

Campagne de mise en valeur du label SSO

Le cabinet dentaire est la vitrine de la SSO

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information

La Société suisse d'odonto-stomatologie veut consolider l'image du praticien membre de la SSO auprès des patients en lançant une campagne de mise en valeur du label SSO. Un positionnement clair et une mise en œuvre systématique du label au sein du cabinet dentaire sont des conditions sine qua non du succès d'une telle campagne. Le cabinet dentaire est en effet la meilleure vitrine de la SSO.

En mai 2006, l'Assemblée des délégués de la SSO a demandé au Comité «qu'un montant important soit consacré à une campagne de relations publiques conduite par un consultant externe et destinée à la promotion du label SSO» (INTERNUM n° 4/06). La détérioration des conditions du marché est sans aucun doute à la base de cette intervention de l'Assemblée des délégués: la concurrence, suisse et étrangère, se comporte de manière de plus en plus agressive, les revenus des cabinets stagnent alors que les coûts augmentent, la valeur du point n'a plus été adaptée au renchérissement depuis belle lurette et le nombre de médecins-dentistes non membres de la SSO augmente.

Délimitation de la campagne

Au cours de ces derniers mois, en faisant appel à des consultants externes, le Comité de la SSO et ses états-majors ont développé une stratégie générale de mise en valeur du label SSO. Avant d'esquisser la campagne en tant que telle et d'aborder les objectifs poursuivis et les mesures envisagées, il est important d'en fixer clairement les limites:

– Il faut, pour commencer, se demander si la qualité de membre de la SSO est à même de créer un avantage concurrentiel, tant il est vrai que la SSO est un ordre déontologique important et que, réunissant 90% des médecins-dentistes qui exercent en Suisse, il est très représentatif de la profession. Cette représentativité est souhaitable, car elle confère à la SSO un certain poids politique. Toutefois, puisque neuf médecins-dentistes sur dix en sont membres, la SSO représente forcément les médecins-dentistes moyens et non l'élite. Il s'agit là d'une limite objective à la commercialisation du label SSO en tant que label de qualité.

– Deuxièmement, au-delà de son engagement en faveur de ses membres, la SSO est également un ordre déontologique. Bien que les deux aspects soient indis-

sociables, le public perçoit néanmoins la SSO en tant qu'organisation de défense des intérêts des médecins-dentistes. Une campagne de relations publiques doit tenir compte de la manière dont la SSO est perçue par ses publics cibles.

– Troisièmement, il faut garder à l'esprit qu'il ressort des sondages effectués par la SSO auprès du public que 90% des patients sont tout à fait satisfaits de leur médecin-dentiste. Il serait tout à fait insensé qu'un tiers – pas directement concerné de surcroît – vienne perturber les rapports de confiance qui existent entre les médecins-dentistes et leurs patients.

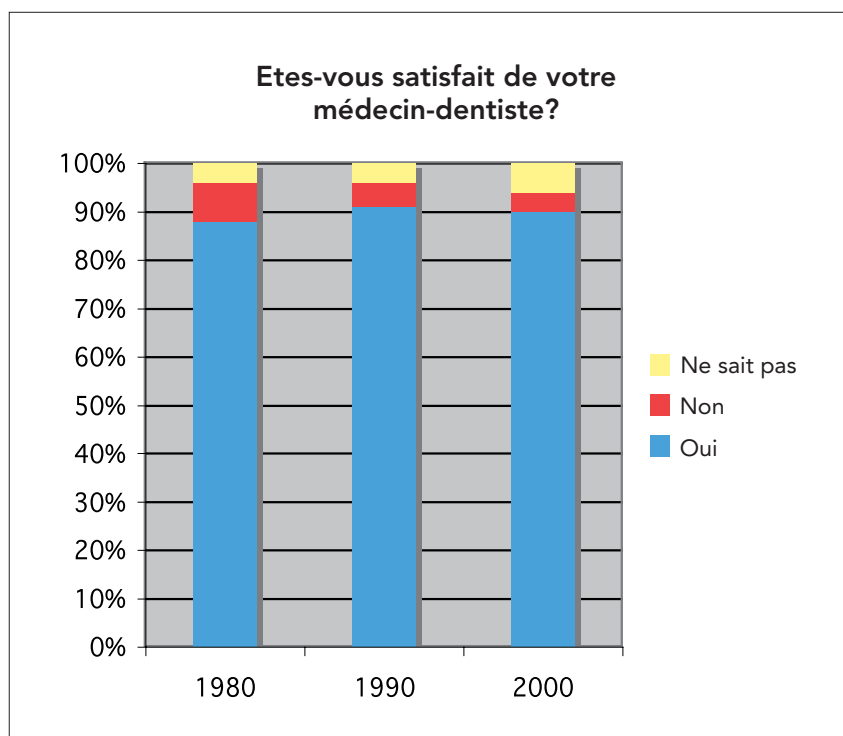
– La quatrième et dernière remarque préliminaire relative aux limites d'une campagne de mise en valeur du label SSO peut être déduite de la thèse de doctorat

publiée par la sociologue bernoise Marianne Rychner. L'étude qu'elle a effectuée dans ce cadre montre de manière tout à fait exemplaire que les rapports qui lient le soignant à son patient sont basés sur la confiance et que toute influence exagérée du marché et de la concurrence ne peut que les perturber*. Lorsque le médecin-dentiste se met en valeur à grand renfort de publicités, le patient a toutes les raisons de craindre qu'il sera traité non pas en tant que patient, mais en tant que client.

Si l'on envisage la campagne dans le cadre des limites susmentionnées, l'intervention des délégués de la SSO peut être mise en œuvre avec succès. Le but poursuivi est de rendre le label SSO plus présent dans l'esprit des patients. Un positionnement clair et une mise en œuvre systématique du label au sein du cabinet dentaire sont des conditions sine qua non du succès d'une telle campagne. Le cabinet dentaire est la vitrine de la SSO. Lorsque la SSO apparaît dans la campagne, elle doit le faire dans le but de soutenir le praticien.

Objectifs de la stratégie et message

Les cercles internes sont les premiers groupes cibles d'une campagne de relations publiques. L'un des premiers objec-



«Etes-vous satisfait de votre médecin-dentiste?» Tous les dix ans, l'Institut DEMOSCOPE pose cette question à la population résidente. Le haut degré de satisfaction reflète la qualité des rapports de confiance qui, dans notre pays, lient les médecins-dentistes à leurs patients.

* Voir Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie 1/2007, p. 95.

tifs de la stratégie consistera à motiver les jeunes médecins-dentistes à s'affilier à la SSO. Elle devra montrer aux sections les marges de manœuvre dont elles disposent pour leur propre communication. L'efficacité de la campagne dépend dans une large mesure du degré d'acceptation et de la participation des sections.

A l'extérieur de la SSO, il s'agira essentiellement d'améliorer la notoriété des avantages dont le patient profite lorsqu'il se fait soigner au cabinet d'un médecin-dentiste membre de la SSO et de renforcer l'image de marque de ce dernier par rapport au médecin-dentiste non affilié et à la concurrence étrangère. Il faut donc positionner le label SSO en tant que label de confiance. La campagne vise à consolider la réputation des médecins-dentistes membres de la SSO en tant que spécialistes compétents et responsables, dignes de la confiance que les patients peuvent leur témoigner.

Le message destiné au public peut se résumer ainsi:

«Le label SSO est synonyme de sérieux et de qualité et gage d'un savoir-faire et de connaissances de haut niveau en médecine dentaire. Le cabinet dont le propriétaire est membre de la SSO vous assure une prise en charge optimale. Le médecin-dentiste membre de la SSO est digne de votre confiance!»

Stratégie: le cabinet dentaire pour cadre des opérations

La stratégie est la pierre angulaire de toute campagne de relations publiques et trace le chemin qui conduit à la réalisation des objectifs arrêtés. Le succès de la campagne de mise en valeur du label SSO est tributaire de l'engagement de chaque *membre de la SSO* qui doit intervenir personnellement auprès de ses patients. Quant à la SSO, elle s'engage à fournir les moyens dont ses membres ont besoin pour réussir dans cette tâche. C'est le cabinet dentaire qui est véritablement au cœur des opérations de cette campagne. Il doit être appuyé afin de lui permettre de renforcer la communication avec les patients.

La stratégie s'appuie sur la satisfaction élevée des patients envers leur médecin-dentiste. Il s'agit de relier cette confiance au label SSO. En étiquetant le cabinet dentaire en tant que cabinet SSO, on peut tirer parti d'un effet de rétroaction qui renforce à la fois la réputation du praticien affilié à la SSO et celle de la SSO. La campagne doit être empreinte de sérieux et susciter la confiance au moyen d'une présentation sobre qui véhicule un sentiment d'assurance. L'accroche prévue – «Nos médecins-dentistes» – fait référence à l'élé-

ment central de la campagne, soit les rapports de confiance entre le praticien et son patient.

Le «bon» cabinet!

A moyen terme, les patients devront pouvoir identifier les cabinets des membres de la SSO au premier coup d'œil, de l'enseigne à l'entrée de l'immeuble aux annonces dans les journaux en passant par les enveloppes et les papiers à en-tête, les cartes de rendez-vous, les sites Web des cabinets et les insertions dans les annuaires téléphoniques. La désignation «médecin-dentiste membre de la SSO» devra dorénavant être utilisée de manière conséquente. L'identification visuelle et la reconnaissance du label constituent l'un des éléments cruciaux du marketing de toute association faîtière: les patients doivent pouvoir immédiatement constater qu'ils sont dans un «bon» cabinet.

Cela étant, l'association et ses organes sont également tenus de respecter l'identité visuelle: tous les périodiques, les publications et les médias visuels (sites Web notamment) devront respecter le code visuel homogène. L'identité visuelle de la SSO doit être «coulée dans un même moule» et éviter toute confusion chez les patients. Ainsi, la présentation d'*Info Dents* sera remaniée dans ce sens. Des annonces permettront d'inciter le public à visiter le site Web de la SSO, et partant de faire circuler efficacement les informations destinées aux patients.

Démarrage de la campagne

La campagne, telle qu'elle est esquissée ici, a été présentée l'automne dernier dans le cadre de la Conférence des présidents qui en ont pris acte et l'ont jugée adéquate. Pour que la campagne puisse démarrer, il faut que l'Assemblée des délégués, qui tiendra ses assises en mai 2007 à Berne, donne également son accord. Afin de pouvoir présenter une stratégie un peu plus élaborée, l'agence de publicité zurichoise GGK a été chargée de développer des propositions de mise en œuvre. Parmi ses clients, l'agence GGK compte notamment le Festival du film de Locarno, la Croix-Rouge suisse, Nestlé, Economiesuisse et Ringier. Des mesures concrètes seront présentées aux délégués en mai prochain. Cela n'empêche toutefois pas d'esquisser ici déjà l'une ou l'autre idée.

La SSO et l'agence GGK sont en train d'examiner l'opportunité de petits encarts publicitaires à faire paraître dans la presse quotidienne qui reprendraient les éléments graphiques de l'identité visuelle de la SSO. Exemple: «Comment trouver un

médecin-dentiste? Pour répondre à cette question, rendez-vous sur www.sso.ch».

Le Comité et ses états-majors étudient également un autre projet partiel. Ils examinent l'opportunité de la mise en place d'un numéro de téléphone unique pour les urgences dentaires dont la notoriété serait étendue à l'ensemble du territoire suisse. Le message correspondant pourrait avoir la forme suivante: «*Les médecins-dentistes de la SSO sont à votre service!*» Dans ce contexte, on peut également reprendre l'idée d'une statistique suivie de la santé bucco-dentaire de la population résidente en Suisse. Une telle statistique ne manquerait pas d'éveiller un grand intérêt de la part des médias.

