

Les médecins, les médecins-dentistes et le virus du point de vue sociologique

La Suisse deviendra-t-elle une grande salle d'attente pendant la crise du coronavirus, tandis que les virologues assument les tâches du médecin? Nous nous sommes entretenus avec Ulrich Oevermann et Marianne Rychner, qui portent un regard surprenant sur la crise en leur qualité de sociologues.

Entretien : Marco Tackenberg, Andrea Renggli, rédaction SDJ
Photos : Marco Zanoni, photographe

De quelle manière la crise du coronavirus influence-t-elle les rapports entre le médecin et le patient? Et de quelle façon le regard de la société sur les professions médicale et infirmière change-t-il? Nous avons convié deux experts en la matière à un entretien : le professeur de sociolo-

gie honoraire Ulrich Oevermann et la sociologue Marianne Rychner. L'entretien par vidéoconférence s'est transformé en un débat au cours duquel les deux intervenants se sont tour à tour complétés, contredits, remis d'accord, au point de continuer d'argumenter des heures

durant après la fin de l'entretien à proprement parler. C'est la raison pour laquelle il n'est plus possible d'attribuer les propos reproduits plus bas à l'un ou à l'autre.

Ulrich Oevermann est le fondateur de l'herméneutique objective, une méthode



Ulrich Oevermann et Marianne Rychner discutent de la crise du coronavirus du point de vue sociologique : « La crise des soins infirmiers, qui était déjà connue, est devenue encore plus évidente, de même que le fait que les prestations médicales ne sont pas un produit. »

« Dans la mesure où les épidémiologistes argumentent de manière crédible, les gens acceptent volontairement les restrictions. »

sociologique d'interprétation des faits sociaux. Cette démarche consiste à analyser des textes pour en faire émerger des structures de sens objectives. Pour ce faire, les règles d'action sociale inhérentes au langage sont reconstruites. Les axes de recherche d'Ulrich Oevermann incluent la théorie de la professionnalisation. La notion de profession se rapporte ici à des « métiers » tels que ceux de médecin, d'avocat, de prêtre ou de théra-

Le sociologue part de l'hypothèse de base que les médecins sont des spécialistes de la résolution suppléante des crises dans le domaine de la médecine. Pour conserver son autonomie, l'individu doit résoudre lui-même les crises qui surviennent dans sa vie. Or, lorsqu'il tombe malade, il n'est plus en mesure de le faire. Il confie dès lors cette tâche à un médecin. Il en résulte un paradoxe : en recourant à la résolution suppléante de crise par le médecin

acheter et elle ne doit pas être objet à publicité, ou seulement dans une mesure limitée. Le pacte de travail ne se réfère donc jamais à un rôle, mais à la personne entière.

Ce pacte de travail est-il influencé par l'actuelle crise du coronavirus ?

Fondamentalement, elle ne change rien au pacte de travail concret en cas de maladie du patient, pourquoi cela devrait-il être le cas ? Il devient juste plus évident qu'il ne faut pas se rendre chez le médecin pour le moindre bobo, et la primauté du bien commun apparaît plus fortement, non seulement au médecin, mais aussi au patient. Cela soulève la question de savoir si la lutte contre une pandémie est en même temps une sorte de pratique collective. Dans une certaine mesure, oui : le médecin chargé de la résolution suppléante des crises n'est ici qu'indirectement impliqué. Le public voit et entend surtout les virologues, qui agissent comme prestataires de services du monde politique. Cependant, les experts que sont le virologue ou l'épidémiologiste ne s'engagent normalement pas dans un pacte de travail individuel avec les patients. Ils conseillent plutôt les politiciens quant aux mesures à prendre pour tous les patients potentiels en tant que collectif. Lorsque ces experts ne parviennent pas à s'accorder tandis qu'ils conseillent le monde politique, le pacte de travail collectif, et donc la mise en œuvre des mesures, est difficile. Il n'est pas non plus surprenant qu'ils ne soient pas toujours d'accord, car aucune science ne peut voir dans l'avenir. Mais elle peut prétendre à la logique du meilleur argument. Ainsi, dans la mesure où les épidémiologistes et les virologues argumentent de manière crédible, les gens acceptent volontairement les restrictions, de sorte que l'on peut parler, jusqu'à un certain degré, d'un pacte de travail collectif. C'est pourquoi il importe aussi de respecter les droits fondamentaux et de ne pas imposer de restrictions inutiles. Daniel Koch, le responsable de la division Maladies trans-



peute, qui aident leurs « clients » à résoudre une crise.

Marianne Rychner est enseignante à différentes hautes écoles de Suisse. Dans sa thèse de doctorat intitulée « Grenzen der Marktlogik » (Les limites de la logique du marché), elle a examiné les pratiques médicales.

Nous parlerons ci-après du pacte de travail entre le médecin et le patient. Pouvez-vous expliquer brièvement ce qu'il faut entendre par là ?

pour restaurer son autonomie, le patient entre dans une nouvelle dépendance. Il dépend de la prestation du médecin. Cette dépendance doit pour cette raison comprendre une composante qui assure néanmoins l'autonomie du patient. Cette condition est réalisée par le libre choix du médecin, dont découle le pacte de travail. Le patient entre dans la relation avec le médecin de son plein gré et s'engage à suivre les instructions de ce dernier. C'est pourquoi la prestation du médecin n'est pas comparable à une marchandise à

missibles de l'OFSP, le fait d'ailleurs très bien. Il inspire confiance. Lors de ses apparitions publiques, il ne parle pas comme un politicien, mais avec la voix calme et posée d'un médecin.

Pourquoi est-ce important ?

