'harmonie et de «l'effet concordant» des multiples parties qui les composent. Et comme une bouche grande ouverte défigure un homme tout entier, tout ce qui dérange dans un tableau réduit à néant cette beauté.

Tout autre est pour Lessing le mode de fonctionnement de la littérature. Son élément, dit-il, est l'action, non la cohabitation spatiale, mais la succession des événements dans le temps, et elle peut se permettre d'introduire dans cette structure des détails sordides sans que l'ensemble en devienne aussitôt repoussant. Ce qui revient toutefois à dire que les moyens d'expression de l'écrivain sont plus grands que ceux du peintre ou du sculpteur.

C'est par ce raisonnement que Lessing autorise Laocöon à hurler sur le papier, mais lui impose de se contenir dans le marbre. Ce faisant, il met aussi sens dessus dessous l'ordre des arts. Et provoque la chute de la hiérarchie en place – la peinture n'est plus le *nec plus ultra*, le modèle à suivre par tous les autres métiers. Près d'un demi-siècle plus tard, Goethe s'enflamme dans «Poésie et vérité», son autobiographie, pour l'expérience d'éveil qu'a été pour lui ce changement de cap: «Il faut être un adolescent pour se représenter l'effet que le Laocöon de Lessing exerça sur

nous en nous entraînant du domaine d'une contemplation médiocre dans les libres espaces de la pensée.» La nouvelle liberté que Goethe évoque ici est celle de l'imagination de l'écrivain qui, affranchi des bornes du beau, peut même «s'arranger du laid». «Toutes les conséquences de cette magnifique pensée s'offrirent à nous comme illuminées par un éclair, écrit Goethe, et toute l'ancienne critique doctorale et magistrale fut jetée comme un vieux vêtement.»

### On en reste au tabou

Et tout ce remue-ménage à cause de la bouche de Laocöon? Un Laocöon qui fait vraiment figure de catalyseur de la philosophie de l'art: les uns prennent prétexte de cette apparition de marbre pour porter aux nues l'héritage de l'Antiquité, les autres pour réécrire le catalogue des prestations artistiques. Mais il est une chose à laquelle toute cette discussion ne change rien: tout le monde voit la souffrance de Laocöon, tout le monde en est bouleversé, mais personne n'aurait eu l'idée de plaider la cause d'une bouche grande ouverte, dont jaillirait visiblement un cri. Les Winckelmann, les Lessing et autres protagonistes de ce débat du siècle se contentent de légitimer par des arguments purement théoriques une règle, sinon un tabou, à laquelle rien ne changera plus.

Il existe, explique aujourd'hui le philosophe de la culture Hartmut Böhme, «une règle presque toujours suivie par le monde de l'art»: «Le bien et le beau se montrent la bouche fermée, le mal et le laid, la bouche béante», écrit-il dans l'article «La cavité buccale est un cabinet de curiosités» tiré de son livre «L'oral – la cavité buccale dans l'histoire de la culture et la médecine dentaire (voir RMSO 10/2013). Quand l'art se propose de faire du beau, il s'interdit de plonger du regard dans une bouche ouverte, pour des raisons de beauté, mais aussi, ne lui en déplaise, de morale: «Même un sourire pourrait être l'œuvre du diable. L'intérieur de la bouche est pour le moins d'une inquiétante étrangeté.»

En tout cas pour le monde qui s'arrête à la porte du cabinet dentaire.

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.

# Mieux manager son cabinet dentaire

**Mieux manager son cabinet dentaire, c'est avant tout savoir anticiper les opportunités et mesurer les risques de développement de son entreprise de santé bucco-dentaire. Prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler sont les cinq piliers de l'exercice stratégique de l'odontologue contemporain.**