Mesures déployant des effets à long terme

Pour être judicieuse, la stratégie de campagne de relations publiques visant à promouvoir le label SSO doit également contenir des mesures envisageables à *longue échéance*. La SSO a besoin d'une «enseigne», d'un symbole lui permettant de profiter longtemps de l'image positive qu'elle aura su se forger. Au cours de ces 50 dernières années, la prophylaxie a joué ce rôle de «cheval de bataille» pour la SSO. Tous ceux qui «ont fait» la politique professionnelle des années 90 peuvent le confirmer: l'engagement de la SSO en faveur de la prophylaxie a été un élément très utile lors des débats relatifs à la loi sur l'assurance-maladie (LAMa). Les soins dentaires scolaires pourraient prendre le relais et jouer un rôle comparable au cours de ces prochaines années. Les soins dentaires scolaires connaissent de graves problèmes, encore accentués par la décentralisation décidée par les cantons qui ont délégué la tâche aux communes. La SSO doit impérativement assumer un rôle de chef de file dans le domaine des soins dentaires scolaires. Il s'agit en particulier de permettre aux familles de condition modeste de réaliser des économies dans le domaine des soins dentaires.

Assemblée des délégués de mai 2007

Jusqu'ici, le rôle du Comité de la SSO et de ses états-majors était de donner corps aux attentes formulées par l'Assemblée des délégués, de délimiter la campagne, de fixer les objectifs, de définir les groupes cibles, d'esquisser les messages et d'en déterminer le ton. Il s'agit maintenant d'en assurer la mise en œuvre avec l'aide de spécialistes. Les premières propositions concrètes seront présentées lors de la prochaine Assemblée des délégués. ■

Fondation Implant Suisse

Implants: les dentistes sur les dents!

Anna-Christina Zysset

Nul autre produit de dentisterie ne peut se vanter autant que l'implant d'améliorer l'apparence personnelle. Les fournisseurs commerciaux exploitent largement cet argument de vente. Avec un chiffre d'affaires estimé en milliards à l'échelle mondiale, la bourse elle-même a succombé à la fièvre des implants. Il y a un an, la télévision suisse alémanique diffusait un reportage basé sur des informations bien trop partiales et faisait réagir le monde des dentistes spécialisés. Une fondation d'implantologie nouvellement créée informera désormais la population suisse de manière objective et compétente. Un grand congrès d'implantologie est par ailleurs prévu pour 2008.

FONDATION IMPLANT SUISSE

La Fondation Implant Suisse (FIS) a été créée le 5 mars 2007 à Berne. L'idée de la fondation est portée par quatre grandes sociétés spécialisées: la Société Suisse d'Implantologie Orale (SSIO), la Société Suisse pour la Chirurgie Orale et la Stomatologie (SSOS), la Société Suisse de Médecine Dentaire Reconstructive (SSRD) et la Société Suisse de Parodontologie (SSP). Pour l'instant, seules la SSIO et la SSOS sont des membres fondateurs, la participation de la SSRD et de la SSP devant encore être approuvée lors des prochaines Assemblées générales pour des raisons statutaires. L'objectif premier est d'offrir à la population suisse une information objective, neutre vis-à-vis des produits et non commerciale. Il s'agit de mettre en évidence les possibilités et limi-

tes du traitement d'implantologie en tant que composant de la dentisterie moderne. Les renseignements doivent satisfaire aux exigences éthiques et scientifiques les plus strictes. La commission scientifique (voir encadré) garantit leur respect. Idéalement, la fondation doit par ailleurs recevoir le soutien idéal d'un groupe de patronage, composé de la Société Suisse d'Odontostomatologie (SSO), de l'Organisation Suisse des Patients (OSP) ainsi que des quatre centres universitaires de médecine dentaire. L'accord écrit de ces partenaires devrait être obtenu ces jours-ci.

Soutien professionnel

La fondation a été créée en collaboration avec le célèbre cabinet d'avocats bernois Bratschi Emch. La Fondation est enregistrée en tant que fondation d'utilité publique, ce qui devrait l'exempter d'impôts. Elle est dirigée par un conseil de fondation. A ce jour, le Dr Ueli Grunder (repré-

sentant SSIO) et le Prof. Daniel Buser (représentant SSOS) ont été nommés au conseil de fondation. Le cabinet d'avocats se charge de la gérance, avec le concours du secrétariat SSIO/SSOS. Le règlement de la fondation régit ses droits et devoirs, qui servent de principe directeur à tous les participants. La communication conceptuelle est confiée à l'agence de communication et de relations publiques Stoll, Traber & Partner à Berne, qui possède une vaste expérience dans le domaine des RP scientifiques et s'est, dans le cadre d'un concours, clairement imposée face à une concurrence renommée. L'agence est épaulée par la commission scientifique pour la partie technique. Le logo facile à retenir (voir ci-contre) et un site Internet à venir font entre autres partie intégrante de la campagne d'information.

Moyens financiers

Un plafond de trois millions de francs maximum a été défini pour couvrir les activités de la FIS pendant les trois premières années. L'activité principale consiste en une campagne professionnelle dans les médias, coordonnée et exécutée par l'agence de RP. L'objectif prioritaire est d'atteindre un degré élevé de notoriété et de crédibilité.

Il est convenu que le financement de la fondation sera assumé par les quatre sociétés spécialisées et par des entreprises leaders sur le marché suisse de la technique médicale. Le congrès d'implantologie prévu pour le quatrième trimestre 2008 doit également assurer un refinancement substantiel.

On peut espérer que la Fondation Suisse d'Implantologie accroîtra les connaissances de la population helvétique au regard des possibilités et limites du traitement d'implantologie et des derniers développements en la matière, ce qui contribuera à assurer la qualité dudit traitement. ■



Lorenz Hess et Daniel Buser planifient la campagne d'information.



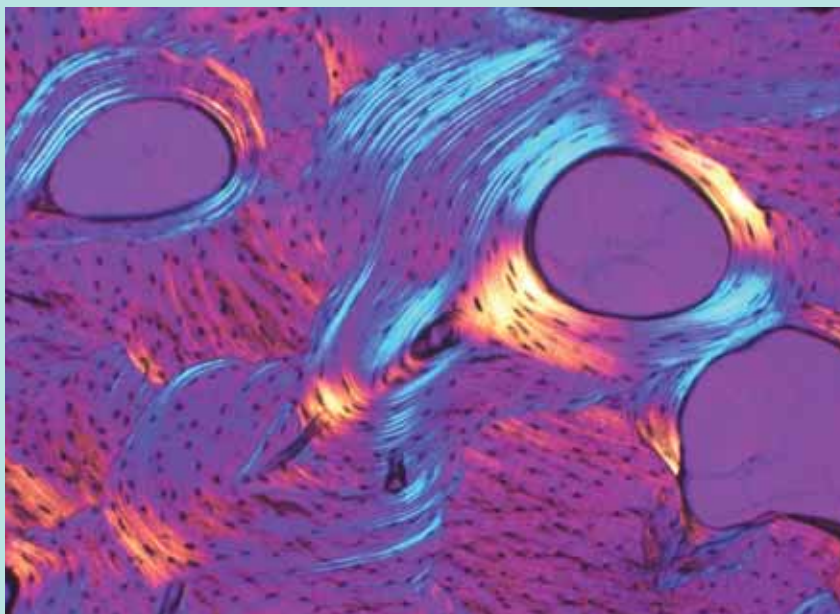
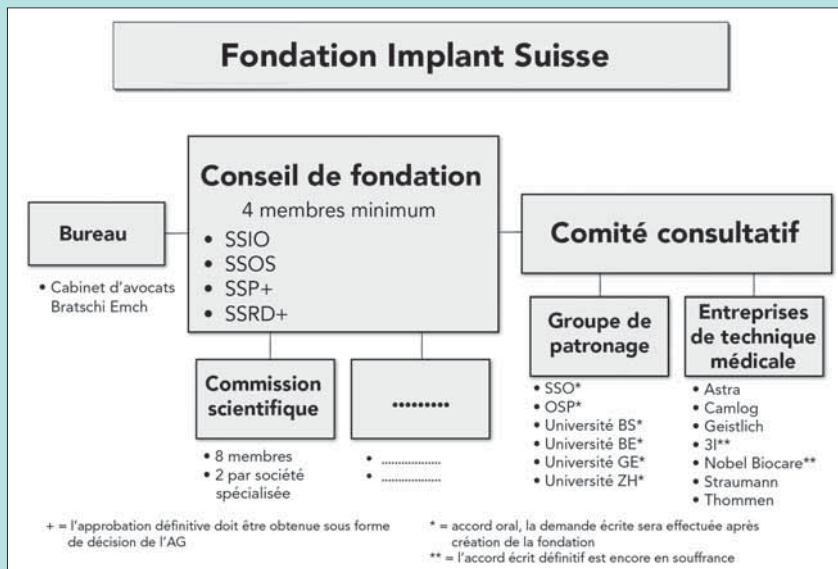
Campagne d'information pour la Fondation Implant Suisse

Lorenz Hess

La Fondation Suisse d'Implantologie a pour but de proposer à la population suisse une information objective et neutre vis-à-vis des produits, mettant en évidence les possibilités et limites du traitement d'implantologie en tant que composant de la dentisterie moderne. Les renseignements fournis dans ce cadre doivent satisfaire aux exigences éthiques et scientifiques les plus strictes. A l'origine de l'objectif de la fondation, on retrouve entre autres la publicité directe de plus en plus intensive, qui ne respecte plus les obligations de qualité et d'information de la profession. Le débat public et les voix critiques de plus en plus nombreuses, y compris dans les médias, ont déstabilisé la population. La campagne doit permettre de contrecarrer ce problème.

L'acceptation du traitement d'implantologie dentaire par la population peut être renforcée par une campagne d'informa-

tion didactique ciblée. Cet objectif intéresse à la fois les dentistes et l'industrie.



Os cortical avec ostéons et lamelles interstitielles; microscope polarisant (D. Bosshardt).



Édentation unitaire intercalée après avulsion traumatique de la 11.

Les principaux groupes cibles

- La patientèle (segment principal: personnes âgées de 50 à 70 ans, segments secondaires: victimes d'accident)
- Le grand public en tant que patientèle potentielle et «échantillon global» de l'opinion publique (leaders d'opinion et personnalités influentes)
- Les dentistes en Suisse en tant que source d'information essentielle et digne de foi pour la patientèle
- Les professionnels des médias

Les activités de communication s'étendent sur trois ans et s'organisent autour de trois axes:

1. Campagne médiatique et d'information

Les dentistes s'adresseront directement aux destinataires au moyen d'une brochure à l'attention des patients. Son contenu sera défini par la commission scientifique de la fondation. La distribution s'effectuera à l'échelle nationale.

Un travail ciblé dans les médias permettra de faire connaître le traitement d'implantologie au-delà des médias spécialisés. L'objectif est d'obtenir l'élaboration d'articles de la meilleure qualité possible en fournissant une information optimale aux rédactions.

2. Campagne de masse

Un «label de qualité» pour les informations scientifiques objectives sera créé au travers de l'utilisation systématique de la marque de la fondation dans tous les moyens de communication.

Un site Internet en rapport avec le projet servira d'outil informatif majeur pour le grand public.

La publication périodique de publi-reportages dans les revues adressées aux principaux groupes cibles permettra de soutenir la programmation de l'agenda, mais aussi et surtout de faire paraître des informations non filtrées à une place de choix.

3. Mesures complémentaires

A l'heure actuelle, la principale mesure prévue est la tenue, sous l'égide de la fondation, d'un congrès sur l'implantologie en 2008. ■

CLIN D'ŒIL DU PASSÉ

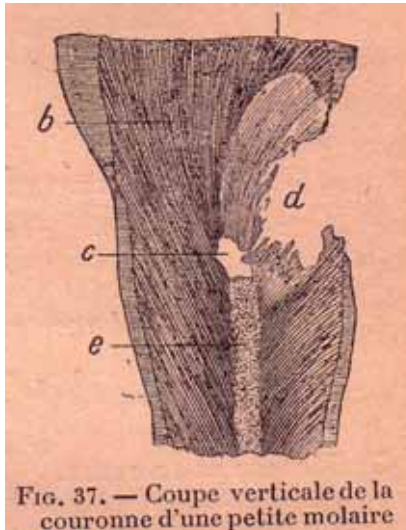


Diagnostic et traitement de la carie du quatrième degré

Transcription, rédaction et illustrations* de Thomas Vauthier

Le caractère essentiel de la carie du quatrième degré étant la mortification de la pulpe, il se manifeste par la pénétration de la sonde dans la chambre pulpaire et dans les canaux. Dans les caries facilement accessible on est vite édifié à cet égard; dans celles à siège interstitiel et à ouverture postérieure, c'est plus malaisé. En ouvrant largement avec le couteau à émail, en sectionnant les parois surplombantes à l'aide de la meule, on peut pratiquer assez rapidement l'exploration de la cavité.

