

Enquête de la SSO «Formation postgrade en médecine dentaire en Suisse – évolution actuelle»

Rolf Hess, Markus Gubler et Marco Tackenberg

A la demande de la Commission pour la politique de la santé (CPS), le Comité de la SSO a chargé le service de presse et d'information de procéder à une enquête sur la situation et l'emploi des jeunes médecins-dentistes en Suisse. On s'intéressait tout particulièrement à la question de savoir quels emplois les diplômés des quatre institutions suisses de formation trouvaient sur le marché du travail. L'évaluation des questionnaires a donné une image peu critique: plus de 90% des médecins-dentistes ayant passé l'examen d'Etat ont trouvé un poste de formation postgrade.

1. Méthode

Pour relever la situation actuelle de la formation postgrade en médecine dentaire, la Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) a procédé au début 2007 à une enquête parmi les étudiantes et les étudiants en dernière année d'études ainsi qu'auprès des médecins-dentistes en cours de formation postgrade. Ce sont au total 570 questionnaires qui ont été envoyés. Ils étaient adressés aux étudiantes et étudiants des quatre centres universitaires de médecine dentaire à Bâle, Berne, Genève et Zurich, ainsi qu'aux médecins-dentistes qui avaient récemment terminé leurs études de médecine dentaire et qui se trouvaient alors en cours de formation postgrade. 230 questionnaires ont été remplis et renvoyés, ce qui donne un taux de réponses de 41%.

Le groupe cible a été défini à l'aide des bases de données¹ internes de la SSO. A côté des caractéristiques démographiques de l'âge, du sexe et du lieu des études universitaires, on s'intéressait en particulier à la question de savoir comment les candidats médecins-dentistes recherchaient un poste de formation postgrade et quelles étaient les stratégies de recherche qui étaient le plus prometteuses de succès. Le questionnaire a été élaboré par la CPS et son état-major, puis sa pertinence a fait l'objet d'un examen par le Comité de la SSO. Comme cette enquête avait lieu pour la première fois, il n'a été possible de procéder à aucunes comparaisons avec des relevés antérieurs. Les résultats de l'enquête reflètent une vue instantanée de la situation des étudiants et des médecins-dentistes interrogés.

2. Aperçu des personnes interrogées

Ce sont au total 230 étudiant-e-s et médecins-dentistes en cours de formation

postgrade qui ont participé à l'enquête de la SSO. 56% sont des hommes, 44% des femmes. Les âges vont de 23 à 47 ans. 93% des personnes interrogées ont la nationalité suisse, 4% sont allemands et 3% sont citoyens d'autres pays. Les niveaux de formation se répartissent comme suit: 27% des personnes interrogées sont des étudiant-e-s et 73% des médecins-dentistes en cours de formation postgrade. Parmi les étudiant-e-s, 36,9% sont inscrits à l'Université de Berne, 20% à l'Université de Bâle, 10,8% à l'Université de Genève et 30,8% à celle de Zurich. 1,5% sont immatriculés dans des centres de médecine dentaire à l'étranger. Parmi les jeunes médecins-dentistes en cours de formation

postgrade, 28,4% ont terminé leurs études à l'Université de Berne, 18% à l'Université de Bâle, 4,4% à l'Université de Genève, 43,7% à l'Université de Zurich et 5,5% dans des institutions de médecine dentaire à l'étranger.

3. Un poste de formation postgrade a-t-il été trouvé?

A la question de savoir s'ils avaient déjà trouvé un poste de formation postgrade, 27,2% des personnes interrogées ont répondu par la négative. Il s'agit en premier lieu d'étudiant-e-s en dernière année d'études (tableau 1, tableau 1.1 et graphique 1). C'est l'inverse qui apparaît pour les diplômés: plus de 92% des médecins-dentistes interrogés ont trouvé un poste de formation postgrade. Ils ne sont que 7% qui n'en ont pas encore trouvé (graphique 1).

4. Stratégies de recherche des postes de formation postgrade

À la question de savoir à quelles stratégies de recherche les personnes interrogées pensent recourir pour trouver un poste de formation postgrade, une part importante des étudiant-e-s et médecins-dentistes interrogés répondent que ce sont les relations personnelles qui sont les plus prometteuses de succès (tableau 2).

Tab. 1 Un poste de formation postgrade a-t-il été trouvé?