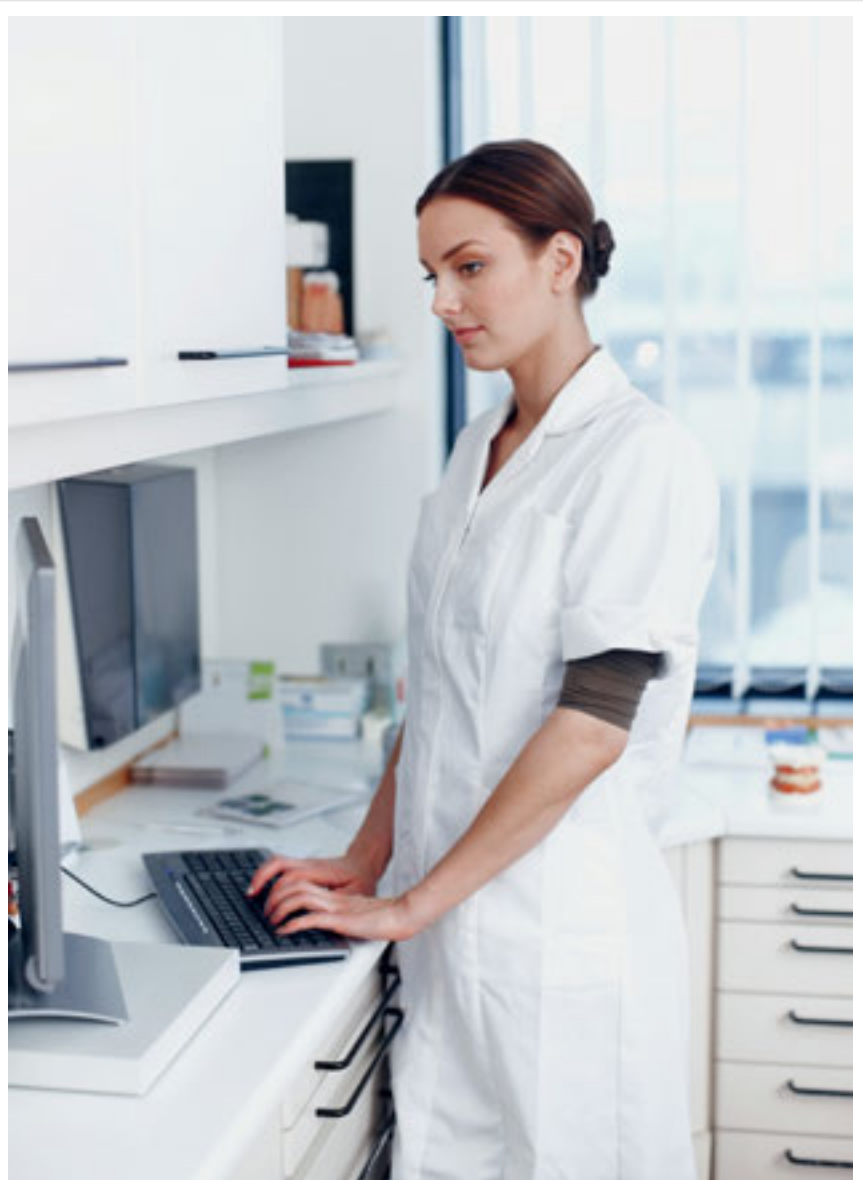
Rodolphe Cochet, conseil en stratégie d'organisation des cabinets dentaires, [www.rh-dentaire.com](http://www.rh-dentaire.com), [info@rh-dentaire.com](mailto:info@rh-dentaire.com) (photo: iStockphoto.com)

Les sciences humaines du management sont indispensables à la qualité de vie professionnelle du médecin-dentiste et de son équipe. Désormais enseignées comme cours obligatoires soumis à un examen final dans plusieurs facultés de médecine dentaire modernes et proactives,<sup>1</sup> les pratiques régulières du management appliqué à l'odontologie font partie des compétences fondamentales de tout praticien, qu'il exerce à titre individuel ou en cabinet de groupe. Analysons les cinq compétences-clés du médecin-dentiste et manager.

## 1. Prévoir

Mieux manager son cabinet dentaire, c'est avant tout savoir anticiper les opportunités et mesurer les risques de développement de son entreprise de santé bucco-dentaire. Aussi, lorsqu'on débute son exercice de médecin-dentiste, qu'il s'agisse d'une première installation ou d'une collaboration, on a tendance à se plonger dans l'exécution instantanée des actes de soins en absorbant le flux des demandes de traitements, sans avoir nécessairement construit en amont un véritable projet d'entreprise ou de carrière, sans savoir prendre le recul suffisant sur son activité pour mieux décider. Pourtant, cette vision stratégique de l'exercice odontologique est capitale et primordiale, plus encore en dentisterie que dans la plupart des autres disciplines médicales, puisque les charges sociales, fiscales, matérielles et immatérielles du médecin-dentiste sont particulièrement lourdes et contraignantes. On ne peut donc pas gérer un cabinet dentaire comme on gère un cabinet de médecine générale, par exemple. Tout futur odontologue avant de débiter sa carrière aussi bien qu'en cours d'exercice doit donc impérativement (en règle générale par palier de 3 à 5 ans):