A défaut de cette indication, on peut reconnaître la présence d'une dent morte par d'autres signes et surtout par la coloration: une dent sans pulpe a perdu sa transparence, a une coloration généralement noirâtre. Ce n'est plus seulement la partie cariée et l'ivoire environnant qui se montrent opaques, comme dans les caries du deuxième degré, mais l'ensemble de la dent. (Dans les dents à pulpe mortifiée, quoique non cariées, la perte de transparence existe comme dans celles où la mortification résulte de la carie.) Cette coloration est d'autant plus apparente que le sujet est jeune, la dentine vasculaire.



Sur les sujets adultes ou âgés, surtout quand les dents sont foncièrement denses, la coloration pathognomonique est peu accusée, et, pour être fixé, il est nécessaire de bien éclairer la dent, de la

* Toutes les illustrations sont tirées de l'*Aide-mémoire du chirurgien-dentiste* de Paul Dubois, publié en 1905 aux éditions Vigot Frères à Paris.

comparer avec des dents manifestement saines, de préférence avec l'homologue.

L'odeur nauséabonde du coton ayant servi à essuyer la cavité (déjà sommairement nettoyée) est un indice grave de carie pénétrante. La fétidité et la septicité ne sont pas toujours en proportions égales, mais elles s'associent presque toujours. Malgré cela, l'odeur des détritres d'une dent cariée n'indique pas toujours son degré d'altération.

Complication périapicale alias périostite alvéolo-dentaire

L'existence de la périostite alvéolo-dentaire, localisée, limitée à une dent cariée, est une preuve presque certaine de carie du quatrième degré. Comme la périostite s'associe d'autres états pathologiques dans la cavité buccale, on recherchera son origine, s'il y a extension ou localisation. Si elle résulte d'une gingivite, d'une atrophie de cause diathésique, elle embrasse au moins plusieurs dents; son maximum d'intensité est au bord libre, au feston gingival. Tandis que dans la périostite

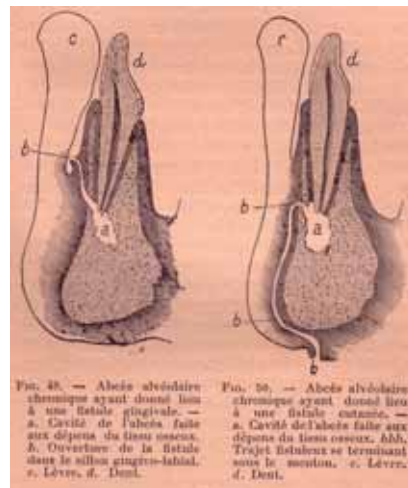


Fig. 48. — Abscès alvéolaire chronique ayant donné lieu à une fistule gingivale. — a. Cavité de l'abcès faite aux dépens du tissu osseux. b. Ouverture de la fistule dans le sillon gingivo-labial. c. Lèvres. d. Dent.

Fig. 50. — Abscès alvéolaire chronique ayant donné lieu à une fistule cutanée. — a. Cavité de l'abcès faite aux dépens du tissu osseux. Abh. Trajet fistuleux se terminant sous le menton. c. Lèvres. d. Dent.

Dans les caries compliquées, on lutte d'une part contre la putréfaction des tissus, conséquence de leur mortification et, d'autre part, contre l'envahissement et la prolifération des micro-organismes. [...] En créant un milieu, où la réparation peut s'opérer, l'énergie vitale va reprendre le dessus. [...] Restituer les fonctions physiologiques et conserver une dent dont l'organe central n'existe plus, qui est devenue morbide par tous ses pores eût semblé une témérité à nos devanciers il y a quelques années. [...] Tout récemment, des dentistes distingués se sont faits les avocats de l'obturation définitive en une séance. Il nous semble que c'est là une pratique un peu hasardeuse...

Propos du Congrès SE 2007? Non. Ces principes ont été publiés il y a plus de 100 ans! Ils sont extraits de la seconde partie de l'ouvrage, consacrée à la «Dentisterie opératoire liée au traitement de la carie dentaire», de ce petit livre un peu jauni et poussiéreux dont je vous ai déjà livré quelques passages l'année passée. Compilé par Paul Dubois, praticien autrement inconnu au bataillon, l'*Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*, sous-titré *Thérapeutique de la carie dentaire*, a été publié en 1905 aux éditions Vigot Frères à Paris.

Thomas Vauthier

consécutives à la carie, la progression est en sens inverse, de l'extrémité radiculaire vers le collet. La présence d'un irritant mécanique, la constatation d'une éruption vicieuse, d'une affection voisine, les renseignements commémoratifs permettront d'asseoir la conviction.

La périostite chronique se reconnaît à un autre signe, qui ne trompe pas l'œil exercé, — il n'est pas constant — la présence du tartre sur un point circonscrit, sans qu'il y ait dépôt étendu. La tituration des aliments ne se faisant pas sur un point, l'accumulation du tartre en résulte. On ne confondra pas ce dépôt limité du tartre avec celui qui est consécutif à la lithiase salivaire. Enfin, la tuméfaction de la gencive vis-à-vis de la pointe de la racine ou une fistule gingivale corroborent le diagnostic.

Si les formes bénignes de la périostite chronique associées à la carie dentaire sont une preuve de mortification pulpaire, à plus forte raison ses formes graves: l'abcès alvéolaire, la fistule cutanée, les complications de voisinage.

En résumé, la carie du quatrième degré se reconnaît

1° à des signes constants, certains:

- carie profonde permettant aux instruments d'exploration de pénétrer dans la chambre pulpaire et les canaux;
- changement de coloration, perte de transparence, teinte grise ardoisée;
- insensibilité à l'excision; d) insensibilité au froid;

2° à des signes probables, ceux de la périostite: douleur, mobilité, élasticité à la percussion, tuméfaction de la gencive vis-à-vis de la pointe de la racine et le long de son trajet, suppuration contenue dans un abcès alvéolaire ou s'échappant par une ouverture fistuleuse, ou suintement au collet, accidents de voisinage graves, etc.

Traitement

Restituer les fonctions physiologiques, conserver encore, pendant de longues années, une dent dont l'organe central n'existe plus, qui est devenue morbide par tous ses pores et n'a plus que de faibles attaches avec l'organisme, eût semblé une témérité à nos devanciers, à nous-même, il y a quelques années. Dans la carie du quatrième degré, le dernier lien avec l'ensemble, le périoste alvéolo-dentaire est souvent malade; l'alvéole lui-même n'est plus dans les conditions normales, la suppuration l'a envahi, s'y est établie à demeure. Malgré cela, notre art n'est pas sans ressources, notre thérapeutique actuelle triomphe des mutilations que la maladie a imprimées à l'organe, triomphe des désordres atteignant les tissus environnants, qui lui servent de connexions vitales.

Faut-il admirer seulement la puissance de réparation de nos tissus?

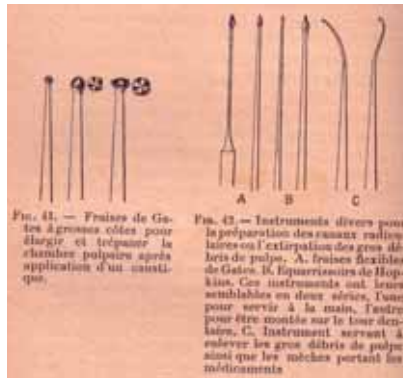
Non! En créant un milieu, où cette réparation peut s'opérer, l'énergie vitale reprendre le dessus, nous faisons aussi œuvre supérieure.

Le traitement des dents sans pulpe comporte plusieurs indications

- Enlever le tissu décomposé; faciliter l'écoulement des liquides et des gaz qu'on ne pourrait neutraliser;
- Stériliser, rendre aseptiques et saines les parties restantes de la dent;
- Combattre les désordres de voisinage concomitants;
- Quand la santé de la dent est rétablie, pratiquer l'obturation des canaux et de la cavité.

Il y a 102 ans déjà: endo en une séance?

Tout récemment, des dentistes distingués se sont faits les avocats de l'obturation



définitive en une séance. A leurs yeux, la carie du quatrième degré peut, après la désinfection immédiate, être traitée comme une carie non pénétrante.

Il nous semble que c'est là une pratique un peu hasardée.

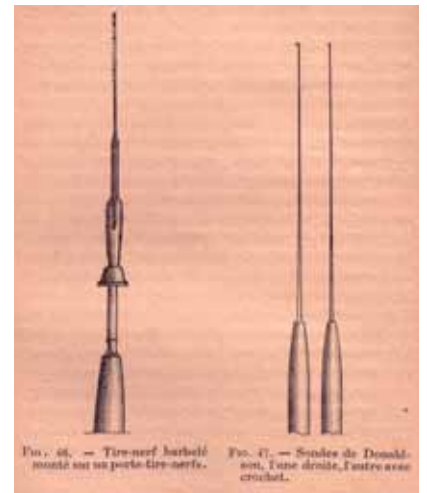
Nous avons dit plus haut, en nous appuyant sur l'anatomie pathologique, qu'il y avait de grandes différences entre les caries du quatrième degré; aussi, en traitant toutes les dents mortes de même, fait-on trop bon marché des indications rationnelles. Dans les statistiques publiées, des affections diverses sont groupées pêle-mêle, ce qui leur enlève une grande partie de leur valeur. Il serait donc au moins nécessaire qu'elles ne contiennent que des cas de même catégorie, pour que leurs conclusions levassent tous les doutes. Après la désinfection mécanique et chimique, l'intolérance au bouchage hermétique est rare, quand le désordre est limité, nous le reconnaissons, mais il n'en est pas moins vrai que dans quelques cas elle se manifeste, et nous pensons qu'il est préférable de différer l'obturation définitive, plutôt que de courir le risque d'être, à la suite d'une rechute, obligé de l'enlever. La santé de la dent et la réputation du praticien n'ont qu'à y gagner.

Les preuves de l'assainissement de la dent sont

- L'absence d'odeur pathologique des mèches ayant séjourné dans le canal plusieurs jours et même plusieurs semaines; l'odeur médicamenteuse doit seule être perçue.
- La sécheresse et la netteté de ces mèches.
- La solidité de la dent au choc. Ce dernier signe est un de nos meilleurs éléments d'appréciation. Le retour à la solidité des attaches alvéolaires marche généralement de pair avec la désinfection de la dent et de l'alvéole.
- Lorsqu'il y a eu inflammation chronique, la mobilité peut, quoique aoin-

drie, subsister après désinfection, et cela doit faire soupçonner l'existence d'une tumeur du périoste.

Dans nombre de cas, on n'a pas d'intolérance du côté du périoste, mais cela n'empêche pas que la première, et quelquefois la seconde mèche, laissées à demeure, n'aient encore une odeur pathologique, et cela est à l'appui de la réitération du pansement. Nous ne pensons pas que l'obturation des canaux par l'oxychlorure de zinc, conseillée par les défenseurs de l'obturation immédiate, soit plus efficace, plus énergique que les antiseptiques et les désinfectants que nous employons. L'hypothèse la plus favorable est donc que le désordre n'est pas assez grand pour donner lieu à un retour immédiat ou à brève échéance des accidents inflammatoires et infectieux, soit. Mais on ne peut en inférer que l'occlusion ait supprimé entièrement l'infection préexistante, et on doit redouter que cela ait des conséquences fâcheuses ultérieurement.



Une dent à pulpe morte est une dent à vitalité diminuée; elle peut rester de longues années encore dans le maxillaire, si une thérapeutique judicieuse a été suivie, mais on conviendra qu'il vaut mieux dans ces cas épargner des expériences, et que, en l'espèce, deux, trois et même quatre pansements de plus sont chose secondaire.

L'obturation immédiate et définitive dans l'état actuel de la science ne pourrait se généraliser que s'il était péremptoirement prouvé qu'elle assure un plus grand nombre de succès définitifs que l'obturation provisoire. Il n'en est pas ainsi, et les statistiques les plus favorables parlent de 2 à 3 pour cent d'accidents graves immédiats, d'un nombre égal de périostites consécutives.