Poste de formation postgrade	Etudiant-e-s	Médecins-dentistes en formation postgrade	Total
Ont trouvé un poste	20	80	100
Ont trouvé deux postes ou plus	11	55	66
N'ont pas trouvé de poste	52	10	62
Total	83	145	228

Nombre de personnes

Tab. 1.1 Un poste de formation postgrade a-t-il été trouvé (Répartition par sexe)?

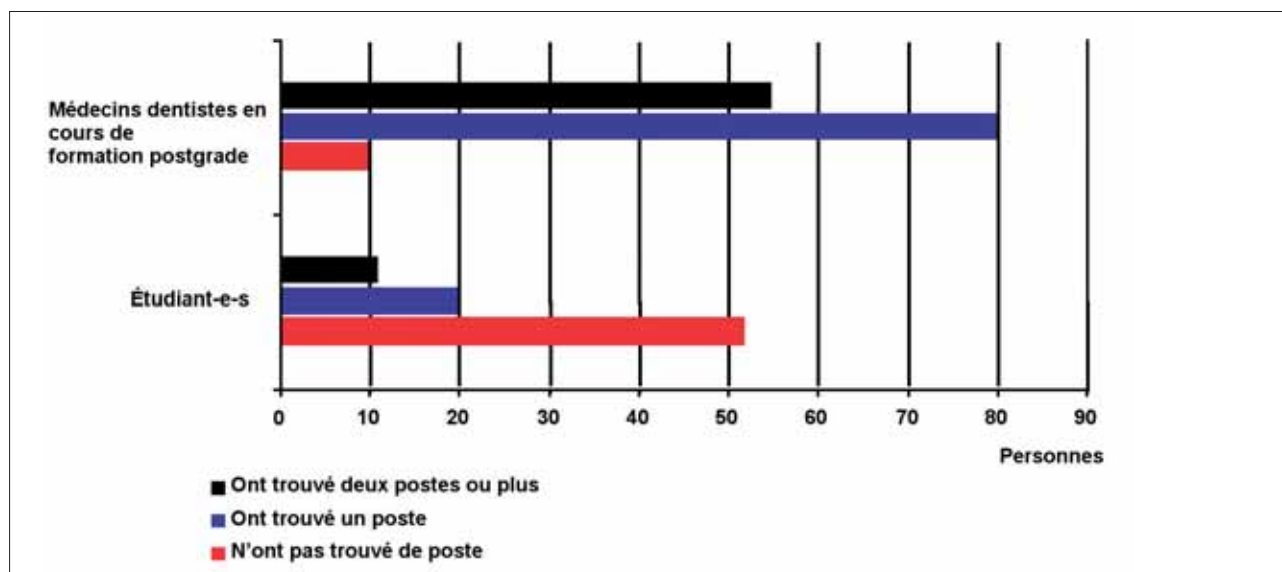
Poste de formation postgrade	Etudiant-e-s	Dentistes en formation postgrade	Pourcentage de réponses de femmes	Pourcentage de réponses d'hommes
Ont trouvé un poste	20	80	41,6	45,7
Ont trouvé deux postes ou plus	11	55	28,7	29,1
N'ont pas trouvé de poste	52	10	29,7	25,2
Total	83	145	100	100

Tab. 2 D'après vous, quelles sont les stratégies que vous considérez les plus favorables pour trouver un poste de formation postgrade?

1. Relations personnelles
2. Contacts avec des spécialistes de l'Université
3. Service de placement de la SSO
4. Offre spontanée
5. Annonces

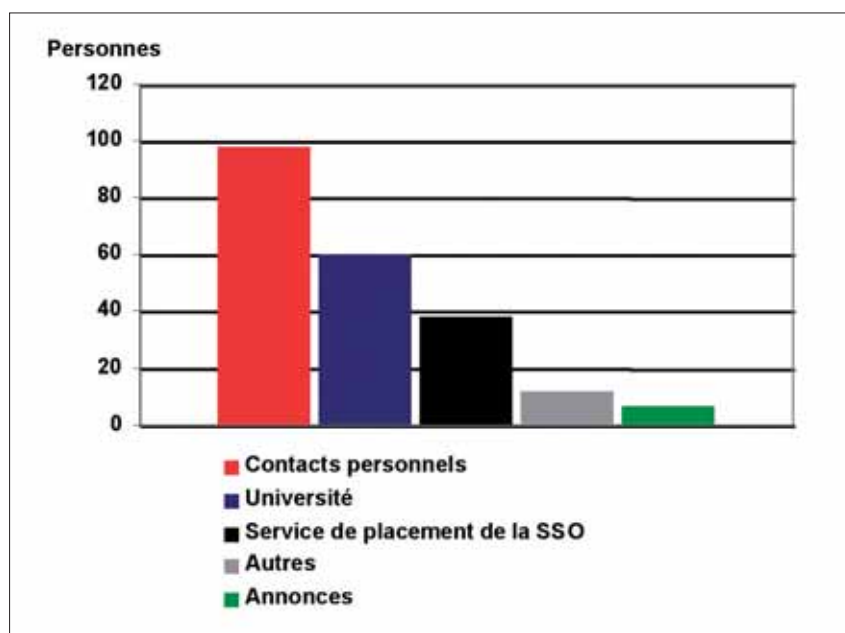
¹ Bases de données de la SSO: abonnés à DENTARENA

