

Traitement de la douleur dans un contexte interculturel

Anna-Christina Zysset

Etant donné l'augmentation du nombre d'immigrés, il est de plus en plus important de considérer la douleur dans un contexte interculturel. Une approche explicitement individuelle et axée sur la personne prend en compte les facteurs biographiques, familiaux et culturels.

L'expérience et la gestion de la douleur sont liées à des modèles culturels. Ce phénomène est-il abordé dans la consultation interdisciplinaire sur la douleur?

Il est certain que les individus sont marqués par leur culture et leurs valeurs religieuses. Il n'en reste pas moins que les prises de position personnelles se multiplient. Notamment en Suisse, nous observons dans ce domaine que la migration joue un rôle plutôt secondaire. Ainsi, les convictions religieuses (souffrance et douleur considérées comme punition et expiation) des personnes originaires de Suisse, de confession chrétienne, peuvent aussi s'opposer à la conception biomédicale de la maladie, indépendamment du statut social.

En conséquence, le traitement psychologique de la douleur tel que nous l'appliquons au ZZMK vise une approche explicitement individuelle, axée sur la personne. Il prend en compte les facteurs biographiques, familiaux et culturels. Mais le principal objectif du traitement est de faire comprendre comment la douleur apparaît et comment il est possible d'agir sur elle.

Comment procédez-vous concrètement?

Un entretien personnalisé avec les patients dûment informés permet de discuter et de déterminer des méthodes de modulation de la douleur, soit non médicamenteuses et/ou pharmacologiques, soit, le cas échéant à la chirurgie.

Comment maîtrisez-vous le problème de la langue?

Lorsque la compréhension se heurte à la barrière de la langue et que les possibilités d'expression sont très limitées en allemand, en cas de besoin, dans l'agglomération de Zurich, on fait appel à des professionnels parlant une langue étrangère. Il convient de souligner que chez les migrants, il est souvent particulièrement important d'associer la famille au traitement, car on constate dans le système familial de nombreuses ressources comme de nombreux freins à la guérison (utilité de la douleur). ■

seulement appel aux investigations du dentiste mais aussi à celles des médecins de différentes disciplines, ainsi qu'à celles de psychologues et de physiothérapeutes. Cette coopération interdisciplinaire ne profite pas seulement au patient. Elle favorise aussi une réflexion plus souple et une évaluation plus globale pour déterminer les efforts à mener et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir dans les centres antidouleur actuellement connus. La consultation antidouleur est rattachée au département des troubles fonctionnels de la mastication, des reconstructions amovibles et de la médecine dentaire pour les personnes âgées et handicapées.

Comment est-on orienté vers ce service?

Pour des raisons de capacité, les patients ne sont examinés dans le cadre de la consultation interdisciplinaire antidouleur que sur recommandation d'un dentiste ou d'un médecin. Un bref questionnaire à remplir par le patient permet de rassembler préalablement les informations sur le tableau des douleurs. Ainsi, lors de la consultation dans le service, l'accent est directement mis sur la demande principale.

Pouvez-vous décrire brièvement le déroulement d'une consultation?

Dès que les informations du patient arrivent au secrétariat, on convient d'un rendez-vous. Suivant la complexité, la première consultation clinique dure entre 60 et 90 minutes, parfois plus longtemps. Elle comprend un entretien approfondi avec notre équipe médicale, ainsi qu'un examen clinique détaillé. Puis on remet une première évaluation sommaire (écrite) au département qui nous a adressé le patient, avec une hypothèse de diagnostic et des propositions de traitement. Au besoin, on prévoit des examens plus approfondis, avec radiologie et tomographie, prises de sang et conversations avec des spécialistes d'autres disciplines. A la fin du traitement, un rapport final est rédigé.

Pouvez-vous donner quelques exemples sans être trop technique?

Les diagnostics les plus fréquents concernent les douleurs et les troubles fonctionnels de l'articulation temporo-maxillaire. Souvent, on constate aussi des maux de dents qui n'ont pas d'origine dans la zone de dentition, bien qu'ils soient perçus à cet endroit-là. On peut en outre parler des modifications le long des nerfs dentaires et faciaux, comme les tumeurs et les troubles vasculaires. Bizarrement il n'est pas non plus rare de voir apparaître une sorte

Douleur, calme-toi!

Source: «Zahnstocher» 4/06

Au printemps 2005, une consultation interdisciplinaire antidouleur a été mise en place, en coopération avec les différents départements du ZZMK. Lorsque les spécialistes des diverses disciplines procèdent à l'examen et au diagnostic en un seul et même lieu, cela soulage certes le patient mais c'est aussi moins onéreux. Sans compter que cela développe les compétences thérapeutiques, et les responsables de la formation professionnelle et continue estiment que cela développe les compétences thérapeutiques.

Dominik Ettlin est interviewé par Bruno Rauch.

Pourquoi une telle structure est-elle nécessaire? L'examen des dentistes concernés des différents services ne suffit-il pas?

De nombreux patients souffrent de douleurs dans les zones de la bouche, du visage et de la mâchoire et cela a une incidence sur leur qualité de vie. Généralement, la plupart des symptômes de douleurs aiguës peuvent être traités dans les différents départements, à condition qu'un diagnostic correct soit posé assez tôt. En

revanche, si aucune cause ne peut être clairement établie comme origine de la douleur, le diagnostic doit être élaboré dans le cadre d'une coopération persévérante et progressive avec les patients. En effet, ils décrivent souvent de nombreux symptômes cliniques qui peuvent être attribués à des tableaux cliniques variés.

Cela signifie-t-il que les diagnostics ne relèvent pas uniquement de la médecine dentaire?