On ne peut pas faire confiance à un politicien comme on fait confiance à un médecin. Le métier de politicien ne se laisse pas professionnaliser. Les politiciens peuvent être considérés comme des clients des professions qui les conseillent, mais ils doivent en fin de compte décider de manière autonome. La crise actuelle montre donc clairement quelles sont les responsabilités et les compétences de la profession médicale. Cela tient également au fait que pour les politiciens, parce qu'ils veulent être élus, la mise en scène et, fréquemment, l'aspect idéologique ont plus d'importance, tandis que les médecins, dans l'exercice de leur profession, font passer l'aspect pragmatique, concret, avant l'aspect général, idéologique.

Par le passé, vous avez dit que la pratique médicale peut pâtir de mesures telles que l'introduction des soins intégrés. Observez-vous actuellement un renforcement de la pratique médicale ?

Oui, en ce sens que tous savent que des prestations médicales professionnelles sont indispensables. Toute personne qui est gravement atteinte du COVID-19 n'a plus d'autre choix que de s'en remettre à une assistance médicale compétente sous forme de soins intensifs. Le problème est que cela nécessite des contacts personnels étroits, ce qui peut actuellement être dangereux pour le personnel médical et les autres patients. Le patient doit pouvoir compter sur le fait que tout sera entrepris pour prévenir les infections. Cela montre clairement que, tout comme dans le pacte de travail, le médecin ne se résume pas à un simple rôle, il est aussi une personne à part entière. En des temps apparemment plus normaux, c'est en principe la même chose, sauf que cela devient plus visible dans la situation actuelle.

Après que le Conseil fédéral a intimé aux médecins-dentistes de ne plus traiter que les urgences en raison du risque d'infection, le représentant d'une société de discipline dentaire a déclaré: « Il est possible que certains patients subissent les conséquences (de cet ordre) sous forme de perte de dents ou de complications, mais dans la situation actuelle, la collectivité a préséance sur l'individu. » Que répondez-vous à cela ?



On peut voir ici que dans la pratique médicale (et dentaire), il s'agit aussi de peser les risques avec pragmatisme, comme pour tout dans la vie, mais que cette pondération peut avoir davantage de conséquences pour l'ensemble des parties concernées. Les soins dentaires ne sont en effet pas non plus un produit commercial. En principe, ces considérations ne s'appliquent pas spécifiquement au coronavirus, mais de manière générale à toutes les maladies infectieuses, telles que le VIH ou la rougeole. Dans le cas du coronavirus, la situation est particulièrement aiguë du fait du risque d'infection. Lorsque le représentant des médecins-dentistes s'exprime comme il fait, il dit en substance qu'il considère que les prescriptions de l'OFSP sont raisonnables et qu'il s'y conformera, même si ses recettes diminueront de ce fait, de manière analogue à toutes les autres professions qui doivent restreindre leurs activités dans ces conditions particulières.

Le représentant d'une autre organisation de médecins a récemment déclaré: « Même dans la situation d'urgence actuelle, la préservation de la force économique continue de jouir d'une plus grande considération que la prévention de milliers de décès. » Est-ce

de montrer le nombre de décès qui pourraient être empêchés en évitant une situation d'urgence économique, et le nombre de décès qui sont susceptibles de découler d'une réduction des mesures médicales, et quel facteur influence quel autre et de quelle manière. Je ne présume pas non plus que des modèles absolument fiables sont possibles. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les mesures mises en place pour prévenir les décès d'origine médicale tendent naturellement à restreindre la vie économique et qu'il faut, à moyen et long terme, une économie fonctionnelle pour maintenir le système de santé en état de fonctionnement. Mais il est clair que, pour garantir la survie de l'homme – et donc pour préserver la dignité humaine –, la société doit accepter des coûts et des restrictions dans d'autres domaines. Il n'est, à mon avis, pas particulièrement rationnel de créer une dichotomie entre ces deux aspects.

La crise change-t-elle la vision du système de santé?

Face à cette crise, la sensibilité en faveur de la préservation des conditions de la santé humaine, de l'intégrité de la pratique de la vie individuelle est croissante.

« Il est clair que, pour garantir la survie de l'homme, la société doit accepter des coûts et des restrictions dans d'autres domaines. »

ainsi que vous voyez les choses? La logique économique est-elle encore dominante, alors que la logique médicale devrait pourtant prévaloir davantage?

S'agissant de tels propos, la question est toujours de savoir à quoi ils se rapportent concrètement. Dans le cadre d'un débat, par exemple avec des économistes qui préconisent une propagation rapide du virus au sein de la population dans le but de favoriser l'immunité collective, le représentant en question a évidemment raison. S'il est abstrait, son propos est par contre difficile à évaluer. Je ne connais pas de calcul ou de simulation à même

C'est ce que montre également l'évolution des réactions de la population dans les régions du nord de l'Italie, particulièrement touchées par la crise.

À quoi pensez-vous concrètement?

Beaucoup de choses qui étaient considérées comme allant de soi auparavant ne sont soudainement plus possibles: par exemple, enterrer les défunts avec dignité. Dans cette crise, qu'ils traversent tous ensemble, les citoyens font entendre leur voix en chantant le soir sur leur balcon. Et l'orientation sur le bien commun de la pratique médicale apparaît aussi plus

clairement, bien qu'elle fût naturellement déjà indispensable jusqu'ici.

L'importance des soins a été une question majeure en Suisse ces dernières années, mentionnons à ce propos par exemple l'initiative populaire sur les soins infirmiers. En public, elle a été discutée principalement sous l'angle des coûts. Comment la crise change-t-elle le regard porté sur la profession infirmière?

La crise des soins infirmiers, qui était déjà connue, est devenue encore plus évidente, de même que le fait, déjà mentionné, que les prestations médicales ne sont pas un produit. Ces dernières années, cette attitude a parfois été qualifiée de quelque peu désuète. Mais le fait qu'aujourd'hui beaucoup de gens applaudissent les médecins et le personnel infirmier ou les qualifient de héros et d'héroïnes montre que cette prestation est quelque chose de spécial et que même après la crise, il importera d'en être conscient et d'en tenir compte dans la formation et la rémunération du personnel infirmier.