SWISS
MADE
QUALITY

ESTETICOR IMPLANT®58

IDS 2007

20.-24.3.07 Cologne

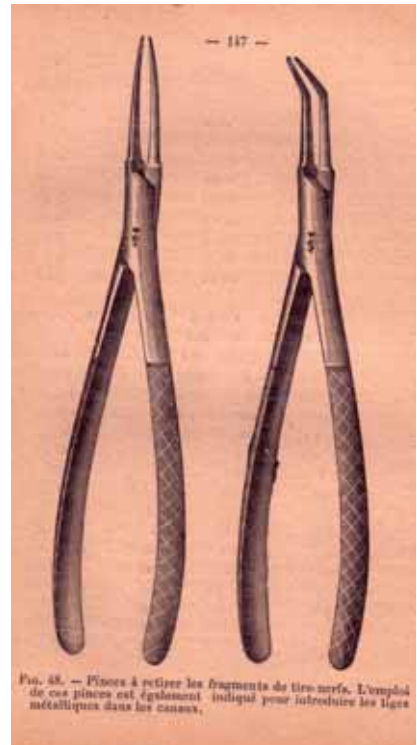
Venez voir nos nouveautés
au stand E20 / F29,
halle 4.1

Esteticor Implant®58

La maîtrise de la précision

- spécialement testé sur implants
- alliage céramo-métallique
- haute teneur en métaux précieux
- exempt de cuivre et d'indium
- pour céramiques de CET moyens

CENDRES & MÉTAUX SA
NUMÉRO GRATUIT 0800 812 822
WWW.CMSA.CH/DENTAL



La méthode que nous préconisons a des résultats plus heureux, cela se comprend: elle a tous les avantages de la première; elle rend impossible l'infection d'origine externe, tout en créant une soupape de sûreté, tout en rendant possible l'action médicamenteuse prolongée. *Dans notre pratique les insuccès pour cette classe de caries sont inférieurs à 4 ou 5 pour cent.*

On peut dire que, quand il n'y a pas néoplasme à la pointe de la racine, quand il n'y a pas infection profonde invétérée, pas d'altérations anatomiques essentielles, la carie du quatrième degré, traitée comme nous l'indiquons, ne donne que peu de déboires.

L'obturation prématurée est donc une condition de traitement heureux, de traitement rapide, mais nous estimons que cette obturation doit pouvoir être suspendue, que les modificateurs thérapeutiques doivent pouvoir être renouvelés, sans que pour cela il soit nécessaire d'enlever une aurification, un amalgame, ou même un ciment. Cette pratique a aussi pour elle des raisons extrathérapeutiques.

En art dentaire encore plus qu'en médecine, les malades ne comptent pas les succès, ils ignorent à quels efforts est due leur guérison, mais ce qu'ils connaissent bien – et cela mieux que personne – c'est l'insuccès, et il vaut toujours mieux l'éviter, même au prix d'un travail supplémentaire. ■

Dans le cadre du projet d'étude intitulé «Sélection des apprentis dans les PME», le Dr Christian Imdorf, sociologue spécialiste de l'éducation, a étudié l'attitude des médecins et des médecins-dentistes à l'égard des assistants de cabinets de sexe masculin. Sa thèse est la suivante: le personnel masculin agresse la représentation que les propriétaires de cabinet se font des rôles – beaucoup de ces derniers pensent même devoir préserver les personnes appartenant au même sexe qu'eux d'une profession mal rétribuée. Quelles sont les raisons en faveur ou contre l'engagement d'assistants médicaux ou médico-dentaires au cabinet? Quelles sont les motivations se cachant en arrière-fond? Et finalement: que peuvent bien penser les femmes médecins-dentistes?

L'article qui suit est censé servir de base de discussion. La rédaction de la RMSO lance un appel à ses lectrices et lecteurs et les invite à faire part en grand nombre de leur opinion – dans l'espoir qu'il en résultera une grande confrontation d'idées au sujet des images des rôles et des préjugés liés au genre.

Assistants de cabinet de sexe masculin

Les médecins et les médecins-dentistes se sentent menacés

Christian Imdorf (traduction de Jean-Jacques Gindrat)

Alors que les entreprises dans les domaines typiquement réservés aux hommes s'ouvrent de plus en plus aux jeunes femmes, les hommes n'ont pratiquement aucune chance de trouver une place d'apprentissage d'assistant de cabinet dans un cabinet de médecine ou de médecine dentaire. Il semble qu'ils agressent la perception de leur masculinité des médecins-dentistes et des médecins – les propriétaires de cabinet se sentent menacés.

C'est au moment du passage de l'école obligatoire à la formation professionnelle que, dans le monde des métiers, apparaît déjà l'aiguillage vers une séparation des sexes: les entreprises qui assurent la formation peuvent cimenter les rôles liés au sexe en assignant systématiquement les jeunes femmes et les jeunes hommes à des domaines d'activités professionnelles typiquement liés à un sexe. Jusqu'à maintenant, c'était surtout de l'exclusion des jeunes femmes des formations professionnelles propres aux hommes qu'il était question. L'enquête «Sélection des apprentis dans les PME¹» effectuée dans le cadre du programme national de recherche «Intégration et exclusion» met en évidence de nouveaux éléments.

Exclusion des jeunes hommes des professions d'assistance

Dans les mondes professionnels typiquement masculins étudiés (branche auto-

mobile et du bois), on propose de plus en plus souvent une formation à de jeunes femmes, les entreprises ayant appris à toujours plus apprécier les qualités de disponibilité des jeunes femmes. De plus, on loue leur influence positive sur l'ambiance de travail². Au contraire, les candidats masculins à des professions d'assistance typiquement féminines des cabinets médicaux et dentaires (assistante dentaire, assistante médicale) sont pratiquement exclus. De jeunes hommes se sont annoncés dans la moitié des cabinets examinés pour la formation d'assistant de cabinet (dans l'un des cabinets médicaux, sur 150 candidatures, on comptait 10 candidats hommes). Mais les médecins-dentistes et médecins interrogés résistent avec succès à l'engagement d'assistants de sexe masculin.

Agression contre la perception de soi, perturbations présumées de l'activité

Les médecins-dentistes et les médecins ont expliqué leur attitude négative en prétextant de possibles perturbations de l'activité, en évoquant une agression contre ce qui est leur perception des genres et en affirmant qu'il faut protéger les jeunes hommes.

Dans la conception des propriétaires de cabinets masculins, les assistants menaceraient l'aptitude à fonctionner du cabi-

net, notamment la division bien établie du travail en relation avec le genre. On craint que les relations de travail hiérarchisées ne puissent plus fonctionner: les hommes ayant un rôle d'assistant auraient plus de difficulté à se subordonner. Encore plus grave: le déroulement des procédures professionnelles pourrait être perturbé par des relations amoureuses. La présence d'assistants médicaux de sexe masculin devrait faire l'objet d'explications plus nombreuses à l'intention des patientes et patients. Le fait que ces éléments sont formulés au conditionnel est une indication que dans le cas de ces restrictions il s'agit d'un pur produit de l'imagination non fondé sur l'expérience vécue dans l'entreprise.

S'imaginer un assistant de cabinet de sexe masculin semble aggraver la représentation que les médecins se font des sexes. Ce qui est déterminant à cet égard, ce n'est pas la proximité à un homme dans l'endroit où est exercée l'activité professionnelle: c'est beaucoup plus la difficulté qu'ont les médecins-dentistes et les mé-

Dr Christian Imdorf

- Né en 1971 à Lucerne; études en travail social, pédagogie curative et psychopathologie de l'enfance et de l'adolescence aux Universités de Fribourg et de Berne; 2001–2004, doctorat à l'Institut de pédagogie curative de l'Université de Fribourg; 2002–2005 cursus postgradué en études genres aux Universités de Berne et Fribourg
- 2000–2003: gestionnaire de projet de l'étude du Fonds national «Le rôle des qualifications professionnelles formelles et de contenu dans la recherche d'une place d'apprentissage par des adolescents suisses et d'origine étrangère – avec la prise en compte des influences spécifiquement liées au sexe» (PNR 43)
- 2004–2006: gestionnaire de projet de l'étude du Fonds national «Sélection des apprentis dans les petites et moyennes entreprises» (PNR 51)

Christian Imdorf est collaborateur à l'Institut de sociologie de l'Université de Bâle. Il mène actuellement une recherche, en qualité de boursier du Fonds national de la recherche, à l'Université Johann Wolfgang Goethe de Francfort-sur-le-Main.

Contact:
<http://www.christianimdorf.info>

¹ Informations complémentaires sur www.lehr-lingsselektion.info

² Les jeunes femmes se trouvent souvent confrontées à l'obligation d'accepter la culture d'entreprise masculine. C'est ce qui devrait conduire beaucoup d'entre elles à s'auto-exclure après les expériences faites au cours du stage en entreprise. De façon fort compréhensible, elles ne sont pas disposées à s'exposer pendant plusieurs années de formation à des comportements masculins dépréciateurs et menaçants.

decins d'accepter dans leur cabinet la combinaison de sexe masculin, subordination hiérarchique et infériorité professionnelle.

Enfin, les médecins-dentistes et les médecins argumentent en se faisant les avocats des jeunes hommes: il faut protéger ces derniers d'une formation professionnelle qui met en question le modèle de l'homme soutien de la famille. Alors que l'on (l'homme) accepte la femme qui limite ses prétentions professionnelles, on repousse totalement l'entrée des hommes

dans des professions où il n'existe pas de grandes possibilités de carrière. Par opposition aux accueillants de sexe masculin, qui mettent en avant les opportunités professionnelles limitées, les accueillantes se préoccuperaient plutôt du bien-être psychologique des assistants médicaux de sexe masculin dans une équipe de femmes. Pour les femmes médecins-dentistes et les assistantes dentaires par contre, le fait que la formation ne soit pas compatible avec l'image du soutien de famille est sans importance.

Devant la mise en question croissante que représente «le pouvoir de travail féminin» dans la pratique des professions médicales, les prises de positions des médecins-dentistes et des médecins, très marquées émotionnellement, sont difficile à justifier. Néanmoins: un certain nombre de ceux qui ont été interrogés ont découvert par eux-mêmes en cours d'interview la contradiction qui existe entre leur propre perception des genres et la tentative de justifier la répartition du travail en fonction du sexe dans leur pratique. ■

Arrêter de fumer: une chance pour la santé

(at) Un tiers des fumeurs quotidiens ont envie d'arrêter de fumer, en premier lieu pour améliorer leur santé. Le concours national organisé pour la Journée mondiale sans tabac du 31 mai 2007 est une motivation supplémentaire dans ce sens.

Les personnes qui veulent mettre fin à leur carrière de fumeur sont nettement plus nombreuses qu'avant. Entre 2001 et 2005, la part de fumeurs quotidiens qui veulent arrêter au cours des six prochains mois est passée de 26 à 34 pour cent,

comme le montre l'Enquête sur la consommation de tabac en Suisse.

Les personnes qui fument tous les jours font subir un risque particulièrement élevé à leur santé. La principale motivation pour arrêter de fumer est, pour la plupart des



Fumer, ça fait du mal: Let it be

Bien se préparer à arrêter de fumer est déjà un pas important vers la réussite

- Commandez dès aujourd'hui la carte d'inscription au concours pour arrêter de fumer organisé pour la Journée mondiale sans tabac: sur le site www.at-suisse.ch ou par téléphone au 031 389 92 46 ou par fax au 031 389 92 60.
- Consacrez les semaines suivantes à observer vos habitudes tabagiques. Quand allumez-vous votre première cigarette? A quel rythme fumez-vous? Notez les circonstances de chaque cigarette sur un papier dont vous entourez votre paquet de cigarettes. Ainsi, vous prendrez conscience de chaque cigarette que vous fumez.
- Consultez votre cercle d'amis ou de collègues, peut-être que l'un/e d'entre eux a aussi envie d'arrêter de fumer? Dans ce cas, prenez votre décision ensemble. Il est plus facile d'être deux pour franchir cette étape.
- Informez tous vos proches de votre décision. Ainsi, votre entourage fera preuve de compréhension face à votre éventuelle nervosité ou irritation les premiers temps. Mais surtout il vous soutiendra dans votre projet.
- Renseignez-vous auprès de votre pharmacie, de votre médecin traitant ou de votre cabinet dentaire sur les médicaments qui favorisent le sevrage tabagique. Les substituts nicotiques, sous forme de pastilles dépôt à mâcher, de patch, de microtab (sans ordonnance) et d'inhalateur (sur ordonnance), ainsi qu'un médicament contre les dépressions contenant la substance active Bupropion (sur ordonnance), ont fait leurs preuves.
- Le programme gratuit d'aide individuelle «stop-tabac» vous permet d'arrêter seul de fumer. Sur le site www.stop-tabac.ch, vous entrez directement dans le programme. Vous pouvez aussi commander la documentation y relative par téléphone au 031 389 92 46 auprès de l'Association suisse pour la prévention du tabagisme.
- Si vous êtes indécis quant à la méthode à adopter pour arrêter de fumer, appelez la ligne nationale stop-tabac au 0848 000 181 (8 centimes la minute sur le réseau fixe). Il se peut que vous ayez choisi lors d'une tentative précédente une méthode qui ne vous convenait pas. Discutez avec l'une des conseillères dûment formées de la ligne nationale stop-tabac. Celles-ci connaissent en détail les différentes méthodes pour arrêter de fumer qui ont fait leurs preuves.

fumeurs, leur souci pour leur santé. Plus la consommation de tabac est importante, plus le danger pour la santé est grand. Ce risque touche aussi le cœur et la circulation sanguine. Les substances toxiques contenues dans la fumée du tabac endommagent les vaisseaux sanguins, qui rétrécissent à chaque bouffée de cigarette. La pression artérielle augmente, le cœur bat plus vite. La charge inutile subie par la circulation sanguine baisse déjà quelques semaines après avoir arrêté de fumer.