Tout à fait! Et pour apprécier correctement ces informations complexes, on ne fait pas



+ M-SG® Star 1 et 2
combinent la forme et la fonction
pour une sécurité optimale.

- + Auto-centrage, donc facile à insérer pour le patient
- + Gain d'espace de 23-30 % grâce au design compact
- + Optimise l'esthétique
- + Répartiteur de forces intégré

www.cmsa.ch/dental

de douleur fantôme après les accidents, le traitement des racines ou les extractions dentaires. Les maux de tête classiques comme les migraines peuvent pareillement s'exprimer comme des douleurs dentaires confuses.

Les douleurs et leurs causes sont apparemment très complexes?

C'est le cas. N'oublions pas non plus que certaines personnes sont particulièrement sujettes aux douleurs continues. Cette prédisposition individuelle s'explique par des facteurs biologiques (prédisposition génétique par exemple) et psychosociaux. Les contraintes perpétuelles comme le manque de temps, les problèmes relationnels, les soucis professionnels, financiers, ou familiaux et autres pressions de même nature sont souvent étroitement liées aux douleurs chroniques. Il est aussi fréquent de constater que le démarrage des douleurs correspond à des événements difficiles comme la perte d'une personne de confiance ou d'un travail, qui impliquent une réorientation fondamentale de l'existence.

Est-ce la raison pour laquelle des psychologues sont associés à l'équipe thérapeutique?

Oui. Cela fait plusieurs années déjà que le professeur Palla, à Zurich, a commencé à intégrer la psychologie de la douleur. C'est pourquoi il est à juste titre considéré comme un pionnier par les milieux spécialisés. L'objectif d'un traitement psychologique de la douleur est d'une part de la gérer pour la surmonter. D'autre part, la dépression, l'anxiété et autres troubles psychiques qui l'entretiennent et la renforcent sont traités en parallèle à l'aide de la psychothérapie. Dans le cas de patients souffrant de douleurs chroniques, la thérapie comportementale et cognitive est aussi souvent employée. Elle vise à modifier la gestion de la douleur, c'est-à-dire l'attitude et le comportement adoptés face à elle.

Cela implique que le patient soit associé au traitement?

C'est exact. Nous recommandons par exemple au patient de tenir un véritable journal de la douleur. Ce dernier révèle que l'intensité varie au fil des jours et des semaines et parfois ces notes permettent d'identifier des facteurs susceptibles de faire disparaître ou d'atténuer la douleur. Le traitement est alors discuté et appliqué en conséquence au sein de l'équipe interdisciplinaire. Outre les médicaments qui réduisent la douleur, on prescrit une thérapie de relaxation, notamment pour les

Photo: Bruno Rauch



Le team interdisciplinaire

patients qui ne savent pas se détendre. Pour aider ceux qui ont une mauvaise perception de leur corps à faire ces exercices, on peut en plus avoir recours au biofeedback. Grâce à ce procédé, le patient reçoit des signaux optiques ou acoustiques liés à ses fonctions corporelles gé-

néralement exercées de façon inconsciente. Par exemple, la tension musculaire de la mâchoire est mesurée grâce à une électrode de surface et est directement traduite en graphique à l'écran. Cela permet au patient de relâcher activement la tension douloureuse. ■

Nouveau certificat de formation complémentaire «Médecine dentaire générale SSO»

«Il offre également des avantages au niveau de la concurrence»

Interview: Felix Adank, service de presse et d'information SSO

A partir de l'été 2007, les médecins-dentistes généralistes intéressés peuvent obtenir le certificat de «médecine dentaire générale SSO». La RMSO a rencontré le président de la commission de formation complémentaire concernée CPQ, le Dr Jean-Louis Heinzmann et l'a interrogé au sujet des exigences et les motifs de ce nouveau certificat de la SSO.

Monsieur Heinzmann, vous êtes le président de la commission pour le nouveau certificat de formation complémentaire «Médecine dentaire générale SSO» – qu'est-ce qui vous avait motivé à devenir médecin-dentiste?

Mon père était ingénieur électricien chez Alusuisse – j'ai pu constater de près combien il pouvait être difficile de se réaliser dans le cadre d'une hiérarchie strictement établie. Il en est résulté mon désir d'indépendance. Dans mon enfance j'aimais aussi bricoler des meubles. J'appréciais le travail manuel et, en plus de mon intérêt pour la médecine, le choix de la profession s'est pratiquement imposé de lui-même.

Qu'est-ce qui vous a motivé, à la suite de vos études, à obtenir le titre de médecin-dentiste spécialiste en chirurgie orale, reconnu par la Confédération?

Pour moi, le chemin vers la chirurgie médico-dentaire s'est facilement imposé. En 1991, j'ai occupé un poste d'assistant à la clinique de médecine dentaire de l'Université de Zurich. J'ai été ensuite, de 1993 à 1996, assistant aîné, chargé d'enseignement, dans ce service. A cette époque, la formation pré-graduée était très étendue – il n'y avait pas encore de titre de médecin-dentiste spécialiste. Mon domaine spécialisé, celui de la chirurgie orale, a été attribué par la SSO pour la première fois en 2001, sous un régime transitoire et n'a été reconnu officiellement par l'Office fédéral de la santé publique qu'en 2003.

Est-ce que les patients s'adressent à vous parce que vous avez un titre de spécialiste ou parce que vous êtes médecin-dentiste?

La plupart des personnes s'adressent à moi parce qu'elles ont besoin d'un traitement dentaire habituel. Elles connaissent mon titre de spécialiste, mais ne savent en général pas à quoi il correspond. Les cas qui concernent mon domaine spécialisé me sont notamment transmis par des collègues. A Viège, là où mon cabinet est situé, je ne pourrais pas vivre exclusivement de la chirurgie orale.