- en premier lieu: faire évaluer son niveau de compétences transversales (management, organisation, communication) par le biais d'outils psychométriques avancés tels que *dentiste-Manager™* dans des centres d'évaluation des pratiques professionnelles en dentisterie (formation continue).<sup>2</sup>
- en second lieu: identifier ses insuffisances professionnelles et ses points d'appui en envisageant selon les cas et ses propres besoins un parcours de formation continue (sociétés de formation ou de conseil, associations dentaires).



La notion d'organisation pour un médecin-dentiste implique de rassembler tous les moyens utiles à la réalisation des objectifs de développement qu'il s'assignera lui-même ou qu'il assignera à son équipe.

## 2. Organiser

La notion d'organisation pour un médecin-dentiste implique de rassembler tous les moyens utiles (matériels et immatériels) à la réalisation des objectifs de développement qu'il s'assignera lui-même ou qu'il assignera à son équipe. Il peut s'agir d'investir dans la création d'un nouveau poste de travail: assistante dentaire, hygiéniste, collaborateur (on parle alors de Marketing RH

pour définir la stratégie qui permettra de séduire et d'attirer de futures recrues), ou de décider de se former en implantologie afin de développer une expertise débouchant sur un exercice semi-exclusif ou exclusif. A ce titre, si le plan de carrière du praticien consiste dans la réalisation d'un projet d'exercice exclusif dans l'une des disciplines fondamentales de l'omnipraticque (implantologie, parodontologie, endodontie, odontologie pédi-



trique, occlusodontologie...), il faudra aussi créer, développer et fidéliser un réseau de correspondants de santé. Il peut aussi être question d'investir dans l'installation d'un fauteuil de soins supplémentaire afin d'optimiser la rentabilité de l'exercice du praticien et de son assistante en rationalisant son agenda et en diminuant entre autres le temps consacré à l'accomplissement des tâches dites improductives. Dans tous les cas, ce qui est en jeu, c'est bien le niveau des compétences managériales du praticien-gérant ou du directeur administratif (centre dentaire). S'organiser, c'est se donner les moyens d'assouvir ses propres ambitions professionnelles.

### 3. Commander

Nous abordons ici l'un des sujets les plus délicats touchant l'exercice du métier de dentiste & manager. La gestion de la relation hiérarchique à autrui dans un cadre strictement professionnel est l'une des fonctions définitives du management parmi les plus difficiles à maîtriser pour un odontologiste. Tantôt trop déléguatifs, tantôt trop autoritaires ou bien encore navigant à vue entre ces formes extrêmes de gouvernance, nombre de praticiens ont de réelles difficultés à doser l'exercice de leur pouvoir dans la gestion de la relation à l'équipe et au patient. C'est une vraie question de sociologie et de psychologie du langage. Il est donc capital de définir en amont une politique adaptée de management des ressources humaines (règlement intérieur, politique sociale, politique salariale, communication interne) ainsi qu'une politique de soins et de santé alignée sur les besoins médicaux et le profil sociologique de sa patientèle. Dans le cadre de ses opérations de gouvernance et de gérance, le médecin-dentiste devra faire preuve de professionnalisme et de rigueur dans l'adoption

de règles formelles de communication interne (équipe) et externe (patient) qu'il déclinera en tant que tuteur (formation du personnel clinique et administratif), censeur (sanctions du personnel: sanctions verbales ou écrites), chef de clinique (administration des soins) et enseignant-pédagogue (diagnostic, présentation du plan de traitement). «Apprendre à gouverner un cabinet dentaire» ne fait actuellement l'objet d'aucun enseignement, du moins sous cette dénomination, dans aucune faculté de médecine dentaire. C'est une véritable aberration et lacune pédagogique à laquelle, nous n'en doutons pas, les responsables de l'enseignement médico-dentaire remédieront conformément aux recommandations officielles de l'ADEE («Profil du futur odontologiste européen»).