Graphique 1 Postes de formation postgrade en fonction du niveau de formation



Base: 200 réponses

Graphique 2 Comment avez-vous trouvé un poste de formation postgrade?



Base: 228 réponses

5. Postes de formation postgrade effectivement trouvés

Dans les faits, les personnes interrogées trouvent le plus souvent un poste de formation postgrade en médecine dentaire grâce à des contacts personnels, par l'université et par le service de placement de la SSO (graphique 2).

6. Taux d'occupation

La plupart des personnes interrogées ont trouvé un poste de formation postgrade

dont le taux d'occupation va de 80% à 100% (tableau 3).

Le tableau 4 montre que la plupart des personnes interrogées ont trouvé un poste de formation postgrade dont le taux d'occupation correspond à leurs attentes.

7. Lieu de la formation postgrade en médecine dentaire

Le plus souvent, les employeurs des médecins-dentistes interrogés sont des cabinets individuels, l'université ainsi que des cabinets collectifs (graphique 3).

8. Durée de la formation postgrade

La formation postgrade dure en moyenne de quatre à cinq ans.

9. Activité à l'issue de la formation postgrade

Le graphique 4 montre que la majorité des personnes interrogées s'attendent à diriger un cabinet en ville ou en agglomération à l'issue de leur formation postgrade. Les étudiantes et les étudiants ainsi que les

Tab. 3 Taux d'occupation attendu dans le poste de formation postgrade

Taux d'occupation	Fréquence des réponses	Part en pourcentage	Pourcentage de réponses de femmes	Pourcentage de réponses d'hommes
100%	81	51,6	34,8	63,7
100-80%	61	38,9	50,0	30,8
80-60%	1	0,6	1,5	-
60% ou moins	14	8,9	13,6	5,5

Base: 157 réponses

jeunes médecins-dentistes se voient à raison des deux tiers dans un cabinet collectif (graphique 5). Il reste toutefois un tiers des personnes interrogées (95) qui recherchent une activité lucrative dépendante. Elles sont désireuses de travailler dans le cadre de cliniques dentaires privées ou à l'université (graphique 6).

10. Titres de spécialiste en médecine dentaire et certificats de formation postgrade reconnus par la SSO recherchés

Le tableau 9 et le graphique 7 renseignent sur les titres fédéraux de spécialistes en médecine dentaire et sur les certificats de formation postgrade reconnus par la SSO