Quelle est la raison qui vous pousse, vous le spécialiste, à vous engager en faveur d'un certificat de formation complémentaire en médecine dentaire généraliste?

Il y a sept ans, on m'a proposé de collaborer dans cette nouvelle commission pour l'attribution de ce certificat, qui venait d'être créé – à cette époque, les responsables étaient à la recherche de médecins-dentistes en formation pré- et postgraduée, représentant les différentes orientations professionnelles. Mon engagement correspond également à mon intime conviction: celui qui, en qualité de praticien généraliste, consacre du temps à sa formation continue, doit pouvoir l'attester par un certificat aux yeux de ses patientes et patients. Les études de médecine dentaire ne mènent en effet qu'à l'acquisition du bagage de base et des connaissances techniques – certaines compétences importantes ne seront acquises que plus tard.

Quel a été le motif qui a déterminé la SSO à créer ce certificat de formation complémentaire?

Lorsque les titres de médecins-dentistes spécialistes ont été créés, un grand nombre de membres de la SSO ont eu l'impression que les facultés universitaires de médecine dentaire n'allaient former plus que des spécialistes. La SSO entend aller contre cette tendance: le médecin-dentiste généraliste remplit une fonction importante, il constitue la véritable base de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie. Le nouveau certificat correspond à la reconnaissance et à la mise en valeur de l'activité et de la formation continue structurée du médecin-dentiste synoptique. Il n'existe pas de société de spécialistes qui serait en mesure d'attribuer au médecin-dentiste praticien généraliste un tel certificat – c'est donc à la SSO qu'il incombe de le faire.

N'y a-t-il pas une contradiction entre certificat de formation complémentaire et médecine-dentaire généraliste?

Non. Les médecins-dentistes doivent eux-aussi pouvoir obtenir un certificat de la

SSO attestant d'une formation post-graduée sur des bases élargies – la Fédération des médecins suisses, la FMH, attribue un titre identique sous la forme du titre spécialiste en médecine générale. Ce qui est important, c'est que les médecins-dentistes praticiens soient en mesure de reconnaître leurs limites et de savoir quand ils doivent adresser les patients à leurs collègues spécialistes. Cette fonction de triage est surtout importante dans les agglomérations. Dans les régions à faible densité de population, il n'est pas toujours possible de s'adresser à un spécialiste.

Qu'est-ce qui distingue ce certificat SSO de formation complémentaire des trois autres, ceux de pédiatrie, d'endodontie et de médecine dentaire préventive et restaurative?

La formation complémentaire du médecin-dentiste généraliste s'étend aux trois domaines d'activité des disciplines spécialisées mentionnées – mais pas dans la même mesure ni la même intensité que celles qui sont exigées de la part des porteurs du titre de spécialiste.

Qu'est-ce qui distingue un médecin-dentiste généraliste au bénéfice du certificat de la SSO d'un autre qui ne l'a pas?

Du point de vue économique et pour le patient, il n'y a pas de différence – c'est pour eux-mêmes que les médecins-dentistes acquièrent le titre. Ils mettent ainsi en évidence leur engagement en faveur d'une médecine dentaire en réseau et synoptique. Ce qui est important: les étudiants et les étudiants en médecine dentaire peuvent, dès maintenant, suivre un tel curriculum après l'obtention de leur diplôme fédéral. Ils ont ainsi la possibilité d'apprendre la gestion d'un cabinet de médecine dentaire comme celle d'une PME.

Quel est le contenu de cette formation complémentaire?

Le catalogue des matières est très étendu, il couvre tant la médecine dentaire que ses aspects économiques. Il y a au total six groupes spécialisés principaux dans lesquels une formation complémentaire équilibrée doit être attestée (voir encadré p. 427): ils vont de la gestion du cabinet (PME), à la médecine générale et la stomatologie, jusqu'aux disciplines spécialisées telles que la pédodontie et la médecine dentaire scolaire ou l'orthodontie. Il nous a paru important de respecter une répartition réaliste et équilibrée: toutes les disciplines spécialisées sont également importantes, aucun domaine ne doit être artificiellement gonflé.

Est-ce que les membres praticiens de la SSO peuvent eux-aussi dès maintenant déjà obtenir ce titre?

Le règlement prévoit, pour les médecins-dentistes généralistes, durant la phase de transition, la possibilité de faire certifier leur certificat de formation continue des quatre dernières années.

Ce sera possible à compter de la seconde partie de l'année en cours: les membres de la SSO qui seraient intéressés pourront demander en temps utile la documentation auprès du secrétariat. Les formations continues exigées devront figurer sur un formulaire et seront adressées pour examen, en même temps que les attestations correspondantes. Dès que les émoluments auront été acquittés, le contrôle par le secrétariat de la SSO aura lieu – les cas litigieux seront examinés par une commission compétente. Le comité décide ensuite au sujet de la reconnaissance. C'est la commission de recours de la formation complémentaire de la SSO qui décide dans le cas d'éventuels recours.

Combien coûtera le certificat de formation complémentaire?

D'après le règlement, le certificat «médecine dentaire générale SSO» doit être en mesure de couvrir les frais qu'il génère. Je compte avec des émoluments se situant entre 500 et 1000 francs. Il s'agit d'un in-

vestissement de peu d'importance en comparaison de celui exigé par les titres de spécialiste FMH, qui peuvent atteindre plus de 4000 francs.

Les médecins-dentistes qui ont une activité d'assistants universitaires peuvent-ils eux-aussi obtenir ce certificat?