5000 francs à gagner

Le concours national pour arrêter de fumer est ouvert à tous les fumeurs et fumeuses qui arrêtent de fumer entre le 4 juin et le 3 juillet 2007. 1×5000 francs et 10×500 francs seront tirés au sort entre les participants. L'arrêt du tabagisme doit être attesté par écrit par un parrain ou une marraine, dont le nom doit être annoncé sur la carte d'inscription. Un tirage au sort complémentaire de 10×100 francs est organisé

pour les parrains. On peut s'inscrire jusqu'au 3 juin 2007, soit en ligne sur www.at-suisse.ch, soit en téléphonant à l'Association suisse pour la prévention du tabagisme au 031 389 92 46.

Soutien

La ligne nationale stop-tabac 0848 000 181 (8 centimes par minute sur le réseau fixe) propose des entretiens personnalisés pour aider les fumeurs à trouver la méthode qui leur conviendra le mieux pour arrêter de fumer. Les fumeurs intéressés pourront aussi apprendre comment se défaire peu à peu de la dépendance à la nicotine et comment amoindrir les symptômes de manque en prenant des substituts nicotiques. La plupart des fumeurs quotidiens sont fortement dépendants à la nicotine. Le concours pour arrêter de fumer proposé

en lien avec la Journée mondiale sans tabac du 31 mai est organisé par la Ligue suisse contre le cancer, la Ligue pulmonaire suisse, l'Association suisse pour la prévention du tabagisme et l'Office fédéral de la santé publique. La Fédération des médecins suisses (FMH), la Société suisse des pharmaciens (SSPh), la Société Suisse d'Odontostomatologie (SSO), l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) et Swiss Dental Hygienists sont partenaires de ce projet. Le concours a également été soutenu ces dernières années par Nicorette. Les ligues cantonales contre le cancer, les ligues pulmonaires cantonales, les centres cantonaux de prévention du tabagisme et d'autres organismes de prévention et de promotion de la santé sont responsables de la mise en œuvre de cette action dans les cantons. ■

Crédit à la consommation: pourquoi attendre si...

Anna-Christina Zysset

Entre 8 et 15% d'intérêts, c'est ce que payent les Suissesses et les Suisses pour leurs crédits à la consommation. Au cours des cinq dernières années, les dettes ont augmenté de 1,6 milliard pour atteindre quelque 14 milliards de francs. La tendance à acheter toujours plus à crédit se traduit également par l'augmentation des faillites personnelles. Depuis peu, il est même possible d'acheter la santé à crédit. La publicité du leader du secteur reflète la tendance actuelle: «Pourquoi attendre si vous pouvez réaliser vos rêves immédiatement?»

L'époque où il était mal vu de dépenser de l'argent qu'on ne possédait pas semble bien révolue. En effet, le nombre de personnes qui financent leurs rêves avec l'aide de la banque n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Les crédits sont pour la plupart demandés pour acheter de nouveaux meubles ou des véhicules d'occasion ou pour payer des impôts. Dans le commerce de détail, les crédits à la consommation font partie du quotidien, puisque les cartes de paiement de Migros et Cie ne sont rien d'autre que des offres de crédit. Assis dans le chariot, les enfants regardent dès leur plus jeune âge Maman ou Papa payer les achats quotidiens avec la petite carte en plastique.

Depuis peu, on peut aussi payer les vacances à tempérament directement au voyageur ou souscrire un CareCredit (crédit de santé auprès de la banque) pour régler les honoraires du médecin ou du dentiste. Reste à savoir à qui «care» s'applique: au client/patient ou à la banque émettrice du crédit. Après tout, depuis l'introduction de la loi sur le crédit à la consommation en janvier 2003, le client a sept jours pour se rétracter. L'organisme qui octroie le crédit

doit respecter le taux d'intérêt maximum de 15% et signaler tous les crédits à la Centrale de renseignements sur le crédit à la consommation (IKO). Cela n'empêche toutefois pas les plus petits salaires d'obtenir un prêt de 20 000 à 25 000 francs. Le groupe principal des endettés est celui des 35 à 55 ans. Outre le chômage, la naissance d'enfants, le divorce ou la perte du compagnon de vie peuvent avoir un impact d'une ampleur imprévue sur le budget. Les centres de conseil spécialisés dans l'endettement passent leur temps à rappeler que les consommateurs plongent souvent très vite et tout à fait involontairement dans le surendettement. Avec l'augmentation constante de l'offre, la tentation de dépenser de l'argent qu'on ne possède pas ne diminue pas, loin de là. Le marché suisse présente encore un fort potentiel de croissance. Les experts s'attendent à ce que l'endettement suisse moyen rattrape rapidement celui des autres pays riches. Dès que l'on n'a plus mesuré la solvabilité des Suisses à leur patrimoine et leurs revenus mais à leur discipline en matière de paiement échelonné, nous avons accédé à l'Olympe des endettés.

Le pain mangé est difficile à gagner (dicton polonais)

La plupart des personnes endettées ne réagissent que lorsqu'elles sont au bord des poursuites. Souvent, les personnes concernées ont honte de dévoiler leur vie, leur intimité, leurs décisions et leurs valeurs à des experts. Pour les centres de conseil spécialisés dans l'endettement, comme Caritas ou d'autres institutions, il s'agit de définir le rapport des personnes à l'argent et de se forger une vue d'ensemble. Un plan d'assainissement est ensuite élaboré avec la personne endettée.

(Care)Credit versus moneybasics

Des bureaux d'apurement des dettes bernois et GE Money Bank exploitent depuis un an un site Internet (www.moneybasics.ch), visant à prévenir l'endettement. C'est apparemment l'organisme de crédit, qui a acquis de l'expérience en Angleterre, qui a pris l'initiative de moneybasics. Le contenu est totalement neutre. Il n'y a pas non plus de lien hypertexte renvoyant à l'organisme de crédit, alors qu'il y en a un renvoyant au centre de conseil spécialisé dans l'endettement. La vie à crédit est de mieux en mieux acceptée. La publicité de GE Money Bank vous suit pas à pas. Le CareCredit était la suite logique.

Même les bureaux d'apurement des dettes ne sont pas d'accord entre eux sur le fait de savoir si cette opération est une prévention judicieuse pour une meilleure gestion de l'argent ou si elle ne fait qu'augmenter l'acceptation des dettes.

Les dettes font peur

Les dettes rendent malade. Tel est le résultat d'une étude menée par l'association des médecins britanniques. Comme l'indiquait le magazine de santé *Apotheken Umschau* en 2005, les propriétaires de maison endettés ont une tendance manifeste à recourir plus souvent à l'alcool et à la cigarette. Le fait de penser constamment au crédit provoque des troubles de la concentration, du stress et induit des états anxieux plus fréquents que la moyenne. Même le couple de la personne endettée est menacé. Le site Internet d'un bureau allemand d'apurement des dettes aborde franchement le sujet de l'angoisse: «Les dettes font peur, très peur, peur du matin au soir, peur de la boîte aux lettres, du téléphone, peur de perdre son logement, son emploi, peur de perdre la face devant les amis, les voisins et les collègues. A cela s'ajoute la peur de voir la famille se briser...»

Dans ces conditions, l'utilité d'un crédit de santé semble plus que douteuse.

Des moyens éprouvés

De bons soins dentaires prennent aussi en considération les moyens financiers des patients. Lors de la consultation, les différentes variantes de traitement doivent être discutées franchement. Si le dentiste s'aperçoit que même l'offre la plus écono-

mique dépasse déjà le budget du patient, différents types de financement sont possibles. Les solutions vont de la demande de prestations complémentaires à l'accord de paiements échelonnés. Depuis des années, des sociétés de facturation proposent des solutions de paiement à tempérament qui

ont fait leurs preuves à la fois pour les dentistes et les patients. Les patients se mettent directement d'accord avec la société de facturation. La relation avec le dentiste traitant reste ainsi totalement préservée. Nul besoin de réinventer la roue. Alors, restez loin de CareCredit. ■

CONGRÈS / JOURNÉES SCIENTIFIQUES



Compte rendu du Congrès annuel de la Société Suisse d'Endodontologie (SSE), des 19 et 20 janvier 2007 à Zurich

Les racines du succès

Thomas Vauthier Rheinfelden (texte et photos)

Nous sommes quotidiennement confrontés à un flot d'informations concernant des alternatives de traitement, de nouvelles techniques, de nouveaux matériaux. Beaucoup de ces informations concernent des aspects endodontologiques et proviennent de manière non filtrée de sources les plus diverses. Or, les chances de succès et les risques pour la santé en rapport avec les maladies bucco-dentaires et leurs traitements y sont en général traités de manière bien plus sommaire. Si le domaine de l'endodontie connu sans doute ces dernières années un certain nombre d'évolutions techniques intéressantes et l'avènement de matériaux novateurs, il n'en reste pas moins des questions en attente de réponses objectives et, dans la mesure du possible, fondées sur des preuves scientifiques. Pour le Congrès annuel des 19 et 20 janvier 2007 à Zurich, le comité ainsi que le comité scientifique de la Société Suisse d'Endodontologie (SSE), avaient mis sur pied un programme extrêmement attractif pour esquisser, sous le titre «La racine du succès», certains jalons sur le chemin du succès de nos traitements endodontiques.

Parmi les questions qui se trouvent actuellement au centre de la discussion: Faut-il encore dans un cas particulier réaliser un traitement de racine ou vaut-il mieux placer immédiatement un implant? Quelle est la meilleure manière d'entreprendre le traitement initial d'une parodontite apicale et pourquoi des traitements de racine correctement exécutés peuvent-ils échouer? Comment réaliser au mieux une révision de traitement de racine ou une résection apicale? Qu'est-ce qui se cache derrière les nouveaux matériaux d'obturation radiculaire? Quelle est l'indication du MTA?

**Nothing is as hard as it looks.
Everything is more rewarding than it seems.
And everything will go right – and at the best possible moment.**

Terry T. Tanaka, DDS

Dans les différentes présentations du programme scientifique, des spécialistes ont abordé ces questions de manière critique et tenté de dégager pour les quelque 300 participants des réponses correspondant au «state of the art» en la matière.

Dans son adresse de bienvenue et d'ouverture du congrès, Beat Suter, Président de la SSE, Berne, a tout d'abord tenu à préciser que sous le thème «La racine du succès», il était à son avis préférable de ne plus parler d'«échecs», mais plutôt de complications en endodontie. Dans un tout autre registre, il a eu le plaisir d'annoncer que la SSE a décidé de verser un don de 10 000 francs suisses à l'organisation Secours Dentaire International. Juste avant l'Assemblée générale de la SSE, le Dr Jürg Jent, Hochwald, actuel Président du SDI, a eu l'occasion de présenter brièvement cette fondation suisse d'entraide dont l'un des principaux buts est la mise en place de structures de dentisterie sociale dans les pays en développement (voir encadré à la fin de ce compte-rendu).