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a-t-elle raison de dire qu'en raison de la pénurie d'appareils respiratoires, chacun devrait maintenant se demander s'il souhaite être placé sous respiration artificielle?

Certes, du point de vue du patient potentiel, il est indiqué de réfléchir à ces questions et d'exprimer ce dont on ne veut absolument pas dans les zones grises du faisable, mais il en a toujours été ainsi. La difficulté est ici que, en tant que profane, vous ne pouvez jamais savoir exactement ce que l'une ou l'autre mesure signifie réellement à un moment donné. Dans cette situation aussi, on dépend en fin de compte de la résolution suppléante des crises; je considère que le patient absolument mature est une illusion. Par exemple, j'ai moi-même, si je me souviens bien, déclaré il y a quelques années que je ne voulais pas être réanimé et placé sous respiration artificielle, le cas échéant. Cependant, au vu de l'épidémie actuelle, je n'en suis plus si sûr malgré mon âge, car les problèmes respiratoires sont ici constitutifs d'une grave maladie, et la respiration artificielle est donc la thérapie la plus importante. Reste à savoir, bien entendu, dans quelles conditions et avec quels antécédents médicaux une guérison est possible sans séquelles permanentes handicapantes. Qui peut le savoir à l'avance? En cas de doute,



le médecin en qui j'ai confiance peut probablement l'évaluer mieux que moi. À l'heure actuelle, je considère donc que les recommandations émises dans les médias posent problème, non seulement parce qu'elles peuvent mettre les personnes âgées sous pression, mais aussi parce qu'elles suggèrent qu'il existe des critères objectifs susceptibles de remplacer la pondération du cas individuel par le médecin traitant.

Le triage et le rationnement ont toujours fait partie intégrante de l'activité du médecin. Ces décisions se voient-elles attribuer une nouvelle essentialité dans la crise actuelle? Un jour, vous avez dit : une décision est tou-

jours prise en situation de crise, sinon ce n'est pas une décision.

La décision de triage, quelle que soit sa nature, est au fond le pain quotidien du médecin. Je ne voudrais pas être traité par un médecin qui est incapable de prendre de telles décisions. Mais je dois pouvoir compter sur le fait que le médecin ne prend pas simplement des décisions selon un schéma standard, mais qu'il inclura naturellement sa connaissance du cas d'espèce dans le processus de décision. Le pacte de travail est en effet plus qu'une simple relation de rôles. Il exige que le médecin perçoive le patient concret comme une personne à part entière; le pacte de travail doit donc aussi inclure

un soutien palliatif en cas de processus de mort inéluctable. Dans les cas où la mort est certaine ou souhaitée par le patient, il serait cependant absurde de l'hospitaliser et de le placer en soins intensifs. Pas uniquement pour des considérations de coût et de ressources, mais aussi parce que, justement dans le cas du coronavirus, la personne mourante pourrait dire au revoir à ses proches de manière plus appropriée.

Le présent article a été rédigé dans le cadre d'une coopération entre le SDJ, Politik+Patient, le magazine du Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften (Vedag), et doc.be, le magazine de la Société des médecins du canton de Berne.

SRAS-CoV2 et analgésiques contenant de l'ibuprofène

Dans le contexte des événements en rapport avec le COVID-19, les médias ont rapporté que **l'ibuprofène** pouvait provoquer une sérieuse dégradation de l'état de santé des personnes infectées par le SRAS-CoV2. Est-ce vrai ?

Texte : Martina Schriber, cabinet privé à Winterthour

Dans le contexte de l'accélération des événements en rapport avec le COVID-19 au plan mondial, les médias ont rapporté que l'ibuprofène pouvait provoquer une sérieuse dégradation de l'état de santé des personnes infectées par le SRAS-CoV2. Cette information a particulièrement troublé les personnes souffrant de maladies chroniques. Dans les cabinets dentaires, la question s'est également posée : peut-on encore donner sans hésitation aux patients des analgésiques contenant de l'ibuprofène ?

Quels sont les analgésiques qui contiennent de l'ibuprofène ?

Les analgésiques contenant de l'ibuprofène appartiennent au groupe des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et contribuent, en raison de leurs propriétés anti-inflammatoires, à réduire efficacement les douleurs et la fièvre. Font partie des analgésiques contenant de l'ibuprofène le Dismenol, ainsi que, bien sûr, tous les produits dont le nom de médicament contient « ibuprofène », tels que Algifor, Brufen, Spedifen, Optifen, Irfen et Ibuprofen. Ce groupe de substances actives comprend également l'aspirine (acide acétylsalicylique), le diclofénac et les coxibs.

Mécanisme d'action des analgésiques contenant de l'ibuprofène

Les lésions tissulaires provoquent une décomposition des cellules du corps. Ce processus libère des médiateurs de la douleur, les prostaglandines, qui irritent les nocicepteurs et transmettent au cerveau le stimulus de la douleur qui en résulte. De cette façon, les lésions tissulaires locales sont enregistrées comme douleur dans le cerveau.

L'ibuprofène interfère avec la cascade de l'acide arachidonique : les cyclooxygénases COX-1 et COX-2 sont inhibées, ce qui réduit la synthèse des prostaglan-

dines. Le plus ancien et le plus important des inhibiteurs COX est l'acide acétylsalicylique (aspirine).

Les contre-indications connues pour l'ibuprofène sont notamment les ulcères gastriques et/ou duodénaux actifs ou récurrents, les hémorragies gastro-intestinales ou les maladies inflammatoires intestinales actives/connues, les hémorragies ou perforations gastro-intestinales associées à un traitement antérieur par AINS, une tendance accrue aux hémorragies, des dysfonctionnements hépatiques graves, une insuffisance rénale et des maladies cardiaques graves (pour plus d'informations, voir www.compendium.ch).