Evidemment – le temps de formation complémentaire dans les cliniques universitaires, ainsi que la théorie dispensée dans ce cadre, sont pris en compte. Il existe toutefois une condition supplémentaire, qui consiste en une année d'activité sous sa propre responsabilité en qualité d'assistant aîné, directeur de clinique ou dans le cadre de son propre cabinet.

Pensez-vous être en mesure de trouver un nombre suffisant de formateurs?

Je le pense – le propriétaire d'un cabinet devra toutefois accepter de consacrer du temps à la formation complémentaire de son assistant. Son investissement en temps sera payé en retour: il va bénéficier d'un coaching de la SSO, d'échanges réguliers avec d'autres formateurs de la SSO et, ce qui n'est pas la moindre des choses, d'un avantage en terme de concurrence par la collaboration dans son cabinet d'une force de travail qualifiée. A côté de cela, un certain niveau d'idéalisme est également exigé. De mon côté, je me



Photo: «KB photo-atelier»

D^r Jean-Louis Heinzmann

Né le 11 mai 1963 à Zurich. Ecoles: Sierre, États-Unis, Zumikon et Zurich. Marié, quatre enfants âgés de un à huit ans. Propriétaire d'un cabinet à Viège (VS). Hobbies: alpinisme (tours à ski et varappe), vélo, jogging.

1983–1988	Etudes de médecine dentaire à l'Université de Zurich.
1989–1991	Assistant à la clinique dentaire scolaire de la ville de Zurich.
1991–1992	Assistant à la polyclinique de chirurgie orale du Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZZMK) de l'Université de Zurich et doctorat en médecine dentaire.
1992–1993	Assistant à la Volkszahnklinik du canton de Zurich.
1993–1996	Assistant aîné et directeur a.i. chargé d'enseignement à la Poliklinik für Orale Chirurgie du Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde de l'Université de Zurich (ZZMK).
1996–1997	Activité de médecine dentaire dans le cadre du cabinet privé du D ^r P. Heuzeroth à Winterthour.
Depuis 1997	Activité de médecine dentaire dans son propre cabinet à Viège avec orientation spécialisée en chirurgie orale.

Le certificat de formation complémentaire «Médecine dentaire générale SSO»

Le certificat de formation complémentaire «Médecine dentaire générale SSO» atteste de la reconnaissance de l'activité compétente du médecin-dentiste synoptique. Ce nouveau certificat est exclusivement réservé aux membres de la SSO. Les autres exigences pour l'obtenir sont les suivantes:

- Diplôme suisse de médecin-dentiste ou diplôme considéré équivalent par les autorités fédérales.
- Documentation d'une formation complémentaire structurée d'au moins trois ans, dans différents domaines spécialisés de la médecine dentaire, dans des cliniques universitaires ou de lieux de formation certifiés par la SSO.
- Documentation d'une formation complémentaire théorique orientée en fonction du catalogue des matières.
- Documentation d'une activité en cabinet sous sa propre responsabilité ou indépendante durant un an au minimum (p. ex. en tant que médecin responsable, chef de clinique, responsable de clinique, remplaçant de cabinet).
- Reconnaissance des lignes directrices de la SSO au sujet de la qualité et mise en œuvre de celles-ci dans son propre cabinet (déclaration sur l'honneur).

Afin de permettre à des membres praticiens de la SSO d'obtenir également le certificat complémentaire, la réglementation transitoire suivante est en vigueur pour la documentation:

- Documentation d'au moins 120 heures de formation complémentaire et continue structurée au cours des quatre années précédentes, dans les domaines selon le catalogue des matières, dont 80 heures dans des manifestations organisées par la SSO, les sections de la SSO, les sections spécialisées de la SSO ou des centres universitaires de médecine dentaire (Suisse, UE).
- Connaissances théoriques dans tous les domaines cliniques, administratifs et d'économie d'entreprise de la médecine dentaire (selon le catalogue des matières), ainsi qu'une activité personnelle dans la majorité des domaines cliniques (déclaration sur l'honneur).
- Documentation d'une activité de cabinet sous sa propre responsabilité ou indépendante durant deux ans au minimum.

Le catalogue des matières comprend les groupes spécialisés suivants:

1. Médecine générale et stomatologie
2. Diagnostic et planification
3. Chirurgie orale, parodontologie et implantologie (chirurgicale)
4. Restauration orale et reconstruction
5. Médecine dentaire spéciale
6. Gestion du cabinet (PME)

Le certificat de formation complémentaire est attribué pour une période de sept ans, il doit être à nouveau demandé avant son échéance. Les exigences pour la recertification correspondent à la réglementation transitoire pour les membres praticiens de la SSO.

mettrai à disposition, le travail avec de futurs médecins-dentistes représente un enrichissement évident et il assure la liaison avec l'enseignement et la recherche universitaires.

Quel est le nombre de cabinets certifiés exigé par ce certificat de formation complémentaire? Pour l'ensemble de la Suisse, je compte sur environ 100 lieux de formation complémentaire, en tenant compte également des cliniques dentaires scolaires et des instituts de médecine dentaire. La création de ces lieux de formation ne sera pas facile: la formation complémentaire exige un sacrifice financier, tant de la part des

formateurs que de ceux qui veulent la suivre. On constate, aujourd'hui déjà, une nette tendance vers une formation complémentaire rémunérée en partie seulement. Ainsi, les postes d'assistants dans les cliniques dentaires des universités sont de plus en plus fréquemment fractionnés, permettant ainsi la création d'un plus grand nombre de postes de formations.

Vous attendez-vous à une ruée en faveur de ce certificat?