### 4. Coordonner

La notion de coordination est centrale au cabinet dentaire, car elle permet de rassembler et de réunir les intérêts professionnels du praticien, de l'équipe et des patients. Aussi, les intérêts collectifs doivent primer sur les intérêts personnels. La coordination prend tout son sens dans les interrelations qu'entretiennent par exemple la secrétaire et l'assistante dentaire. Certains cabinets privilégiant cette fonction stratégique ont d'ailleurs créé des postes de coordinateur de soins. La signification et la portée des responsabilités assignées est claire: superviser, faciliter et optimiser le parcours de soins du patient au cabinet, de sa demande initiale décodée jusqu'à la réalisation des opérations de maintenance (hygiène, prophylaxie). Afin d'optimiser la coordination des services cliniques, administratifs, logistiques et relationnels d'un cabinet dentaire, il est également primordial d'organiser tous les mois (à date fixe) une réunion de développement.<sup>3</sup>

### 5. Contrôler

Ce qui est ici en jeu dans la fonction managériale de contrôle du médecin-dentiste, c'est la notion de «qualité totale»: tous les services du cabinet doivent être optimisés à tous les niveaux, que l'on soit gérant ou employé. Cette démarche nécessaire d'amélioration continue est la condition sine qua non de la pérennité de l'exercice du praticien et de sa rentabilité. La supervision des réalisations de l'équipe s'effectue à deux niveaux: dans le cadre des réunions mensuelles du cabinet, et tout particulièrement lors des entretiens annuels d'appréciation. La systématisation des opérations de contrôle peut être évitée si le personnel assure un feedback régulier et spontané quant à l'exécution de son travail, via un carnet de liaison ou un cahier de communication interne au cabinet.

**Prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler sont les cinq piliers de l'exercice stratégique de l'odontologiste contemporain.**

- <sup>1</sup> Cette nouvelle discipline est enseignée sous l'appellation officielle «Management odontologique™» ou «Stratégie d'organisation au cabinet dentaire». Copyright et propriété intellectuelle de Rodolphe Cochet.
- <sup>2</sup> Ces bilans de compétences en stratégies d'organisation sont accessibles via plusieurs sociétés scientifiques dans le cadre de la formation continue, en France, Belgique et Suisse, en principe sous la forme de TP et «Ateliers pratiques de leadership en dentisterie™».
- <sup>3</sup> «Faire de ses réunions d'équipe un succès au cabinet dentaire». Rev Mens Suisse Odontostomatol. Vol. 123 7/8/2013.



## Formation postgrade en chirurgie orale

Les consœurs et les confrères remplissant les conditions pour l'obtention du titre de **Spécialiste en chirurgie orale** (p. ex. formation postgrade à plein temps d'une durée de trois ans en chirurgie orale, thèse de doctorat, deux publications, dix casuistiques documentées, etc.) et qui souhaitent l'obtenir sont invités à transmettre leurs documents jusqu'au **31 décembre 2013** au secrétariat de la SSOS.

Le règlement pour la spécialisation et les informations y relatives sont à la disposition des intéressés sur [www.ssos.ch](http://www.ssos.ch).

D<sup>r</sup> méd. dent. Vivianne Chappuis  
Secrétaire de la SSOS

Secrétariat de la SSOS, Marktgasse 7, 3011 Berne

## Livre/Revue

### Clenching et ATM

**Hartmann F & Cucchi G:**

**Stress and Orality**

300 p, 213 ill., éd. Springer-Verlag France 2014,  
ISBN 978-2-8178-0271-8

version livre relié CHF 186.50;

version électronique CHF 149.–

<http://www.springer.com/medicine/book/978-2-8178-0270-1>

D'emblée, les auteurs proposent au lecteur d'admettre l'hypothèse qu'un patient stressé et introverti qui serre fortement ses dents, fréquemment ou de manière prolongée, risque de souffrir de vertiges. Ils ajoutent qu'une argumentation basée sur des données cliniques et scientifiques va permettre de déboucher sur un protocole thérapeutique concret.

Au-delà d'une explication des mécanismes liés au stress, l'objectif de cet ouvrage est de suggérer une relation entre les troubles de l'ATM et certaines formes de migraine, de fibromyalgie et de fatigue chez les patients qui souffrent d'un clenching important.

Désormais, les troubles d'ATM sont à considérer comme une affection plurifactorielle de la sphère orale que provoquent des facteurs de stress socio-psycho-émotionnels parfois associés à des dysfonctions occlusales, linguales ou posturales notamment.