Faire le bon choix: endo ou implant?
Bernhard Thilo et Daniel Chappuis, Lausanne

Dans leur double présentation, parfaitement orchestrée, les deux praticiens lausannois ont tour à tour tenté de donner des éléments de réponse qui se pose quotidiennement au cabinet privé, à savoir: faut-il se battre par tous les moyens pour

une dent naturelle ou est-il préférable de la remplacer par un implant? Qu'est-ce qui est plus prédictible, moins traumatique, moins cher?

Les reprises de traitements endodontiques ont considérablement été facilitées depuis l'avènement des techniques rotatives. Il subsiste le problème de l'élimination la plus complète possible de ce que nous savons dorénavant être un biofilm composé d'une flore microbienne mixte. Ou, comme faisait remarquer Bernhard Thilo, «si une rivière est polluée, il faut enlever la source pour obtenir de l'eau à nouveau potable».

Or, même le meilleur endodontiste est impuissant face aux fractures radicaires



Les D^{rs} Bernhard Thilo (en haut) et Daniel Chappuis, tous deux praticiens à Lausanne et membres du Comité de la SSE.

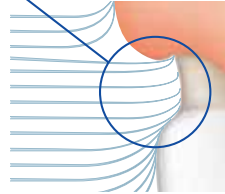
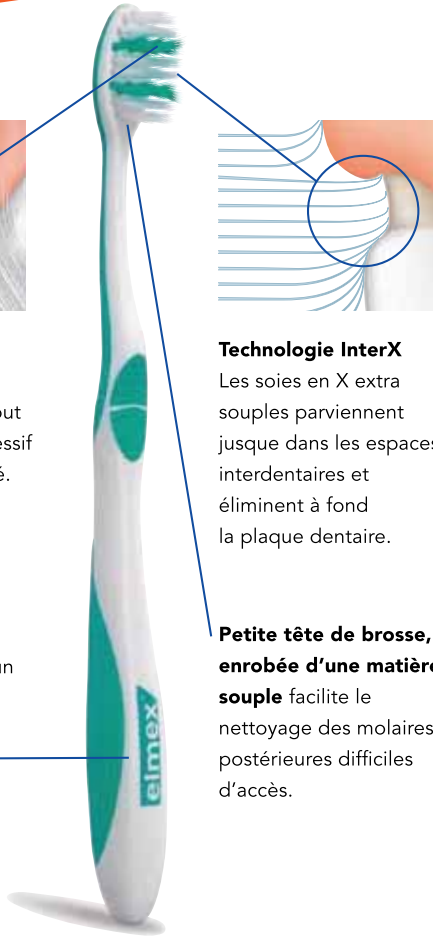
elmex® SENSITIVE EXTRA SOFT nettoie en douceur et à fond jusque dans les espaces interdentaires.

NOUVEAU



Extrémités de soies douces et soyeuses pour un nettoyage tout en douceur, non agressif pour le collet dénudé.

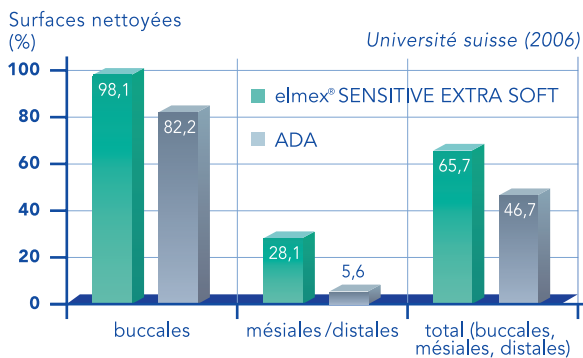
Manche de forme ergonomique pour un maniement contrôlé et sûr.



Technologie InterX
Les soies en X extra souples parviennent jusque dans les espaces interdentaires et éliminent à fond la plaque dentaire.

Petite tête de brosse, enrobée d'une matière souple facilite le nettoyage des molaires postérieures difficiles d'accès.

Efficacité de nettoyage d'elmex® SENSITIVE EXTRA SOFT *in vitro*



Dans le cas de mouvements de brossage circulaires, elmex® SENSITIVE EXTRA SOFT nettoie nettement mieux différentes surfaces dentaires que la brosse à dents de contrôle.¹

GABA Suisse
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire

¹ Université suisse (2006), données sur la brosse à dents de l'ADA tirées de: Université suisse (2005) Méthode *in vitro* validée, la mesure du pouvoir de contact d'une brosse à dents avec les surfaces dentaires donne une information sur son efficacité de nettoyage. Les modèles de dentition constitués de dents noires pourvues d'un revêtement blanc sont brossés avec les brosses à dents à l'essai dans des conditions définies. Les surfaces dentaires débarrassées du revêtement sont mesurées par planimétrie. Sur les surfaces aussi bien buccales que mésiales/distales, la nouvelle brosse à dents elmex® SENSITIVE montre une élimination de la plaque plus approfondie que la brosse à dents de référence de l'ADA.

verticales. Bien qu'elles puissent affecter des dents non traitées endodontiquement, elles sont nettement plus fréquentes sur les dents dévitalisées. Les signes pathognomoniques en sont des poches profondes et étroites, situées en regard du trait de fracture (67,4%), les radiotransparences latérales ou latéro-apicales (50%) et les fistules relativement superficielles, à proximité du rebord gingival (34,8%).

To implant or not to implant: that is the question

Larz S.W. Spångberg

Parmi les principaux changements pouvant plus facilement faire pencher la balance en faveur de l'implantologie, Daniel Chappuis a évoqué la réduction du délai d'attente avant l'implantation, la possibilité de la chirurgie en un temps ou l'implantation immédiate, avec, en option la mise en fonction immédiate. De son point de vue de praticien privé, les avantages de l'implantation immédiate sont en outre le gain de temps (réduction de la durée du traitement d'environ trois mois), la résorption osseuse réduite, la conservation des tissus mous (papilles) et la possibilité de poser une prothèse provisoire fixe.

Traitement endodontique initial en cas de complication(s) périapicale(s)

Prof. Jorge Vera, Mexique

Qu'il s'agisse d'un traitement endodontique de première intention ou d'une reprise de traitement, le premier objectif doit être l'élimination des obstacles ou autres interférences au niveau coronaire qui empêcheraient l'accès au foramen apical. Le spécialiste préconise la préparation à l'aide de pointes diamantées ou, dernière nouveauté, en zirconium, montées sur un unit ultrasonique. Ces instruments assurent, d'une part une meilleure visibilité que les fraises sur un contre-angle et réduisent d'autre part considérablement le risque de perforations du plancher de la chambre pulpaire. La recherche d'entrées de canaux mal définies lors de calcifications est facilitée par une coloration à la fluorescéine. Appliquée pendant deux minutes et activée sous une lampe à polymériser, cette substance utilisée à l'origine en ophtalmologie, permet de déceler des traces de tissu conjonctif.

There are no calcified canals – just impatient endodontists!

Jorge Vera

La deuxième condition du succès en endodontie est l'obtention d'une longueur de travail correcte. Le contrôle par des instruments électroniques (qui en sont

actuellement à leur quatrième génération!) est plus fiable que la radiographie. Le spécialiste recommande l'exploration de la longueur jusqu'à 0,5 mm au delà de l'apex et l'instrumentation subséquente en déduisant ce demi millimètre, en visant un diamètre d'au moins 30 à 40 au niveau du foramen apical. «Si vous êtes en mesure d'obtenir, et d'instrumenter une longueur de travail correcte, vous pouvez légitimement vous attendre à obtenir la guérison.»



Le Dr Jorge Vera, spécialiste invité du Mexique.

Compte tenu du fait que nous sommes confrontés à une infection par des germes organisés dans un biofilm, il faut être patient lors de la désinfection chimique. Il faut laisser à l'hypochlorite de soude suffisamment de temps pour qu'il puisse agir, et constamment renouveler l'irrigation. Des aiguilles spéciales, munies d'un orifice latéral à l'extrémité, permettent d'assurer une irrigation plus en profondeur. La création d'un effet de cavitation par l'application d'ultrasons facilite non seulement la remontée et l'élimination des débris tissulaires, mais réchauffe en même temps le NaOCl dans le canal, renforçant ainsi son efficacité. Il faut éviter d'alterner les rinçages par le NaOCl et des chélateurs comme l'EDTA, car ce dernier décompose le soluté de Dakin et l'inactive par la libération de gaz de chlorure. De même le mélange de chlorhexidine et de NaOCl entraîne la précipitation de molécules toxiques. En revanche, le rinçage final par la CHX après un séchage méticuleux favorise significativement l'activité antimicrobienne résiduelle.

En accord avec la plupart des auteurs, Jorge Vera préconise de placer dans le canal un pansement médicamenteux à l'hydroxyde de calcium pendant sept jours («ne laissez jamais le canal ouvert!>). L'introduction

d'antibiotiques dans les canaux n'apporte strictement rien et risque même de créer des résistances ou des allergies chez les patients susceptibles.

Quelles sont les raisons d'échecs endodontiques sur des dents correctement traitées?

Dr Ramachandran Nair, Zurich

Dans des conditions de parfaite santé, la cavité buccale humaine est colonisée par plus de 400 espèces de micro-organismes cultivables. Des méthodes moléculaires en ont décelé quelque 200 souches de plus. Or, seules 4 à 6 souches sont impliquées dans les infections endodontiques. Le problème fondamental réside dans le fait que, comme l'ont démontré de récentes études, ces germes sont organisés dans des biofilms, formant des écosystèmes enrobés par une matrice extra-cellulaire. Protégés de la sorte, les micro-organismes immobilisés sont ainsi considérablement (plus de mille fois!) plus difficiles à influencer, que ce soit par les défenses immunitaires de l'hôte ou par des agents chimiothérapeutiques, en comparaison avec des bactéries dites planctoniques.

The value of the achievement lies in the achieving

Albert Einstein

Les raisons permettant à de tels biofilms de s'établir sont toutes celles qui caractérisent les traitements radiculaires insuffisants: manque d'asepsie, défauts de préparation et d'instrumentation mécanique et réinfiltrations par des restaurations temporaires ou définitives non étanches. Les lésions périapicales persistantes peuvent être dues à des infections intracanales (bactéries et champignons) ou extra-radiculaires (actinomycose), des réac-



Le Dr Ram Nair, spécialiste de la microbiologie endodontique, Université de Zurich.

tions à des corps étrangers (pointes de papier, gutta-percha), voire, plus rarement à des kystes ou des cristaux de cholestérol, ou encore à la formation de tissu cicatriciel.

Il n'est pas étonnant que ce spécialiste de la microbiologie bucco-dentaire se soit exprimé de manière fort critique à l'égard des traitements endodontiques en une seule séance. A son avis, cette stratégie est un oreiller de paresse, souvent motivée par des arguments trompeurs de soi-disant gain de temps pour le praticien ou le confort du patient. Et de citer Larz S.W. Spångberg (2003):

One-visit endodontic treatment... is propagated by protagonists with non-scholarly, not evidence-based reasoning and possibly with certain business-minded intent.

Les futures recherches devront viser à développer des agents microbicides efficaces à viscosité réduite, mais biocompatibles. Leur action devra être ciblée sur la destruction du biofilm et l'interruption de la communication entre les microbes (quorum sensing) qui est l'un des mécanismes qui leur permet de s'organiser dans des biofilms.

Quels risques des traitements endodontiques pour la santé générale?

Dr Patrick Sequeira, Cham

Dans cet exposé très théorique, Patrick Sequeira, expert notamment de la dentisterie fondée sur les preuves, a surtout discuté la difficulté méthodologique de démontrer les liens de causalité entre les traitements endodontiques et d'éventuelles répercussions sur la santé générale. Bien que de telles interactions aient été postulées, notamment pour les maladies cardiovasculaires ou respiratoires, le diabète, l'ostéoporose ou encore le faible poids des nouveau-nés à la naissance, on



Les Drs Patrick Sequeira, Cham, (à droite) et Julian Webber, Londres.

est encore loin, à l'état actuel des connaissances de preuves scientifiques suffisantes qui permettraient de trancher à ce sujet.

Retraitement endodontique non chirurgical

D^r Julian Webber, Londres

«It's the bacteria, stupid!»