Cette offre nouvelle va certainement éveiller de l'intérêt – je ne compte toutefois pas sur une ruée. La demande pour ce certificat de formation complémentaire



Photo: «KB photo-atelier»

D^r Heinzmann dans son cabinet dentaire

sera sûrement plus grande dans les agglomérations, puisqu'il garantit un avantage en termes de concurrence – notamment en rapport avec la concurrence de plus en plus grande en provenance de l'UE.

Comment les patientes et patients prendront-ils connaissance de ce certificat?

Les différents propriétaires de cabinet devront en informer leurs patientes et patients – dans la commission spécialisée nous allons discuter des moyens appropriés. Le certificat de formation complémentaire peut exercer le même effet que celui d'une certification ISO: il atteste du fait que l'on se préoccupe d'un traitement dentaire optimal, ainsi que des procédures pour y arriver.

Allez-vous demander ce certificat?

En ma qualité de médecin-dentiste spécialiste, je vais continuer de mettre au premier plan mon titre de spécialiste. Je suis satisfait toutefois pleinement aux exigences du certificat complémentaire «Médecine dentaire générale SSO», je préfère poursuivre mon activité au sein de la commission spécialisée. ■



«Hé, les jeunes ...»

Peter Jäger

... envoyez promener les caries.» C'est sous ce slogan que s'est déroulée l'année dernière, pour la deuxième fois après 2004, la campagne Santé buccale en Suisse. La campagne s'adressait à des enfants âgés de 11 à 12 ans, ainsi qu'à leurs parents, elle mettait l'accent sur les caries et les érosions. Les organisations responsables parrainant la campagne étaient la Recherche elmex® et la SSO. L'association Swiss Dental Hygienists n'intervenant plus au cours de l'année sous rapport.



Santé et bonheur parfaits

Swisslos, ainsi que les cantons d'Argovie, Bâle-Campagne, Berne, Lucerne, Nidwald et St-Gall avaient accordé un soutien financier à la campagne. Trisa of Switzerland avait mis gratuitement 80 000 brosses à dents à disposition, ce qui a massivement mis notre campagne en évidence. SIGG Switzerland SA a produit des bouteilles à prix réduit que nous avons pu remettre à titre de prix pour le concours. Il faut remercier tout spécialement la Fondation pour les monitrices dentaires scolaires et le Dr Giorgio Menghini de leur précieux soutien professionnel.



Santé buccale en Suisse



«Distributeur de caries» en pleine cour d'école

Un objectif ambitieux

La campagne a été mise en route dans les classes de 5^e et 6^e années primaires dans l'ensemble de la Suisse, ce qui a été rendu possible grâce à la participation de plus d'un millier de monitrices dentaires scolaires. Les enseignants et les parents

étaient également concernés, ainsi que des cabinets dentaires, des drogueries et des pharmacies. La médecine dentaire scolaire, dont l'organisation et la mise en œuvre sont sous l'autorité des différents cantons, prend en charge environ 160 000 enfants de ce segment d'âges, parmi lesquels environ la moitié a pu être atteinte par la campagne.

Ce qui peut sembler à la lecture simple et évident a exigé un travail préparatoire considérable: une unité d'enseignement adaptée au thème a été créée pour les monitrices dentaires scolaires, dans toute la Suisse. Elles ont reçu, au cours d'une manifestation, une information sur le projet; le site web www.mundgesund.ch a dû être réactualisé et adapté; des affiches pour les écoles et des flyers pour les parents ont été conçus; les médias ont reçu du matériel sous forme de textes et d'images; un gadget a été trouvé sous la forme d'un étui pour les écoliers; et, enfin, un concours a été organisé à la suite duquel un prix a été attribué, l'enregistrement, dans un studio professionnel, du meilleur «rap dentaire» proposé par une classe d'école.

Un projet bien accepté

Comme ce fut déjà le cas à l'occasion de la campagne de 2004, il a été possible de constater cette fois-ci également, que les thèmes touchant à la prophylaxie médico-dentaire sont très bien reçus par le personnel enseignant concerné, à condition toutefois que les contenus soient présentés sous une forme attrayante et facilement utilisable dans le cadre de l'école. Il y a lieu de se réjouir tout particulièrement de l'engagement des monitrices dentaires scolaires. Devant toutes ces considérations nous pouvons dire que les moyens importants nécessités pour la mise en œuvre d'une telle campagne ont été bien investis. ■



Les dents des enfants n'aiment pas le sucre



Des plats sains pour tous les goûts

Mesures pour empêcher les cambriolages des cabinets dentaires

Bruno Metzger, Chef de la prévention de la criminalité, police cantonale de Saint-Gall Images de la brochure sur la Prévention Suisse de la criminalité (SKP) «Échec aux cambrioleurs»

Ces derniers mois, la police a enregistré une augmentation du nombre de vols avec effraction dans les cabinets dentaires. La police cantonale vous conseillera volontiers sur des questions de sécurité.

Le matin suivant ces actes commis avec impudence, les victimes constataient que presque tous les appareils médicaux avaient été démontés de façon plus ou

moins professionnelle avant d'être emmenés. La police suppose que les coupables sont restés pour cela un long moment dans le cabinet et qu'ils ont utilisé un véhicule approprié pour transporter l'objet du délit. Les assurances prennent les dommages en charge, les démarches à mener en cas de sinistre ne sont guère agréables.



moins professionnelle avant d'être emmenés. La police suppose que les coupables sont restés pour cela un long moment dans le cabinet et qu'ils ont utilisé un véhicule approprié pour transporter l'objet du délit.