Le patient qui indique des signes de migraine, de fibromyalgie et de fatigue chronique devrait concentrer l'attention du médecin-dentiste sur ses parafonctions buccales souvent en relation directe avec le trijumeau et pouvant ainsi affecter des territoires éloignés de la sphère buccale, non seulement sous forme de douleur référée, mais encore de troubles de l'ouïe, de la vision, de la posture, du sommeil ou du comportement.

Les signes objectifs font appel à un examen clinique très systématisé, à la palpation et à l'écoute qui ne saurait écarter l'intervention d'autres étiologies, qu'elles soient vasculaires, tumorales ou infectieuses.

Les parafonctions orales comprennent le bruxisme et le clenching surtout, dont l'importance peut parfois n'être que le sommet de l'iceberg des pathologies associées.

Lorsque ni l'examen, ni le recours médicamenteux n'apportent de résultats tangibles, le praticien devrait concentrer son attention sur la probabilité d'un trouble de l'ATM comme source potentielle de dysfonctions générales, de sa corrélation avec

le système nerveux central. Les multiples connexions nerveuses du SNC peuvent induire une réponse neuroendocrine au stress.

L'organe dentaire, richement innervé, est le siège de récepteurs physiologiques assurant la proprioception. Un stimulus pathologique aura, par la voie trigéménée, une action sur le thalamus et le cortex cérébral. De récents résultats cliniques cités par les auteurs indiquent que le clenching est un mode de réponse possible au stress. Toute agression externe ou interne du cortex, qu'elle soit nociceptive ou psycho-émotionnelle, induit une vigilance plus intense qui va dicter une adaptation individuelle de lutte ou de fuite. Si le bruxisme est considéré comme une effort d'adaptation à un trouble occlusal, le clenching est lui influencé par un stress psycho-émotionnel. Il peut représenter une substitution à une action phasique comme la parole qui fait intervenir les mêmes structures orales. La pression socio-économique et le climat familial représentent une charge de stress souvent compensé par une activité parafonctionnelle du système stomatognathique qui intervient comme une solution à des situations conflictuelles lorsque l'expression orale est inhibée. De tels phénomènes intéressent en général des individus introvertis et peu enclins à exprimer leurs émotions. Au niveau du lobe temporal, le complexe amygdalien décode les menaces internes ou externes en intervenant sur la libération de substances physiologiques-clés.

Les solutions thérapeutiques proposées indiquent que le recours à des gouttières n'apporte pas de solutions satisfaisantes dans la thérapie d'un clenching majeur. En revanche, une approche visant à évaluer et à minimiser les facteurs étiologiques comprend des recommandations en matière de comportement, une réhabilitation fonctionnelle et une suppression des habitudes parafonctionnelles. Cette approche, le RMT (*Relaxing and Moderating Treatment*), facilite le diagnostic et la gestion des facteurs périphériques qui contribuent aux troubles myo-articulaires. La technique comprend des interventions locales, des exercices fonctionnels réguliers que l'on peut associer à la prise de myorelaxants, à des mesures de relaxation et à une psychothérapie.

Les nombreuses illustrations, l'argumentaire scientifique et les dessins didactiques particulièrement explicites intéresseront tout médecin-dentiste confronté à la problématique parfois préoccupante du clenching et de ses conséquences.

Michel Perrier, Lausanne

### Avulsions accidentelles de dents permanentes

**Andersson L et al.:**

**International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries:**

**2. Avulsion of permanent teeth.**

*Dental Traumatol* 28: 88–96, 2012

[http://www.aapd.org/media/Polices\\_Guidelines/E\\_Avulsion.pdf](http://www.aapd.org/media/Polices_Guidelines/E_Avulsion.pdf)

L'avulsion accidentelle de dents permanentes est l'une des lésions dentaires les plus sérieuses. Le pronostic dépend des mesures prises immédiatement après l'accident sur le site de ce dernier. La réimplantation en est habituellement le traitement de choix, mais il n'est pas toujours possible, voire même indiqué. L'Association internationale de traumatologie dentaire (IADT) a développé des directives sur la gestion thérapeutique des dents avulsées dans le but d'en optimiser les résultats. Un groupe de travail a passé en revue et discuté les données plus récentes de la littérature afin de mettre à jour les anciennes directives de 2007.

Sur le site de l'accident, la réimplantation reste le traitement initial de choix, une fois qu'il a été constaté que la dent avulsée est bien une dent permanente. Sans réimplantation, il est aussi possible de conserver la dent dans un récipient contenant du lait ou tout autre milieu adéquat, ou encore en la plaçant dans la cavité buccale de l'accidenté. Il faut toutefois éviter de conserver la dent dans de l'eau, et un traitement d'urgence doit être entrepris dans les délais les plus brefs.