Le but de tout traitement endodontique étant l'élimination du plus grand nombre de bactéries («oubliez la réduction zéro, c'est illusoire!»), la réintervention non chirurgicale doit viser en premier lieu à créer un canal perméable jusqu'à la région de l'apex (les anglo-saxons parlent de «patency»). L'argument souvent évoqué du risque éventuel de la propagation, en cours de procédure, de tissus infectés dans la région périapicale est significativement inférieur au risque de courir à l'échec en laissant non instrumentées et désinfectées des parties canalaires «inaccessibles». Selon l'expert, la persistance de zones de radiotransparence apicales après des retraitements endodontiques corrects ne doit pas être considérée comme un échec, du fait que la plupart de ces lésions ont tendance à disparaître après un temps d'observation prolongé.

«Always go in if you have the opportunity!»

Julian Webber préconise le concept de retraitement par les instruments rotatifs ProTaper®, en trois diamètres successifs. Concernant le problème des obstructions éventuelles par des instruments cassés, il est d'avis qu'il faut toujours chercher à éliminer le fragment dans le tiers coronaire et moyen. Si cela n'est pas possible, la solution est d'essayer de passer autour. Dans le tiers apical, il est préférable de ne pas jouer aux héros et de laisser le corps étranger et de se contenter d'observer l'évolution.

Nouvelles techniques d'obturation canalaires

D^r Franck Paqué, Université de Zurich

Bien qu'il y ait un certain nombre d'arguments, du moins sur le plan théorique, en faveur des systèmes d'obturation endodontique par des matériaux adhésifs, par exemple Epiphany/Resilon®, nous manquons encore d'études cliniques suffisamment documentées et de résultats à long terme de cette nouvelle technique, a estimé le conférencier. La plupart des essais étaient réalisés en laboratoire et dans des conditions optimales, loin de la réalité clinique.

En l'état actuel des connaissances, et sur la base des données scientifiques publiées

à ce jour, il ne se dégage aucune supériorité pertinente par rapport aux matériaux conventionnels comme la gutta-percha. De l'avis de ce spécialiste, il n'y a donc pas de raison d'abandonner les matériaux éprouvés pour le moment.

Gutta-percha: chronique d'une mort annoncée?

D^r Franklin Tay, Hongkong

Dans cet exposé truffé d'aspects chimiques et techniques, l'intervenant a d'abord passé en revue l'histoire des matériaux utilisés depuis 1878 (introduction de la gutta-percha) jusqu'à nos jours. Et d'estimer que nous obturons toujours les canaux avec des matériaux d'il y a 140 ans avec des techniques de condensation d'il y a 60 ans. A l'instar du conférencier précédent, il est toutefois également d'avis que la gutta-percha continue d'être le meilleur matériau possible («GP is still as good as it gets»). Et au vu des données disponibles actuellement, il estime à son tour qu'il serait prématuré de se ruer sur les matériaux d'obturation canalaires adhésifs en déclarant obsolètes les matériaux et techniques traditionnelles. Selon lui, bon nombre d'arguments en faveur du Resilon® tiennent en premier lieu de promesses issues d'un marketing agressif et ne résistent de fait pas à une analyse scientifique rigoureuse.

Construire sur des fondations sûres? Une revue critique du matériau MTA

D^r John Whitworth, Newcastle

En sautant l'exposé du *D^r Peter Chancellor*, Université de Californie du Sud, sur les résections apicales (sous le titre «Root End Surgery»), qui n'a rien apporté de fondamentalement nouveau, nous passons allégrement à la dernière présentation du congrès SSE 2007.



Le *D^r John Whitworth, Newcastle*: le MTA, on aime et on aime moins...

Le MTA (*Mineral Trioxide Aggregate*) est un matériau dérivé du ciment de Portland.

Commercialisé sous le nom de ProRoot®, le MTA se présentait au départ sous la forme d'une poudre grise mais a été modifié pour être proposé également sous la forme d'une poudre blanche. A la base, celle-ci est composée de ciment de Portland avec adjonction d'un pourcentage élevé d'oxyde de bismuth (20%).

Après le mélange initial, le MTA possède un pH de 11. Durant les trois premières heures après le mélange, ce dernier augmente graduellement à 12,5. L'oxyde de calcium qui fait partie de la composition du MTA réagit avec les fluides tissulaires, formant dès lors de l'hydroxyde de calcium dont la proportion après la prise peut atteindre jusqu'à 20% du volume du ciment.

Le MTA selon John Whitworth: on aime ...

- Biocompatibilité
- Propriétés antimicrobiennes
- Etanchéité
- Radio-opacité
- Manipulation en environnement humide
- Induction de la formation de tissus durs

... on aime moins ...

- Conditionnement en sachets pré-dosés (excès dans la plupart des applications)
- Mélange et maniement difficiles
- Difficultés d'évaluer la prise; difficile à éliminer
- Coût (le prix d'un sachet équivaut à celui d'un sac de ciment de Portland...)

De nombreuses études *in vivo* ont démontré que le MTA favorise et stimule la régénération des tissus, tant pulpo-dentaires que parodontaux. Bien que des études prospectives cliniques comparatives fassent encore défaut, il convient de conclure, sur la base de la littérature publiée à ce jour, que le MTA peut être considéré comme étant un matériau très favorable pour l'obturation étanche des canaux radiculaires, tant pour la technique conventionnelle que lors de résections apicales. Il semblerait en outre que le MTA convienne extrêmement bien pour les coiffages pulpaire directs.

En dépit du succès fulgurant et de la large acceptation du MTA dans la communauté dentaire, le spécialiste estime qu'il reste bien des questions ouvertes en attente de réponses que seules des études cliniques seraient à même de fournir. Comme il est

peu probable que les fabricants du MTA mettent à disposition les fonds nécessaires à cet effet, *John Whitworth* a conclu son remarquable exposé en invitant la communauté des praticiens d'échanger et de communiquer un maximum d'expériences acquises dans leurs cabinets.

«These studies will never be funded – but we have the answers in our own practices!»

Conclusions

Placée sous le titre «La racine du succès» l'édition 2007 du Congrès annuel de la Société Suisse d'Endodontologie a été riche en enseignements. L'intérêt de ce sujet se reflète d'ailleurs par le nombre de



Le Dr Beat Suter, Président de la SSE, Berne: succès en endo, mais également pour le Congrès 2007!

participants, plus de 300, dont beaucoup de Romands, qui avaient fait le déplacement de Zurich.

Proches de la réalité au quotidien et étayées par une juste dose de références bibliographiques, les conférences présentées par les experts suisses et internationaux invités par la SSE ont présenté un excellent programme, associant dans un judicieux mélange les aspects scientifiques et cliniques de l'endodontie. Ce faisant, ils auront sans doute permis à tout un chacun de

mieux situer les racines sur lesquelles se construit le succès en endodontie.

Comme chaque année, l'exposition du commerce dentaire fournissait une occasion idéale pour s'informer et se tenir au courant des dernières nouveautés auprès des représentants sur les différents stands. Et à noter dans vos agendas dès maintenant que le prochain Congrès de la SSE aura lieu les 18 et 19 janvier 2008 à Lausanne. Le titre sera communiqué ultérieurement: www.endodontology.ch ■

Le Secours Dentaire International (SDI) est une fondation suisse dont l'un des buts principaux est la mise en place d'une dentisterie sociale dans les pays en développement.

Le groupe fondateur composé des D^{rs} Jean-François Guignard (Montreux), Adrien Jemelin (Aigle) et Franz Plattner (Coire) commence ses activités médico-dentaires en automne 1976 à Lambaréné. En 1986, l'organisation est baptisée «Secours Dentaire International». Elle a pour mission la coopération technique dans le domaine dentaire (construction et développement de cliniques fixes et mobiles), la formation d'un personnel soignant et la diffusion ainsi que l'enseignement de la prophylaxie dentaire. Le suivi des projets par des visites sur place environ tous les six mois est d'une grande importance.

Zones d'activités (cliniques): Bénin (Cotonou), Burkina Faso (Djibo et Ouagadougou), Cameroun (Kumba, Besong-Abang, Manyemen), Madagascar (Ambanja), RD Congo (Kinshasa), Tanzanie (Ifakara), Zimbabwe (Chikombedzi), Haïti (Carrefour). Selon les besoins, quatre ou cinq spécialistes/volontaires se rendent sur place pour une durée limitée en général à trois mois, en majorité des médecins dentistes éventuellement accompagnés d'une hygiéniste dentaire. Conditions: diplôme de médecin dentiste, deux ans d'expérience professionnelle au moins, aptitude à vivre dans des conditions simples, expérience de voyage souhaitée, ouverture d'esprit et tolérance impératives.

Les activités du SDI sont financées par des dons de la Confédération, des cantons et communes, d'associations et des dons privés.

Internet: www.secoursdentaire.ch/

REVUES



Xérostomie

Givens E: Update on xerostomia: Current treatment modalities and future trends

Gen Dent 2: 99–101, 2006

Une xérostomie peut intervenir à tout âge mais se rencontre surtout au cours de la sénescence. 30% des patients de plus de 65 ans en souffrent. Les effets négatifs comprennent une dysphagie, une dysgueusie, des problèmes d'élocution, un inconfort buccal important, le développement accru de lésions carieuses, une perte de la rétention des prothèses am-

vibles et une porte ouverte aux infections opportunistes comme la candidose buccale.

Les nombreuses options thérapeutiques restent essentiellement palliatives chez des patients dont la xérostomie est due à une destruction permanente du parenchyme des glandes salivaires à la suite d'une radiothérapie ou d'un syndrome de Sjögren. Les traitements conventionnels comprennent le fait de boire fréquemment de l'eau, le recours aux bains de bouche, à des sprays et à des gels. D'autres traitements palliatifs plus récents sont examinés dans cet article.

Un humidifiant buccal commercialisé (Optimoist) a été évalué pour ses effets

sur le flux salivaire, les symptômes subjectifs de sécheresse buccale, le pH buccal, la microflore et la capacité d'avaler. Le flux salivaire non stimulé fut significativement amélioré, les colonies candidosiques diminuées et 58% des patients constatèrent une amélioration subjective des symptômes.

Les produits Biotene (Dry Mouth Toothpaste, Gentle Mouthwash, Dry Mouth Gum et le gel Oral Balance) suscitèrent eux aussi une amélioration subjective de la sécheresse buccale chez 54% des patients examinés, une meilleure capacité de s'alimenter (46%) et moins d'inconfort buccal (61%). Dans une étude clinique en double aveugle, ces produits diminuaient la sensation de xérostomie chez des patients irradiés au niveau de la tête et du cou. Ces produits contiennent de la lactoperoxydase, du lysozyme et de la lactoferrine, naturellement présents dans la salive. Les produits Biotene utilisent encore

Prix Rudolf Hotz 2008

Ce prix a été créé en 1988 par l'Association suisse de Pédiodontie (ASP). Il a pour objectif d'encourager la relève de la recherche en Suisse dans le domaine de la pédiodontie.

Le prix est mis au concours chaque année; il est doté de 3000.– francs.

Le Prix Rudolf Hotz est décerné selon les conditions suivantes:

1. Sont admis à concourir les travaux dans le domaine de la pédiodontie, effectués dans une université suisse (ou un établissement similaire). Le jury décide de la pertinence en matière de pédiodontie dans le cas de travaux d'autres spécialités.
2. Les thèses sont également acceptées à condition toutefois que leur soutenance réussie ne date pas de plus de deux ans.
Si des travaux publiés sont soumis, leur acceptation pour publication ne doit pas dater de plus d'un an.
3. Les travaux doivent être remis en deux exemplaires dactylographiés ou imprimés.
4. Les travaux doivent être remis de manière anonyme, munis d'un chiffre. Le nom et l'adresse de l'expéditeur doivent accompagner le travail, dans une enveloppe scellée.
5. Les travaux ne doivent pas être candidats à un autre prix scientifique.
6. Le délai de remise est fixé le 31 mai 2007 qui précède la remise du prix, le timbre postal faisant foi.
Les travaux doivent être adressés jusqu'à cette date au président de l'ASP: Madame méd. dent. Juliane Leonhardt Amar, 20, cours de Rive, CH-1207 Genève
7. Un jury procède à l'appréciation des travaux; il est composé de trois membres (deux personnes d'une université suisse, une personne spécialisée en médecine dentaire pédiatrique [si possible de la commission scientifique ASP]). En cas de nécessité, des experts extérieurs peuvent être appelés en consultation.
8. Les décisions du jury sont définitives.
9. Le prix peut être partagé entre des travaux d'égale valeur. Le jury peut également décider de ne pas le décerner.
10. La remise du prix a lieu à l'occasion de l'Assemblée générale annuelle de l'ASP qui se tient le 24 janvier 2008 à Berne.
Les lauréats du prix sont invités à l'Assemblée et s'engagent à présenter leurs travaux à cette occasion.

du xylitol dont l'intégration favorise encore mieux l'activité anticariogénique. D'autres inducteurs de la sécrétion salivaire comprennent le chewing-gum et les «lozenges» à sucer.