Les cabinets dentaires touchés ont souvent dû fermer durant plusieurs jours. De plus, ces appareils spécialisés peuvent être soumis à des délais de livraison de plusieurs mois. Sans compter que même si



Des mesures pour empêcher les effractions dissuadent les malfaiteurs. Elles doivent être intransigeantes car les voleurs opèrent avec professionnalisme. Il est recommandé de faire installer par des professionnels un système d'alarmes relié à une centrale privée. Les postes de police de tous les cantons et grandes villes proposent des conseils personnalisés sur place. Grâce à leur ancrage direct dans la police criminelle, les conseillers peuvent profiter des connaissances et de l'expérience de nos collègues spécialistes du relevé des traces et des investigations. Les conseils sont indépendants et neutres. La police ne recommande aucune entreprise.

Vous trouverez les adresses des services de conseil de la police dans l'annuaire ou sur la page d'accueil de la Prévention Suisse de la Criminalité (www.kriminalpravention.ch).

Les consultations sont gratuites pour la plupart. Si vous êtes intéressés par des conseils, veuillez vous adresser à la police responsable de la zone où se situe votre cabinet.

La police a besoin d'être rapidement informée de toute constatation suspecte. ■

CLIN D'ŒIL DU PASSÉ



Quel matériau d'obturation au XIX^e siècle?

Xavier Deltombe¹ et Yves Léon²

Adaptation, rédaction, commentaires et illustrations de Thomas Vauthier

A partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, nous voyons apparaître différentes revues comme moyen de communication entre nos confrères d'alors. La première de ces revues, L'Art Dentaire paraît à partir de 1857. Elle est l'œuvre de Préterre, le plus français des dentistes américains de l'époque. D'autres suivront rapidement, notamment L'Abeille publiée sous la direction d'A. Fanton) et Le Progrès Dentaire, dont sont issus les articles qui illustrent les propos ci-après. L'avantage de ces journaux est qu'ils offrent un large éventail d'auteurs aussi bien français qu'étrangers, principalement américains, anglais et allemands.



N° 1 de L'Abeille, 1862: «Le 1^{er} numéro est distribué à titre de prospectus, le second numéro ne sera adressé qu'aux abonnés.»

Quand on lit les différents articles concernant les matériaux d'obturation, la question de cette fin de XIX^e siècle est de savoir quelle substance peut-on opposer à l'or? Car force est de reconnaître que si l'or est le plus utilisé des matériaux à cette époque, son emploi reste problématique et il semble cristalliser à lui seul tous les problèmes qui puissent être rencontrés pour faire adhérer une substance dans une cavité dentaire.

Or cohésif vs or non cohésif (et non adhésif!)

Deux sortes d'or sont utilisées en dentisterie: le cohésif et le non cohésif. On doit

Les auteurs:

¹ Le D^r Xavier Deltombe, 39 avenue Georges Henry Rivière, 35000 Rennes, est Secrétaire Général de la Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire (S.F.H.A.D) et

² Le D^r Yves Léon, 4 rue de la Croix de Pierre, 35470 Bain de Bretagne, en est le Trésorier

l'introduction de l'or cohésif au D^r Robert Arthur qui l'a présenté pour la première fois en 1855. Souvent, l'or cohésif était qualifié d'adhésif! Un auteur anglais, HUNT de Londres, dans un article de 1874 dans *Le Progrès Dentaire* nous donne l'explication de cette confusion et il réclame [...] la substitution du terme cohésion au mot adhésion pour exprimer le fait qu'un fragment d'or pur s'unis à un autre fragment de l'un et de l'autre.

Le terme adhésion ne s'applique proprement dit qu'à l'union de particules dissimilaires; il ne saurait donc convenir pour exprimer l'agglutination de deux particules d'or pur.

Ce mot cohésion ne s'emploie d'une manière correcte que pour indiquer l'union réciproque de particules de nature similaire.

En fait, cette faculté cohésive permet de fouler de très fines feuilles d'or dans les dents et obtenir pour finir un bloc unitaire d'or épousant les formes des cavités.

La différence entre les deux formes d'or se fait surtout sur la dureté. L'or non cohésif est qualifié de «mou» ce qui le rend plus facile de manipulation en raison de ses propriétés d'adaptation et de malléabilité qui permettent d'obtenir une obturation plus dense qu'avec l'or cohésif.

Un article de 1892 dans *Le Progrès Dentaire*, d'un Américain, le Docteur CURTIS, de New York, résume les critères de choix entre ces ors:

«C'est, si je ne me trompe, au D^r Robert Arthur que revient le mérite d'avoir fait connaître les avantages de l'or cohésif sur l'or non cohésif. Il a publié, aux environs de 1876, un petit volume sur ce sujet, qui se répandit beaucoup et contribua à révolutionner la pratique dentaire; depuis nous avons vu s'établir une lutte acharnée entre les partisans des deux variétés d'or,

A l'heure où la grande messe du commerce dentaire, l'IDS à Cologne, bat son plein et où les représentants de tous bords ne cessent de nous vanter les avantages de leurs nouveaux composites, il est amusant de jeter un coup d'œil en arrière, par exemple au XIX^e siècle. Quels étaient les matériaux d'obturation utilisés par nos confrères d'antan? Le choix se limitait à peu de choses: l'or, les premiers amalgames d'argent et les ciments comme le phosphate de zinc. Au cours de mes pérégrinations dans les Actes de la Société française d'histoire de l'art dentaire (SFHAD), j'ai trouvé un excellent article qui résume fort bien les connaissances (forcément limitées) relatives aux principaux matériaux disponibles à l'époque et qui reflète les discussions sur leurs avantages et inconvénients.