Rapport entre le SRAS-CoV2 et l'ibuprofène ?

En réaction à la mise en garde contre l'utilisation d'ibuprofène contre le COVID-19 et en raison de la pression de l'opinion publique, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé de préférer le paracétamol en cas de suspicion de fièvre liée à la nouvelle maladie pulmonaire COVID-19. À la mi-mars 2020, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a également déconseillé d'essayer de faire baisser la fièvre avec des analgésiques contenant de l'ibuprofène, car dans certains cas, cela entraînerait une aggravation de l'évolution de la maladie.

Le paracétamol a été considéré comme une alternative viable à l'ibuprofène, car il n'a aucun effet sur la coagulation du sang. Il ne faut cependant pas négliger le fait que le paracétamol a lui aussi des effets secondaires, qu'il interagit avec d'autres médicaments et qu'il entraîne des maladies hépatiques en cas de surdosage.

Cette mise en garde a immédiatement eu pour conséquence des achats massifs de paracétamol dans les pharmacies, prises d'assaut. La forte augmentation de la de-

mande a entraîné des ruptures d'approvisionnement.

L'OMS a annoncé vouloir examiner si les patients infectés par le SRAS-CoV2 ou atteints de COVID-19 présentent réellement une mortalité accrue ensuite de la prise d'ibuprofène.

Attention aux fake news

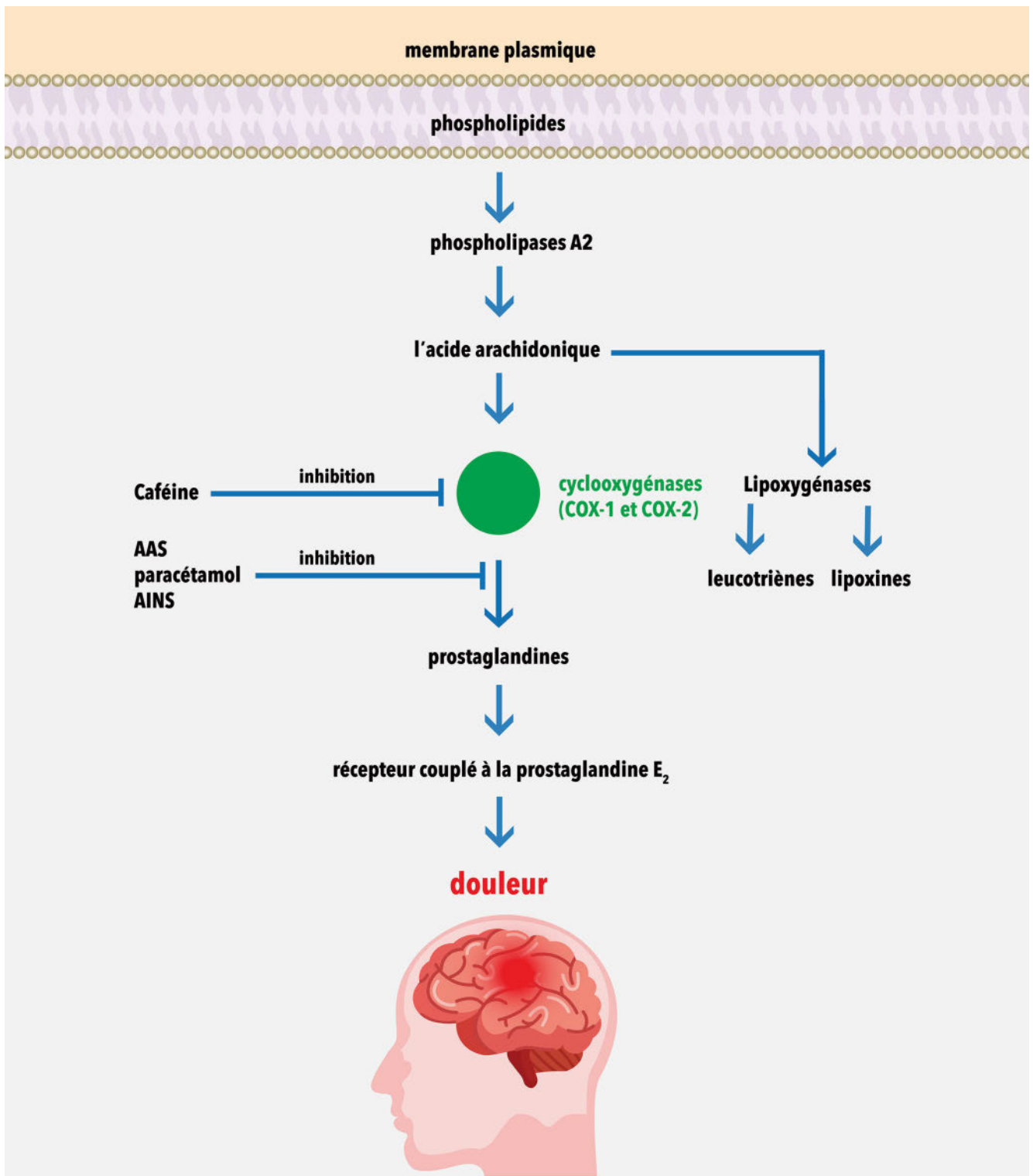
Peu après, l'OMS a retiré sa mise en garde. Sur la base des études actuelles et de l'avis du corps médical, aucun lien ne peut être établi pour l'instant entre la prise d'AINS et l'aggravation de l'état de santé des personnes atteintes de COVID-19. Certains chercheurs ont souligné que les analgésiques contenant de l'ibuprofène inhibent la coagulation du sang, entraînant un risque accru d'hémorragie interne, ce qui n'est pas opportun chez un patient atteint de COVID-19. Toutefois, cette circonstance ne serait actuellement qu'une indication en rapport avec le COVID-19, qui n'a pas encore été prouvée.