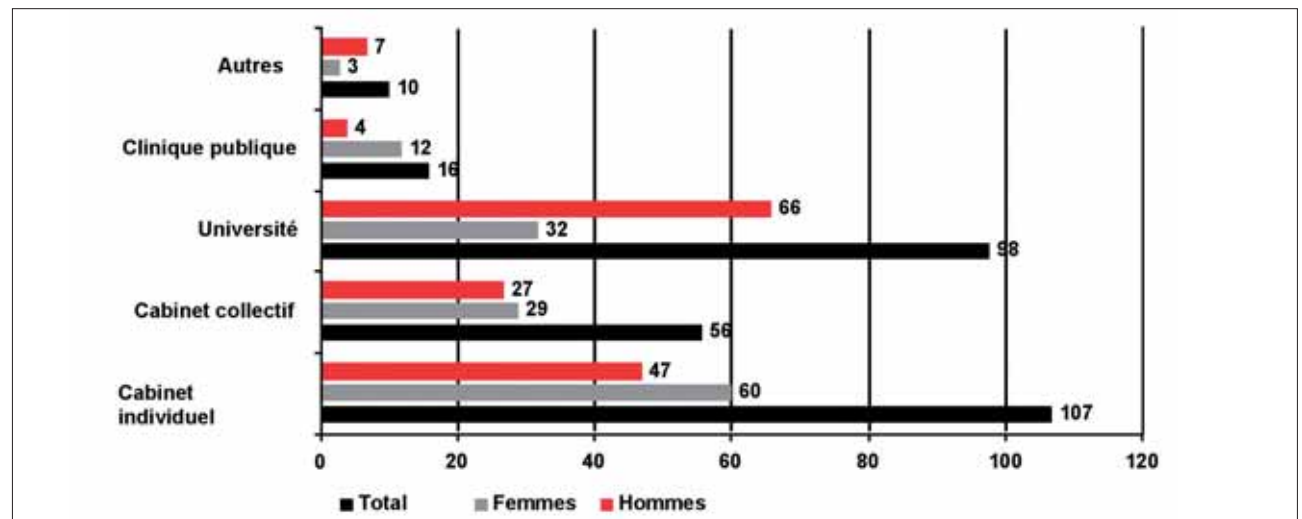
qui sont recherchés. Pour les titres de spécialistes en médecine dentaire, c'est avant tout la médecine dentaire reconstructrice, l'orthopédie dento-faciale et la chirurgie orale qui suscitent le plus grand intérêt. Pour les certificats de formation postgrade reconnus par la SSO, c'est celui de «Médecine dentaire générale» qui est le plus souvent cité.

Tab.4 Taux d'occupation effectif et attentes individuelles

Taux d'occupation	Fréquence des réponses	Pourcentage
Correspond aux attentes	136	86,1
Différence de 20% ou plus par rapport aux attentes	22	13,9