Thomas Vauthier



Différentes sortes d'or. Document publicitaire, *Le Progrès Dentaire*, 1888.

et à quoi ont abouti les flots d'encre et tout le papier noirci? A ce que les praticiens conservateurs ont pris ce qu'il y avait de bon de chaque côté, les uns concédant que, pour les restaurations de contour, l'or cohésif était préférable, les autres que, pour les cavités à parois fragiles et aux bords cervicaux, l'or non cohésif pouvait s'enfoncer dans les interstices avec moins de danger de fracture ou de désintégration mécanique du pourtour de la cavité; et aujourd'hui bon nombre des meilleurs opérateurs emploient l'or mou aux parois cervicales et pour le corps de la cavité, et réservent l'or cohésif pour finir l'obtu-

ration et restaurer le contour, en faisant ainsi une combinaison qui est parfois désirable.»

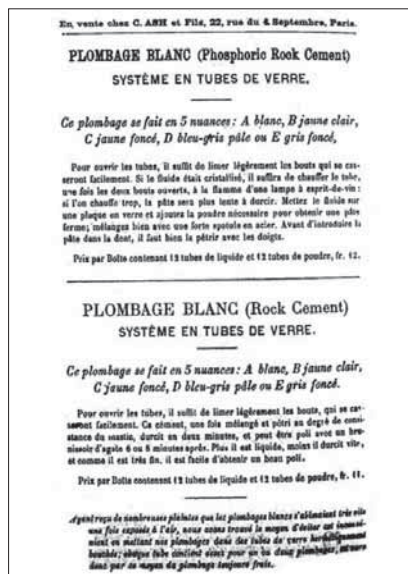
Quelles étaient les solutions de substitution face à l'or?

Le premier de ces matériaux était, bien sûr, le «plombage», terme qui a la vie dure puisque toujours utilisé à notre époque! Il semblerait que l'on regroupait sous ce terme, tous les autres matériaux d'obturation puisqu'on y retrouve les premiers amalgames mais aussi les ciments, notamment ceux au phosphate de zinc. Dans un article de 1886, paru dans *Le Progrès Dentaire*, un dénommé Dunn, de Florence, compare l'or et le ciment au phosphate de zinc.

Au début de l'article, il faut noter les interrogations de l'auteur sur l'avenir du ciment: grâce à ses avantages et à ses inconvénients, plutôt que matériau d'obturation, son usage serait plutôt celui d'un ciment de scellement des reconstitutions métalliques ou bien encore celui d'un «fond de cavité» (mauvais conducteur, présence utile aux parois, etc.). Cette notion de fond protecteur était alors une nouveauté!

Quant à l'or, il faut surtout revenir sur ses difficultés d'utilisation comme matériau de reconstitution:

– Il est difficile à insérer et son efficacité est médiocre lorsque l'aurification est mal faite: dans les causes d'échec, entre en jeu l'action néfaste de «l'humidité condensée de l'haleine et de la présence de salive ou de sécrétion gingivale». Cette humidité peut en effet induire un courant galvanique qui désagrège la dent.



Les plombages «blancs». Document publicitaire, *Le Progrès dentaire*, 1884.

– sont aussi considérés comme redoutables, tous les problèmes de rétraction que l'on tente de contrer par de subtils dosages entre les différents métaux des amalgames.

Ciment au phosphate de zinc

En vente chez C. Ash et fils, rue du 4 septembre, Paris, le «Plombage blanc» ou «Phosphoric Rock Cement» était proposé en 5 nuances: blanc, jaune clair, jaune foncé, bleu-gris pâle ou gris foncé. Teintier simple quand on pense à la gamme actuelle des composites, pour lesquels le choix et l'application par couches est devenue une véritable science...

Dans un article paru dans le *British Journal of Dental Science* comparant l'or et le ciment, on peut encore lire ceci:

«... En comparant les deux substances, il est presque inutile de faire observer que l'on doit apporter aux obturations faites avec le ciment le même soin que l'on donne aux aurifications.

Les ciments au phosphate de zinc n'étant pas encore parfaitement au point, leur emploi nécessitait d'ailleurs quelques précautions:

... Je crois que c'est une chose excellente d'introduire le ciment dans la cavité en une seule masse, autant que possible, et de laisser ensuite la masse au repos pendant plusieurs heures avant d'y toucher. Au bout d'un jour ou deux, quand le compost (sic!) est devenu tout à fait dur, il est facile d'en polir la surface sans crainte de le déranger...»

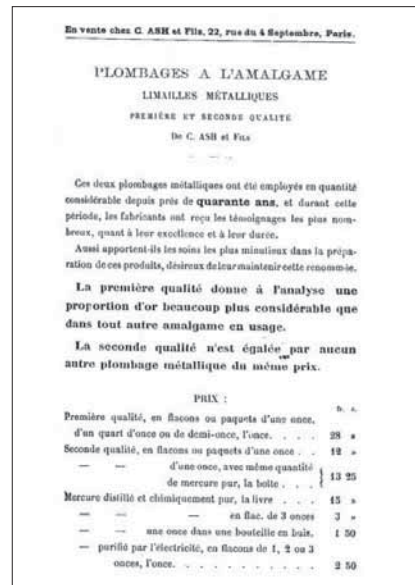
Amalgame

On notera avec intérêt que la limaille d'amalgame était proposée en deux qualités, le prix de la première étant le double de la seconde! De même, le mercure était disponible en variété «distillé et chimiquement pur» et «purifié par l'électricité».