L'OFSP, en revanche, a conseillé de les utiliser avec prudence et, en particulier, en cas de fièvre, de leur préférer la substance active paracétamol (Dafalgan, Panadol, Doloran). Il préconise d'agir de la sorte jusqu'à ce que la recherche scientifique produise des résultats concrets qui permettent de formuler des recommandations fondées.

Indépendamment de toute infection par le SRAS-CoV2, les contre-indications, mises en garde et précautions habituelles connues doivent s'appliquer lors de la prise d'analgésiques contenant de l'ibuprofène par certaines catégories de personnes.

Conclusion pour la pratique

L'OMS recommande à l'heure actuelle de ne pas renoncer à l'utilisation d'analgésiques contenant de l'ibuprofène en cas d'infection par le SRAS-CoV2. Les patients atteints de maladies chroniques



Le mécanisme d'action des analgésiques contenant de l'ibuprofène (Graphique : Barbara Chiffi; source : pta-Forum, Pharmazeutische Zeitung, Mathias Wosczyzna)

peuvent, après concertation avec le médecin traitant, prendre régulièrement leurs médicaments comme prescrit. L'OFSP constate qu'il n'existe actuellement pas de données scientifiques indiquant que les AINS auraient une influence correspondante sur l'évolution de l'état de santé des personnes atteintes du COVID-19. Toujours selon l'OFSP, il est

beaucoup plus important de vérifier si ces personnes ont des maladies préexistantes ou concomitantes et, comme toujours, d'adapter soigneusement le traitement à la situation individuelle de chaque patient. Les patients, en particulier ceux appartenant aux groupes à risque, doivent en tout temps tenir prête une liste des médicaments qu'ils utilisent. Cette liste

devrait comprendre tant les médicaments prescrits par un médecin que ceux utilisés dans le cadre de l'automédication.

Références

- www.compendium.ch
- www.who.com
- www.bag.admin.ch

Le SRAS-CoV2 et les médicaments pour le cœur

Au vu de la propagation rapide du COVID-19, la question s'est posée de savoir si **les médicaments pour le cœur augmentent le risque de décès pour le groupe de patients à risque en cas d'infection par le SRAS-CoV2.**

Texte : Martina Schriber, cabinet privé à Winterthour

Il est avéré que les patients souffrant de diabète, d'hypertension ou d'autres maladies cardiaques préexistantes présentent une mortalité accrue en cas d'infection par le SRAS-CoV2. Au vu de la propagation rapide du COVID-19, la question s'est posée de savoir si ce groupe de patients était, en cas d'infection par le SRAS-CoV2, plus susceptible de développer une infection mortelle parce qu'il prend des médicaments pour le cœur.

Réduction prouvée de la mortalité

Les patients souffrant de diabète, d'hypertension ou d'autres maladies cardiaques préexistantes sont souvent traités avec des inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (inhibiteurs de l'ECA, sartans, antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes). Ces médicaments constituent le fondement d'un traitement de l'insuffisance cardiaque efficace sur le plan du pronostic, avec le meilleur bilan en matière de réduction de la mortalité. Leur efficacité est basée sur l'inhibition des effets cardiovasculaires négatifs causés par l'interaction de l'angiotensine II avec le récepteur de l'angiotensine II. Si le traitement est interrompu, l'insuffisance cardiaque s'aggrave en l'espace de quelques jours ou semaines, avec une augmentation correspondante de la mortalité. Ces médicaments font également partie depuis des années de la thérapie standard en cas d'hypertension et après un infarctus aigu du myocarde.

Quel est le rapport entre le SRAS-CoV2 et l'ACE2 ?

Le coronavirus SRAS-CoV a gagné en notoriété pendant la crise du SRAS de 2002-2003 en Chine. Un coronavirus, le SRAS-CoV2, est également à l'origine de la crise actuelle. Les deux types de virus utilisent le récepteur (de l'enzyme de

conversion de l'angiotensine) ECA2 pour pénétrer dans les cellules épithéliales alvéolaires des poumons. Le récepteur ACE2 est une aminopeptidase liée à la membrane, qui est apparentée à l'ECA et est connue pour jouer un rôle très important dans les systèmes cardiovasculaire et immunitaire. Les récepteurs ACE2 sont exprimés, entre autres, dans le cœur et les poumons. Des études sur des animaux indiquent que les inhibiteurs de l'ECA et les sartans peuvent augmenter l'activité des récepteurs ECA2 dans le cœur. D'autres études sur des animaux montrent que l'expression des récepteurs ECA2 dans la circulation cardiopulmonaire est augmentée par certains médicaments pour le cœur.

Actuellement, il n'existe pas de données fiables indiquant que l'activité ou l'expression de l'ECA2 corrèle avec la mortalité associée au SRAS-CoV2 observée. La mortalité associée au SRAS-CoV2 est généralement due à une aggravation de la maladie pulmonaire. Des données issues d'expériences sur des animaux ont même montré qu'une infection par le SRAS-CoV entraîne une augmentation de l'angiotensine II, ce qui aggrave les lésions pulmonaires. Dans ce contexte, l'administration d'un inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine I sous forme d'un sartan peut faire reculer la maladie pulmonaire causée par le SRAS-CoV.

Recommandations actuelles

Les patients qui souffrent de maladies cardiaques et reçoivent un traitement comprenant un inhibiteur de l'ECA ou un sartan connaissent une réduction claire et bien documentée de la mortalité. Cette thérapie doit être poursuivie ou prévue conformément aux lignes directrices existantes, en particulier chez les patients atteints du SRAS-CoV2 et souffrant d'insuffisance cardiaque, d'hy-

pertension ou d'un récent infarctus du myocarde.