Le traitement de dents accidentellement avulsées dépend de l'état de maturation radulaire (apex ouverts ou fermés) et de celui des cellules du ligament parodontal. Le milieu de conservation et le temps passé hors de la cavité buccale sont des facteurs critiques qui vont déterminer l'état des cellules ligamentaires. Celles-ci meurent au-delà de 60 minutes passées au sec. Une réimplantation retardée a un pronostic très réservé.

L'objectif des manœuvres thérapeutiques est de redonner à la dent ses fonctions esthétiques et fonctionnelles. Il faut garder à l'esprit qu'une ankylose et une résorption radulaire avec perte de la dent sont des conséquences possibles.

Les antibiotiques ont souvent un effet positif sur la cicatrisation pulpaire et ligamentaire, et sont recommandés après une réimplantation. Le statut médical du patient et la présence d'autres lésions vont aussi dicter leur prescription. Les tétracyclines



constituent le premier choix pour autant que leur usage ne risque pas de décolorer les dents permanentes des jeunes patients. Les pénicillines sont des alternatives. Des antibiotiques topiques comme la minocycline ou la doxycycline ont montré des résultats positifs dans la revascularisation pulpaire et ligamentaire des dents immatures. Des attelles flexibles peuvent être collées à court terme (2 semaines) sur les faces vestibulaires des dents supérieures afin de permettre l'accès palatin nécessaire au traitement endodontique et pour éviter les interférences occlusales. Il devrait être déconseillé aux patients de participer à des sports de contact, mais recommandé de suivre un régime alimentaire mou pendant au moins deux semaines, d'utiliser une brosse très souple après chaque repas et de rincer à la chlorhexidine 0,1% deux fois par jour dans la semaine qui suit la réimplantation. Les conditions de rétablissement sont meilleures lorsque les patients sont régulièrement suivis et que les mesures d'hygiène sont respectées.

Quand un traitement endodontique est indiqué, il sera commencé 7–10 jours après la réimplantation. L'hydroxyde de calcium est indiqué comme pansement intracanalair laissé en place pendant un mois avant l'obturation définitive. Si une pâte à base d'antibiotique et de corticostéroïdes est utilisée, elle peut être placée immédiatement ou brièvement après la réimplantation, et laissée pendant au moins deux semaines. Les pâtes contenant de la déchlorotétracycline présentent le risque de décolorer la dent et devraient être confinées dans le canal, sans contact avec les parois camérales. Lorsqu'une dent n'a pas été réimplantée immédiatement, le traitement endodontique peut être accompli extraoralement avant la réimplantation. Une revascularisation pulpaire est possible lorsque l'apex est ouvert, que la dent a été réimplantée immédiatement ou conservée dans un milieu adéquat. Aucun traitement radiculaire ne sera entrepris sur des dents très immatures à moins qu'une nécrose

pulpaire n'ait été identifiée cliniquement ou radiographiquement. Le suivi comprenant une appréciation clinique et radiographique sera effectué à quatre semaines, trois mois, six mois, puis annuellement. Les cas de dents définitivement perdues en cours de traitement seront discutés d'entente avec les spécialistes avant l'apparition de signes d'infra-position par exemple. L'IADT admet que davantage de recherches et de documentations sont nécessaires dans divers domaines, comme les méthodes d'éliminer les structures ligamentaires perdues, le conditionnement du ligament avant la réimplantation, le traitement topique des surfaces radiculaires aux fluorures, la revascularisation pulpaire, le meilleur type d'attelles, l'effet des vasoconstricteurs des anesthésiques, l'utilisation de corticostéroïdes, le traitement endodontique extraoral, l'utilisation de tenons en titane et les effets à long terme sur l'os alvéolaire.

Michel Perrier, Lausanne

## Impressum

### Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen:  
Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin  
Innerhalb der Zeitschrift: SMZ  
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» Rédaction «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;  
Prof. 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»

### Rédaction «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 / Editeur

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<sup>e</sup> année – Verbreitete Auflage / Tirage distribué: 5650 ex.;  
WEMF/SW-Beglaubigung 2012 – Verkaufte Auflage / Tirage vendu: 4686 ex.  
ISSN 0256-2855