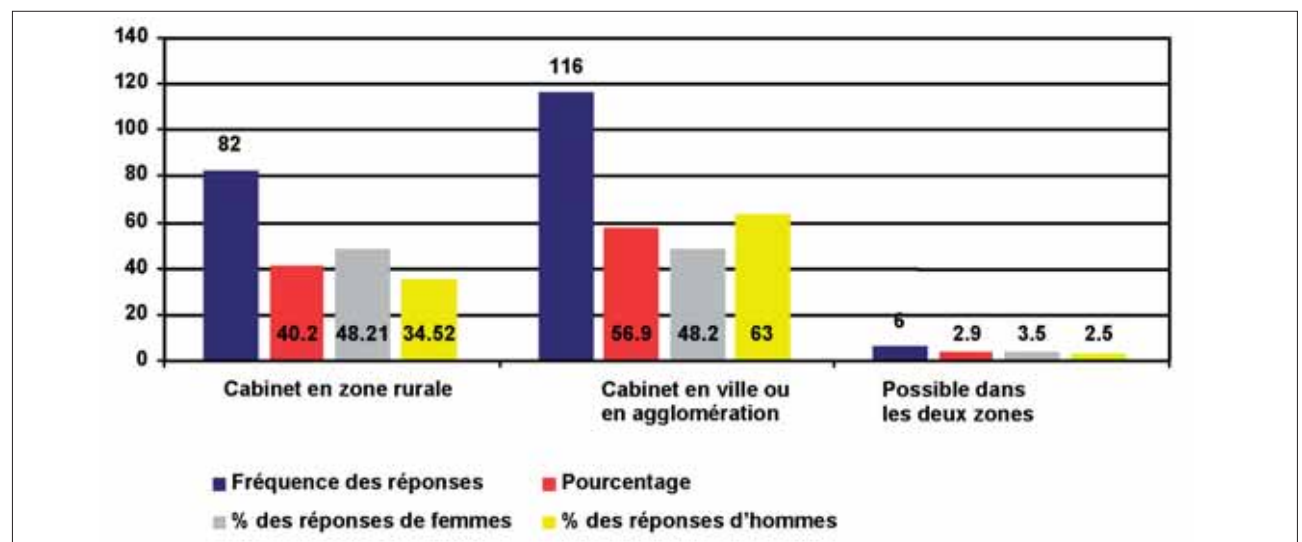
Base: 158 réponses

Graphique 3 Lieu de la formation postgrade en médecine dentaire



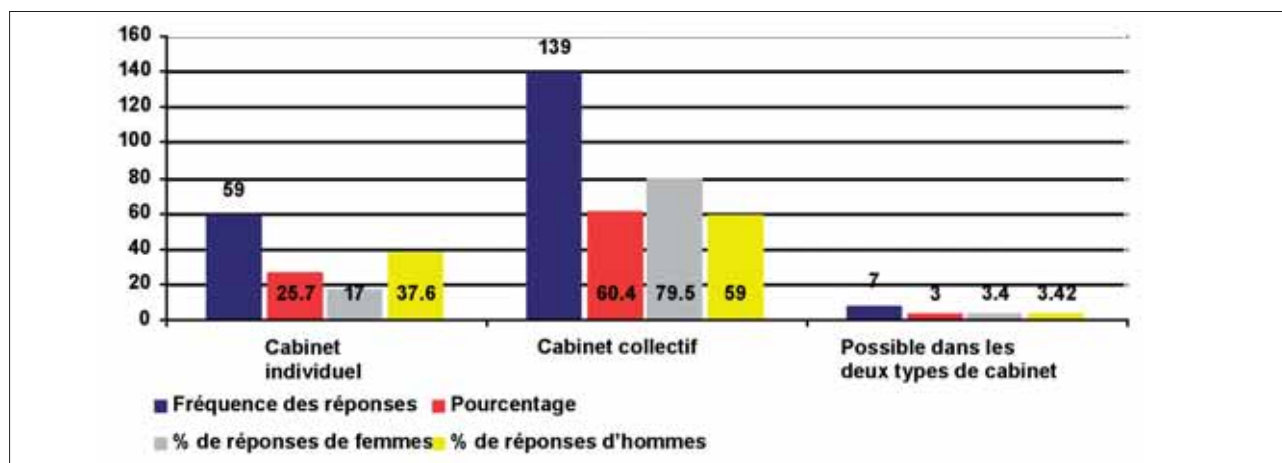
Note: des réponses multiples étaient possibles