Conclusion pour la pratique

Eu égard à la crise du COVID-19, il faut instamment déconseiller aux patients de cesser d'eux-mêmes la prise de médicaments pour le cœur tels que les inhibiteurs de l'ECA, les sartans ou les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes, car les conséquences pourraient être fatales. Sur la base des données actuelles, il ne se justifie pas que des patients qui sont encore en bonne santé passent à titre prophylactique à d'autres substances.

Références

- www.swisshypertension.ch
- GUAN W J, NI Z Y, HU Y ET AL. : Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. N Engl J Med. 2020 Feb 28. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
- DIAZ J H: Hypothesis: angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers may increase the risk of severe COVID-19. J Travel Med. 2020 Mar 18. pii: taaa041. doi: 10.1093/jtm/taaa041.
- DONG E, DU H, GARDNER L: An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. Lancet Infect Dis 2020.
- HOFFMANN M, KLEINE-WEBER H, KRÜGER N, MÜLLER M, DROSTEN C, PÖHLMANN S: The novel coronavirus 2019-nCoV uses the SARS-coronavirus receptor ACE2 and the cellular protease TMPRSS2 for entry into target cells. bioRxiv 2020.
- KUBA K, IMAI Y, RAO S ET AL. : A crucial role of angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) in SARS coronavirus-induced lung injury. Nat Med 2005; 11(8): 875-879.
- LI W, MOORE M J, VASILIEVA N ET AL. : Angiotensin-converting enzyme 2 is a functional receptor for the SARS coronavirus. Nature 2003; 426(6965): 450-454.

Moins de bureau- cratie, plus de temps pour les patients

Les médecins demandent à **passer plus de temps avec leurs patients qu'assis à leur bureau**. Ce qui serait tout à fait possible si le développement actuel de la politique de la santé n'était pas contraire à cette exigence. La crise du coronavirus va-t-elle relancer la discussion ?

Texte : Andrea Renggli, rédactrice SDJ

Les médecins passent de plus en plus de temps devant leur ordinateur au lieu de s'occuper de leurs patients. Et ce n'est pas leur faute mais celle de la paperasserie croissante qui envahit cabinets médicaux et hôpitaux. Telle n'est pas la façon dont les médecins envisagent leur métier. Et le fait qu'ils ont moins de temps à leur consacrer pénalise aussi les patients. À quoi s'ajoutent les conséquences financières, car le surcroît d'administratif engendre des coûts.

Sensibilisation, mesures concrètes et deux projets-pilotes

« Plus de médecine et moins de bureaucratie » exigent les médecins, soutenus par l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et des chef(fe)s de clinique ASMAC. Celle-ci a lancé, voici trois ans, en reprenant ce même slogan, une campagne dont la première vague avait pour but de sensibiliser au problème les directions des hôpitaux et celles des institutions de formation continue et de leur expliquer que cette montée de la bureaucratie n'était pas une fatalité et qu'il était possible de la combattre. Dans sa deuxième phase, plus concrète, trois hôpitaux ont expliqué les mesures grâce auxquelles ils ont réussi à endiguer les tâches administratives des médecins. L'Hôpital du Jura a par exemple réorganisé le secrétariat de sa division de médecine interne, dont les collaboratrices et les collaborateurs déchargent aujourd'hui les médecins d'une partie de leurs tâches administratives. Toujours plus longue, la liste des mesures mises en œuvre peut être consultée sur le site de la campagne (www.medizin-statt-buerokratie.ch). Depuis l'automne 2019 est en cours la troisième étape de la campagne. L'ASMAC aide deux cliniques à réaliser un projet-pilote visant à réduire leurs tâches administratives. « Les problèmes ont été iden-

tifiés avec les médecins-assistants des deux établissements et le concours d'une société conseil spécialisée, après quoi ont été développées des solutions à ces problèmes », explique Marcel Marti, responsable suppléant de l'ASMAC, selon qui les résultats seront connus d'ici quelques mois.

Deux heures de travaux administratifs par jour

Les chiffres montrent combien ces efforts sont nécessaires. Commanditée par la FMH, une étude sur la satisfaction au poste de travail des médecins-assistants et des chefs de clinique* montre que les médecins travaillant en somatique aiguë consacrent en moyenne 20 pour cent de leur temps, soit 119 minutes par jour, à la documentation des dossiers patients, contre 34 pour cent à des actes médicaux proches des patients. Certains médecins-assistant(e)s disent même consacrer autant de temps aux tâches de documentation qu'aux gestes médicaux. Cette étude montre aussi que les tâches administratives augmentent : en 2011, les médecins indiquaient que les tâches de documentation leur prenaient 86 minutes par jour, c'est-à-dire 33 de moins qu'aujourd'hui. Les chiffres de la réhabilitation sont du même ordre.

Le budget global et le frein à la montée des coûts sont une mauvaise idée

Ce qui se fait actuellement en matière de politique de la santé ne semble guère de nature à aplanir les difficultés. Par exemple l'instauration d'un budget global tel que le prévoit le train de mesures du Conseil fédéral visant à freiner la montée des coûts de la santé : « Alors qu'on ne sait pas quelle serait au juste la mise en œuvre d'un budget global ou d'un frein à la montée des coûts, il est certain que des restrictions budgétaires pèseraient encore

plus lourdement que c'est actuellement le cas sur les médecins en général et les jeunes médecins en particulier », dit Marcel Marti. Sans compter que diminueraient également les moyens dont on disposerait pour compenser le surcroît de bureaucratie par des réorganisations ou des recrutements de personnel.