La pilocarpine et la céviméline sont des agents systémiques courants qui agissent sur les récepteurs muscariniques des glandes salivaires. La pilocarpine produit très rarement des effets secondaires mineurs comme une sudation excessive, des troubles gastro-intestinaux, des sécrétions pulmonaires accrues et/ou une bradycardie. La céviméline ne produit pratiquement aucun effet secondaire.

Le bethanechol et l'athénol trithione agissent sur le parasymphatique. Le second a été utilisé comme sialogogue quoique normalement indiqué dans la stimulation des produits biliaires. Il est en revanche inutile chez des patients souffrant d'un syndrome de Sjögren.

L'acupuncture a été utilisée pour la première fois en 1981 pour des cas de xéros-

tomie. Des études d'observation ont montré qu'elle augmentait le flux salivaire chez des patients atteints ou non de xérostomie. Des patients irradiés ou souffrant d'un syndrome de Sjögren constatèrent une amélioration jusqu'à six mois après le traitement.

Une stimulation nerveuse électrique transcutanée ressemblant à de l'acupuncture fut administrée deux fois par semaine pendant six semaines a donné pendant six mois une amélioration significative du flux salivaire et de la sensation subjective de sécheresse buccale.

La restauration de la fonction salivaire au niveau parenchymateux est un objectif dans la technologie génétique par régénération tissulaire guidée. En thérapie génique, le gène est une protéine spécifique et fonctionnelle, identifiée et transférée dans les cellules des glandes salivaires induisant la sécrétion. La régénération tissulaire guidée tente de remplacer le tissu pathologiquement perdu en recréant

la fonction salivaire. Une explantation consiste à replacer du tissu salivaire fonctionnel dans des zones déficientes.

La xérostomie est un problème fréquent qui n'offre encore aucune solution permanente. Des traitements palliatifs et inducteurs sont disponibles mais l'avenir devrait permettre d'apporter des solutions plus durables.

Michel Perrier, Lausanne

Lichen plan et implants

Reichert P A: Oral lichen planus and dental implants. Report of 3 cases

In J Oral Maxillofac Surg 35: 237-240, 2006

Parmi les contre-indications à une réhabilitation par des implants figure classiquement le lichen plan buccal (LPB) qui est une inflammation chronique fréquente de la peau, de la muqueuse buccale et d'autres muqueuses. Cet article décrit trois cas chez lesquels une thérapie implantaire fut administrée en dépit de la présence d'un LPB.

Le premier cas était une femme de 63 ans chez laquelle deux implants remplaçaient les dents 11 et 12, et qui développa un LPB dix ans plus tard. Ce lichen, de caractère réticulaire, intéressait la gencive maxillaire et mandibulaire. Le sondage des poches périimplantaires atteignait 8 à 10 mm et la résorption osseuse horizontale atteignait 3 à 4 mm. Un traitement parodontal permit d'atteindre des sondages de 4 à 5 mm. Par la suite, un implant remplaça la dent 34 et, ultérieurement, la dent 46. La muqueuse buccale se révéla fragile pendant les interventions et des érosions apparurent post-opératoirement. La cicatrisation fut prolongée mais sans événement ultérieur particulier.

Le deuxième cas était celui d'une femme de 68 ans présentant un LPB asymptomatique de type essentiellement réticulaire avec des zones atrophiques chez laquelle un implant remplaça la dent 11. L'important déficit osseux alvéolaire nécessita la mise en place d'un greffon autologue provenant de la tubérosité, sept mois avant l'insertion de l'implant. Trois ans plus tard, des clichés rétroalvéolaires indiquèrent une résorption osseuse intéressante la première couche de filetage implantaire. Des signes de LPB atrophiques étaient manifestes au niveau gingival et associés à des poches de 2 à 3 mm. La face vestibulaire de la couronne présentait des signes d'inflammation de la muqueuse.

Le troisième cas était celui d'une femme de 79 ans présentant un LPB asymptomatique atrophique et sans érosions situé principalement sur la gencive et la muqueuse alvéolaire maxillaire et mandibulaire. Le diagnostic avait été posé 20 ans avant l'insertion d'implants sur les sites 12 à 14, 36 et 37. Les tissus périimplantaires présentaient une légère inflammation associée à une discrète résorption osseuse.

Le LPB a été traditionnellement considéré comme une contre-indication en implantologie par crainte d'un manque d'adhésion épithéliale à la surface de titane. L'application topique de corticostéroïdes a cependant permis de gérer efficacement des exacerbations occasionnelles de l'affection, permettant d'éviter un échec thérapeutique.

Le nombre de cas documentés reste toutefois insuffisant et les études à long terme limitées. Les trois cas présentés ici indiquent qu'un LPB n'est pas une contre-indication absolue en implantologie.

Michel Perrier, Lausanne

Cariologie

Khoo G et al.:

Cariogenic virulence characteristics of mutans *Streptococci* isolated from caries active and caries-free adults
Calif Dent Assoc J 33: 973-980, 2005

Le *Streptococcus mutans* (SM) est la cause bactérienne majeure de la carie dentaire chez l'être humain. Nombreuses sont les études montrant que les taux salivaires du SM ont une relation positive entre la prévalence de la carie ou le développement futur de caries. Les mesures salivaires du SM permettent d'évaluer le risque de développer des caries même si certains individus présentant un taux élevé ne développent pas pour autant de caries. Il est probable que la virulence varie en fonction des souches. Cette étude a mesuré les souches de SM chez des patients présentant des caries (groupe actif) et chez des patients en étant exempt (groupe exempt) en analysant l'aciduricité, l'acidogénicité et la capacité de synthèse de polysaccharides extracellulaires.

L'aciduricité est la capacité de vivre dans un milieu acide alors que l'acidogénicité est la capacité de produire de l'acide. Tous deux sont des facteurs de virulence cariogène.

Des échantillons salivaires prélevés chez 17 participants du groupe actif présentaient

43 souches de SM. 8 des 12 membres du groupe exempt présentaient 14 souches de SM. L'acidogénicité et l'aciduricité furent évaluées. Des cultures de SM dans une solution de 5% de saccharose furent testées pour en déterminer le taux de polysaccharides extracellulaires par colorimétrie. Mesurée en fonction de l'aciduricité, l'acidogénicité et la synthèse des polysaccharides, la virulence des souches du groupe actif s'avéra plus élevée que celle du groupe exempt. En comparaison du groupe exempt de caries, les volontaires du groupe actif présentaient de multiples souches de SM dotées de valeurs moyennes élevées des trois paramètres examinés.

La carie dentaire est une affection bactérienne mais certaines souches de SM présentent une virulence plus importante que d'autres. Les souches hautement actives sont très probablement transmises des parents ou d'autres personnes aux enfants. Les enfants présentant une forte activité carieuse devraient être traités en fonction de l'activité bactérienne et de la transmission de ces souches plus actives. Le traitement antibactérien comme l'utilisation de chlorhexidine chez des parents et des enfants plus âgés est une mesure pratique dans le contrôle des souches bactériennes virulentes.

Toutes les souches de SM ne sont pas pareilles. Elles varient dans leur pathogénicité. Il peut être bénéfique de déterminer quels patients sont porteurs de souches virulentes mais en prévenir la transmission à des individus non infectés et le traitement antimicrobien par de la chlorhexidine reste une approche plus pragmatique.

Michel Perrier, Lausanne

Votre vieil or peut redonner la vue



Une bague non portée, une chaîne, des dents en or... Autant d'objets qui peuvent aider à lutter contre la cécité dans les pays du Tiers-Monde.



Envoyez vos dons à:

CRS, Action Vieil or pour redonner la vue, Rainmattstr. 10,
3001 Berne, CP 30-4200-3, www.redcross.ch

Croix-Rouge suisse 

Endodontie

Hugh C L et al.:

Evaluation of intracanal sealer distribution with 5 different obturation techniques

Quintessence Int 36: 721-729, 2005

Les agents de scellement (AS) sont essentiels dans toute obturation canalair. S'abstenir d'en utiliser, c'est exposer le site à une percolation intensive. Cependant, le fonctionnement des AS n'est pas encore vraiment bien compris. On assume qu'ils forment une barrière continue en liant le matériau d'obturation utilisé à la paroi canalair. Cette supposition ne se vérifie pourtant pas continuellement. Cette étude a évalué la technique de 5 systèmes d'obturations pour déterminer les réseaux de distribution de l'AS entre le matériau d'obturation et la paroi canalair.

5 groupes de 20 dents furent répartis à partir de 100 monoradiculées extraites. Les 5 techniques étudiées comprenaient la condensation verticale, Obtura II, System B, SimpliFill et Thermafil Plus. Elles furent comparées à la condensation latérale effectuée sur 5 dents supplémentaires. Les recommandations des fabricants furent suivies dans le choix de la technique instrumentale et celui du scellement. Une fois l'obturation terminées, les dents furent soumises à une température de 37 °C et à 100% d'humidité pendant quatre mois. Elles furent ensuite longitudinalement partagées en deux et examinées au moyen d'un stéréomicroscope afin de détecter la continuité du ciment de scellement entre la gutta-percha et la paroi canalair. Cette continuité fut évaluée de «moindre» (0 à 1/3), «faiblement partielle» (1/3 à 2/3), «hau-

tement partielle » ($2/3$ à $9/10$) à « complète » ($9/10$ à $10/10$).

Tous les groupes présentaient une continuité incomplète. Les zones les moins bien scellées intéressaient l'interface paroi canalalaire-dentine et les espaces entre les cônes. Les résultats les plus satisfaisants

furent obtenus avec SimpliFill, suivi de System B.

La nécessité d'améliorer un scellement adéquat reste un objectif à atteindre car le comportement des AS ne correspond pas aux attentes. Il n'existe pas de scellement efficace tant au niveau de la continuité

externe qu'entre les cônes de gutta-percha. Cette étude n'a pas pu démontrer l'herméticité du scellement canalalaire, même en utilisant 5 systèmes différents. Le scellement adéquat mérite des progrès.

Michel Perrier, Lausanne

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed
Innerhalb der Zeitschrift: SMFZ
Pour les indications dans les bibliographies: Rev Mens Suisse Odontostomatol
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

Redaktion «Forschung · Wissenschaft» / Rédaction «Recherche · Science»

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Jürg Meyer, Institut für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie,
Universitätskliniken für Zahnmedizin, Hebelstr. 3, CH-4056 Basel

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belser, Genève; Prof. Dr. Peter Hotz, Bern; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Zürich

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

Anna-Christina Zysset, Bern
Deutschsprachige Redaktoren:
Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern; Dr. Felix Meier, Zürich; Thomas Vauthier, Rheinfelden

Responsables du groupe rédactionnel romand:

D^r Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne
D^r Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercole Gusberti, Lugano; D^r Serge Roh, Sierre

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMFZ 1/2007, S. 61 (Forschung · Wissenschaft S. 19–24) und auf der SSO-Webseite aufgeführt.
Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/2007, p. 63 et sur la page d'accueil de la SSO.
Instructions to authors see SMFZ 1/2007, p. 66.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Präsident / Président: Dr. med. dent. Ulrich Rohrbach, Niederscherli
Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 7
Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förrlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 04, Telefax 043 444 51 01
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.
Insertionsstarife / 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 63 44

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 284.80*
Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants	Fr. 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 33.75*
* inkl. 2,4% MWST / 2,4% TVA incluse	
Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 298.–
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 33.–
	+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 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.

Auflage / Tirage: 5250 Exemplare; WEMF-beglaubigte Auflage 2005: 4934 Exemplare
ISSN 0256-2855