Le mode d'emploi pour la préparation de l'amalgame n'avait d'ailleurs rien de scientifique:

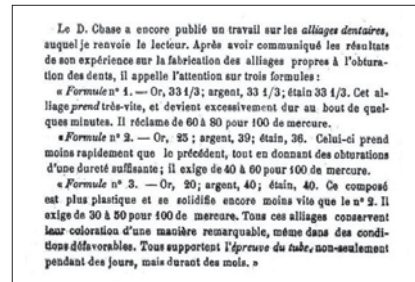
«prendre une quantité suffisante pour remplir la cavité, ajouter alors une très petite quantité de mercure, en malaxant SANS CHAUFFER dans un mortier de wedgwood, sur une plaque de verre ou sur la paume de la main, à l'aide d'une spatule...»

Les indications du Dr CHASE (voir illustration) étaient déjà moins rudimentaires, puisqu'il propose trois formules différentes, comprenant des proportions précises, toutes comprenant de l'or, de l'argent et de l'étain. Il en fournit également des indications sur les propriétés physiques et de prise. L'auteur précise même que ses for-



Plombages à l'amalgame. Document publicitaire, *Le Progrès Dentaire*, 1888.

mules avaient été testées *in vitro*: «... Tous supportent l'épreuve du tube, non seulement pendant des jours, mais durant des mois.»



Formules d'amalgame du Dr Chase, *Le Progrès Dentaire*, 1878.

Aurification

L'opération est longue et ennuyeuse pour le sujet et pour le patient. Surtout que cette aurification peut être extrêmement douloureuse: pour preuve cette citation du Dr Foster Flagg en 1878:

«Que de fois, n'ai-je pas entendu dire à des clients que leur motif pour se faire arracher leurs dents était la crainte invincible d'avoir à subir de nouveau la peine que leur avaient fait endurer les tentatives pour les conserver avec «la meilleure substance»: l'or!

L'air du temps

En 1897, la revue américaine *Items of Interest*, patronnée par la «Consolidated dental MFG Co» commence la publication d'une série de reportages intitulée: «Office and laboratory». C'est à l'initiative du Dr Rodriguez Ottolengui

de New York, nouveau rédacteur du journal, que les dentistes sont alors sollicités pour envoyer un plan, des photos et une description de cabinets considérés comme exemplaires. Ces articles constituent une documentation exceptionnelle sur les installations des dentistes américains de la fin du XIX^e siècle. Voici deux photographies d'époque, illustrant la salle d'attente et le cabinet de traitement du Dr Charles F. Allan, praticien à Newburg dans l'État de New-York.



Foyers d'or. Document publicitaire, *Le Progrès Dentaire*, 1886.



C'est dans une pièce somptueusement aménagée comme celle-ci que les patients attendaient à l'époque...



... avant d'être installés sur le fauteuil de traitement. A noter l'assistant dentaire afro-américain (on est dans l'État de New York, bien plus libéral que le reste des Etats-Unis). Autre détail cocasse: le ventilateur monté sur un socle élégant (au premier plan) qui devait servir de climatiseur...

Conclusion

Tout n'était pas encore idyllique pour les patients. Cependant, la confrontation des expériences qu'offraient les colonnes de ces revues était un élément prépondérant pour le développement éclairé de *L'Art Dentaire* en cette période d'absence d'écoles spécialisées.

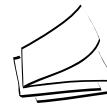
Source

<http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhad/vol7/debut.htm>

Bibliographie

Le Progrès Dentaire (Paris)
Paris Londres:
C Ash, 1874-1909
L'Abeille (Orléans), 1860 ■

REVUE



Anesthésiques locaux

Kanaa M D et al.:
Articaïne and lidocaïne mandibular buccal infiltration anesthesia: A prospective randomized double-blind cross-over study
J Endod 32: 296-298, 2006

L'articaïne est un anesthésique local fréquemment utilisé en Allemagne et en Italie. Ce produit est considéré comme comparable dans son effet à la lidocaïne associée à de l'adrénaline. Cette étude a comparé les effets de l'articaïne associée à de l'adrénaline à ceux de la lidocaïne associée à de l'adrénaline dans l'anesthésie de pulpes de premières molaires inférieures définitives après une injection tronculaire. 31 adultes volontaires subirent des injections d'anesthésiques dans une étude croisée et en double aveugle, de respectivement 4% d'articaïne et 2% de lidocaïne, toutes deux associées à de l'adrénaline à 1:100000. Ces produits furent injectés à un intervalle d'au moins une semaine. Les volontaires furent ensuite soumis à un test pulpaire électrique répété chaque 2 minu-

tes entre 0 et 30 minutes après l'injection. Le résultat fut jugé satisfaisant en l'absence de sensation pendant 2 tests consécutifs.

La moyenne d'absence de sensation pulpaire obtenue fut initialement plus élevée pour l'articaïne que pour la lidocaïne. L'articaïne permettait aussi d'obtenir deux fois plus d'épisodes d'absence de sensation que la lidocaïne. L'efficacité de l'anesthésie fut obtenue chez 20 volontaires avec une injection d'articaïne et chez 12 volontaires après celle de lidocaïne. 6 volontaires obtinrent une durée maximale d'effet (28 minutes) à l'articaïne contre 2 à la lidocaïne. La sensation de lèvres, de langue et de muqueuse anesthésiées, ainsi que le degré d'inconfort lors de l'injection furent comparables pour les deux produits. Aucun volontaire ne signala d'effets secondaires.

Le fait d'injecter de la lidocaïne à 2% ou de l'articaïne à 4% fut associé à un léger inconfort. L'efficacité d'une infiltration tronculaire s'avéra toutefois significativement plus importante avec de l'articaïne qu'avec de la lidocaïne.

Michel Perrier, Lausanne