La pandémie du coronavirus relance la discussion

Marcel Marti en est convaincu : les expériences faites pendant la pandémie vont relancer la discussion. « On ne sort pas d'une crise de cette importance sans se demander ce qui a marché et ce qui a dysfonctionné. La dotation en personnel des diverses divisions était-elle suffisante ? Les hôpitaux ont-ils été en mesure de remplir leur mission ? N'avait-on pas forcé auparavant sur les économies ? » Ces derniers jours ont mis les médecins et le personnel soignant à rude épreuve, fait remarquer Marcel Marti. « Et il est normal, vu l'extrême gravité de la situation, qu'ils aient accepté de rallonger leurs périodes de travail et de raccourcir celles de repos. Mais il faudra que l'on reparle de tout cela la crise terminée. »

Le présent article a été rédigé dans le cadre d'une coopération entre le SDJ et Politik+Patient, le magazine du Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften (Vedag).

* Enquête menée en juin/juillet 2019 par GFS Bern, à laquelle ont participé 1572 médecins. Bulletin des médecins suisses 101 : 4-6 (2020)

La science en bref

Matériaux hybrides pour les inlays et les onlays

Coskun E, Aslan Y U, Özkan Y K : **Evaluation of two different CAD-CAM inlay-onlays in a split-mouth study: 2-year clinical follow-up.** J Esthet Restor Dent 2019 Oct 23 [Epub ahead of print].

Les inlays et onlays en céramique sont très appréciés en médecine dentaire restauratrice, en raison de leur qualité esthétique, de leur durabilité, de leur résistance à l'usure, de la stabilité des couleurs et de leur biocompatibilité. De plus, ce traitement conservateur présente un taux de survie à long terme élevé. Le progrès technologique favorise un recours de plus en plus fréquent aux techniques numériques pour la réalisation de restaurations esthétiques indirectes. En utilisant un scanner intraoral pour la prise d'empreinte, il est possible de fabriquer des restaurations en céramique en une seule séance. Ce procédé accélère les étapes du traitement tout en éliminant les erreurs liées à la prise d'empreinte classique et à la production d'un modèle. En plus des céramiques traditionnelles, l'utilisation de matériaux hybrides connaît un succès croissant.

L'étude clinique présentée ici s'est intéressée aux performances cliniques d'une résine nanocéramique (GC Cerasmart) sur une période de deux ans, en comparant 30 inlays en vitrocéramique au disilicate de lithium (groupe témoin) et 30 inlays en céramique hybride (groupe test) chez 14 patients. Des évaluations cliniques ont été réalisées après une semaine, six mois, un an et deux ans de collage, selon les critères modifiés du United States Public Health Service (USPHS), l'indice gingival et l'indice de plaque. Le test de Friedman a été utilisé pour la différence significative dans le temps, et le test des rangs signés de Wilcoxon pour la détermination des différences. Les paramètres cliniques ainsi que les différences d'indices gingivaux et de plaque dans le temps ont été analysés avec le test du khi carré. Aucune différence statistiquement significative

($p > 0,05$) n'a été trouvée entre les deux groupes, ni dans les évaluations modifiées de l'USPHS ni dans celles de l'indice gingival et de l'indice de plaque. Le taux de survie total était de 100 % pour les deux groupes au bout des deux ans.

Conclusions

Les résultats de cette étude clinique suggèrent que tant les résines nanocéramiques que la vitrocéramique au disilicate de lithium peuvent être utilisées avec succès dans les traitements de restauration avec inlays et onlays. Les céramiques hybrides ne nécessitent pas de cuisson ni de glaçage au four à céramique, ce qui réduit encore le temps de traitement et augmente l'efficacité.

Alessandro Devigus, D^r méd. dent.

Cet article est déjà paru en allemand dans la revue Quintessenz 71 (1) : 96 (2020)

Bon résultat clinique à long terme des facettes en céramique à base de disilicate de lithium

Liebermann A, Erdelt K, Brix O, Edelhoff D : **Clinical performance of anterior full veneer restorations made of lithium disilicate with a mean observation time of 8 years.** Int J Prosthodont 2020 ; 33 : 14-21.

Grâce à leurs bons taux de réussite clinique à long terme, leur esthétique excellente et leur faible caractère invasif, les facettes en céramique collées sont devenues une alternative intéressante aux couronnes conventionnelles pour de nombreuses indications. Leurs propriétés optiques et mécaniques similaires font des céramiques à base de silicate le matériau de choix pour remplacer une perte d'émail. Cependant, la préparation des facettes par des techniques non invasives et le collage sont des procédures plus exigeantes pour le

médecin-dentiste que la préparation classique de couronnes à recouvrement complet combinées au scellement traditionnel. La préservation de l'émail est un facteur-clé du succès d'un traitement par facettes céramiques. Les préparations, pour lesquelles il existe des recommandations spécifiques, peuvent être adaptées individuellement en fonction de la situation clinique. En règle générale, la réduction des tissus durs est comprise entre 0,3 mm (couche « fine ») et 0,6 mm (couche « épaisse »). Pour certaines indications et selon la vitrocéramique choisie, le passage à la préparation d'une couronne à recouvrement complet peut être relativement aisé.

L'étude clinique présentée ici s'est penchée sur les taux de survie et de complication de facettes en céramique sur une période allant jusqu'à onze ans. Six patients (quatre hommes et deux femmes ayant un âge médian de 42,3 ± 4,7 ans) ont été traités avec au total 40 facettes collées antérieures en céramique à base de disilicate de lithium (36 sur le maxillaire supérieur, 61 sur le maxillaire inférieur, principalement de canine à canine). Les patients ont été traités entre juillet 2007 et janvier 2014. Toutes les restaurations ont été examinées lors des visites de contrôle annuelles en utilisant les critères modifiés du United States Public Health Service pour l'harmonie de teinte, la décoloration marginale, la récurrence carieuse, l'intégrité marginale, la texture de la surface et la fracture de la restauration qui ont été classées Alpha, Bravo ou Charlie. Les données ont été analysées statistiquement en utilisant l'estimation de Kaplan-Meier avec un test de Log-Rank.

La durée de port des facettes a été de 68 à 139 mois (médiane 8,1 ± 2,0 ans) sans aucun échec. Les facettes de la denture antérieure ont présenté un taux de survie de 100 % et un taux de complications de 12,5 %. Ces complications étaient dues à de petits éclats réparables (complication technique/fracture de restauration notée Bravo) sur quatre restaurations, après 11 mois, 20 mois et 66 mois pour les deux dernières, ainsi

qu'à une fissure sur une autre réparation, après 38 mois, en raison d'un traumatisme. Aucune autre complication technique (décollement ou décoloration) ou biologique (carie secondaire) ne s'est produite.

Conclusions

Les résultats de cette étude permettent de conclure que les restaurations antérieures non invasives avec des facettes en céramiques peuvent être considérées comme une option de traitement fiable.

Il est toutefois nécessaire de collecter des données cliniques supplémentaires.
Alessandro Devigus, Dr méd. dent.

Cet article est déjà paru en allemand dans la revue Quintessenz 71 (2): 207 (2020)

IMPRESSUM

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen /
Pour les indications dans les bibliographies:

SWISS DENTAL JOURNAL SSO

Innerhalb der Zeitschrift / Dans la revue: **SDJ**

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

SWISS DENTAL JOURNAL SSO, 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
Website: www.swissdentaljournal.org

Chefredaktor / Rédacteur en chef:

Prof. Dr. Matthias Zehnder, Klinik für Präventivzahn-
medizin, Parodontologie und Kariologie, Zentrum für
Zahnmedizin, Plattenstrasse 11, 8032 Zürich

Editorial office «Research and Science» / Redaktion «Forschung und Wissenschaft» / Rédaction «Recherche et science»

Editor in charge / verantwortlicher Redaktor /
Rédacteur responsable:
Prof. Dr. Matthias Zehnder, Zürich

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel; Prof. Dr. Susanne
Scherrer, Genève; Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Kathleen Splieth, Neuenkirchen (D);
Prof. Dr. Hans Ulrich Luder, Zürich

Redaktion «Praxis und Fortbildung» / Rédaction «Pratique quotidienne et formation continue»

Verantwortlicher Redaktor / Rédacteur responsable:
Dr. Alessandro Devigus, Bülach

Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Susanne Scherrer, Genève; Prof. Dr. Adrian
Lussi und Dr. Markus Schaffner, Bern («Thema des
Monats» / «La présentation du mois»); PD Dr. Dr.
Heinz-Theo Lübbers, Winterthur («Materialien und
Medikamente» / «Matériaux et médicaments»)

Übersetzer / Traducteur:

Jacques Rossier, Seftigen

Redaktion «Zahnmedizin aktuell» / Rédaction «L'actualité en médecine dentaire»

Verantwortliche Redaktorin / Rédacteur responsable:
Andrea Renggli, Bern

Autorenrichtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren von Beiträgen für die Ru-
briken «Forschung und Wissenschaft», «Thema des
Monats», «Materialien und Medikamente» sowie
«Praxis und Fortbildung» finden Sie auf der SDJ-
Website: www.swissdentaljournal.org
Vous trouverez les instructions pour les auteurs
des rubriques «recherche et science», «La
présentation du mois» «Matériaux et mé dica-
ments» et «Pratique quotidienne et formation
continue» sur la page d'accueil du SDJ:
www.swissdentaljournal.org

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Präsident / Président: Dr. med. dent. Jean-Philippe
Haesler, Estavayer-le-Lac
Generalsekretär / Secrétaire général:
Simon F. Gassmann, lic. iur. Rechtsanwalt LL.M.,
Münzgraben 2, 3001 Bern
Telefon 031 313 31 31, Telefax 031 313 31 40

Inseratenverwaltung / Service de la publicité et des annonces

FACHMEDIEN – Zürichsee Werbe AG,
SWISS DENTAL JOURNAL SSO,
Laubisrütistrasse 44, CH-8712 Stäfa
Telefon 044 928 56 11, Telefax 044 928 56 00
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. Äusserungen unserer Gesprächspartner
geben deren eigene Auffassungen wieder. Das
SDJ macht sich Äusserungen seiner Gesprächs-
partner in Interviews und Artikeln nicht zu
eigen.

L'éditeur décline toute responsabilité quant aux
informations dans les annonces publicitaires.
Les déclarations exprimées par nos interlocu-
teurs reflètent leurs propres opinions. Le SDJ
n'assume pas les affirmations de ses interlocu-
teurs dans les entretiens et les articles publiés.

Gesamtherstellung / Production

Stämpfli AG, Wölflistrasse 1, Postfach, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli AG, Wölflistrasse 1, Postfach, 3001 Bern,
Telefon 031 300 62 55

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse:
pro Jahr (11 Ausgaben) /
par année (11 numéros) CHF 284.80*
Studentenabonnement /
Abonnement pour étudiants CHF 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé CHF 35.85*
* inkl. 2,4% MwSt. / inclus TVA 2,4%

Europa / Europe:

pro Jahr (11 Ausgaben) /
par année (11 numéros) CHF 298.—
Einzelnummer / Numéro isolé CHF 35.—
+ Versand und Porti

Ausserhalb Europas / Outre-mer:

pro Jahr (11 Ausgaben) /
par année (11 numéros) CHF 319.—

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildun-
gen, 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.



«Gütesiegel der Fach- und
Spezialpresse»
ausgezeichnet vom Verband
Schweizer Medien
Gewinner des Q-Awards 2017

2020 – 130. Jahrgang / 130^e année –
Druckauflage / Tirage: 5650 ex.
WEMF/SW-Beglaubigung 2018
Total verbreitete Auflage / Tirage distribué: 4641 ex.
Total verkaufte Auflage / Tirage vendu: 4641 ex.

ISSN 2296-6498