Graphique 4 Activité lucrative indépendante – répartition géographique



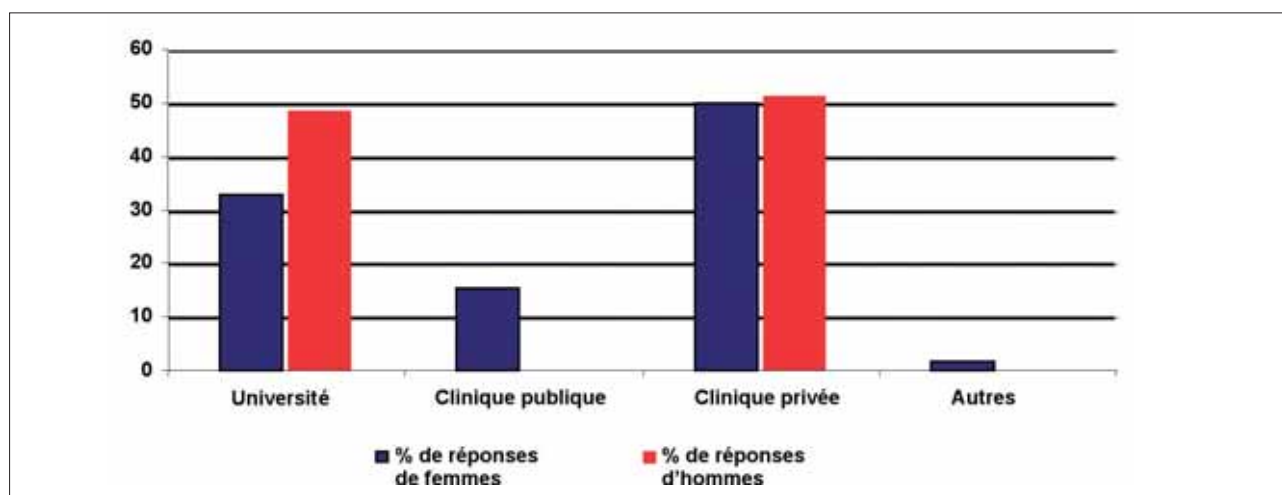
Base: 204 réponses

Graphique 5 Activité lucrative indépendante – type de cabinet



Base: 205 réponses

Graphique 6 Activité lucrative dépendante



Base: 95 réponses

Tab. 9 Titre fédéral de médecin-dentiste spécialiste

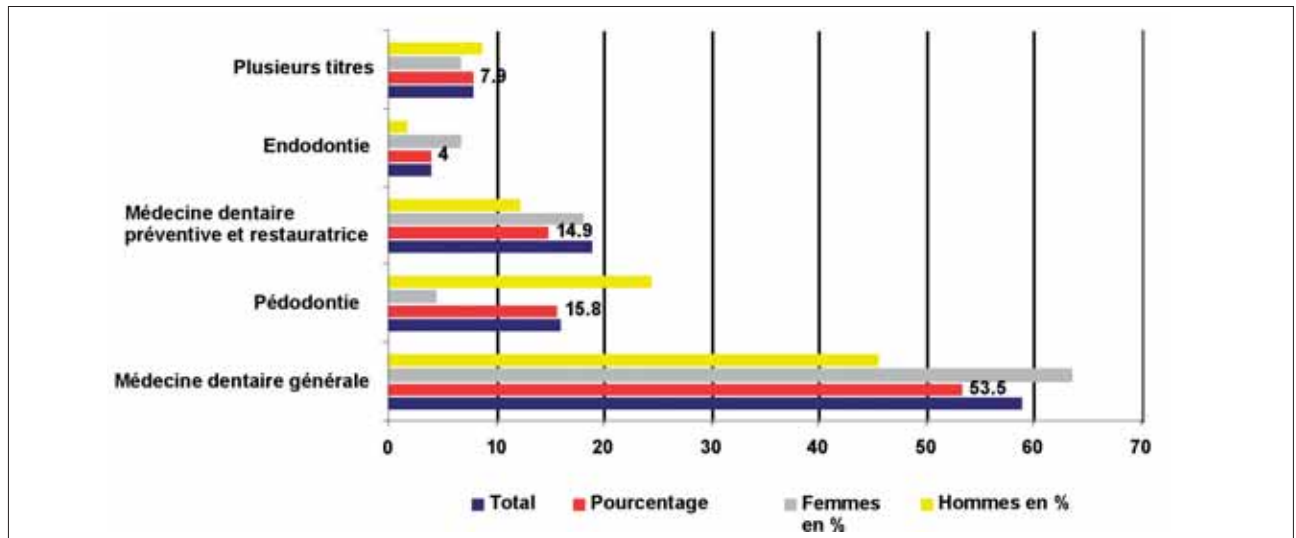
Titre fédéral de médecin-dentiste spécialiste	Fréquence des réponses	Part en pourcentage	% de réponses de femmes	% de réponses d'hommes
Orthopédie dento-faciale	37	26,4	26,4 ¹	26,4 ²
Parodontologie	12	8,6	9,4	8,0
Médecine dentaire reconstructrice (prothèse dentaire)	39	27,9	15,1	35,6
Chirurgie orale	37	26,4	34	21,8

Combinaisons citées de plusieurs titres de médecin-dentiste spécialiste

Médecine dentaire reconstructrice et chirurgie orale	6	4,3	3,8	4,6
Orthopédie dento-faciale et prothétique reconstructrice	3	2,1	5,7	2,3
Orthopédie dento-faciale et chirurgie orale	2	1,4	1,9	–
Parodontologie et prothétique reconstructrice	1	0,7	1,9	1,1

Base: 140 réponses. ¹ Chiffres sur la base de 53 réponses; ² chiffres sur la base de 87 réponses

Graphique 7 Certificats de formation postgrade reconnus par la SSO



Base: 101 réponses. Note: 7% des femmes ont encore coché la combinaison médecine dentaire générale ou médecine dentaire préventive et restauratrice. Valeur non disponible pour les hommes ■

Premières impressions à l'arrivée à Mseleni

Jan Daenhardt, Anna-Christina Zysset

Manuela et Jan Daenhardt, médecin de famille, et leurs jumeaux se sont rendus en Afrique du Sud au printemps. C'est dans le cadre de Serving in Mission (SIM – Société internationale missionnaire) qu'il a construit un dispensaire de médecine dentaire dans un petit hôpital de district. Cet article fait suite à «Un médecin-dentiste pour Mseleni», RMSO 9/2007.

Nous quittons la route nationale pour prendre la route régionale R22 qui mène au Mozambique. Il y a deux ans, c'était encore une piste gravillonnée. Depuis lors, elle s'est transformée en une bonne route goudronnée. Il nous reste encore cent kilomètres à parcourir. Le soleil de midi est brûlant, même pendant l'hiver africain. Des cases défilent, des enfants, des charrettes transportant des bidons d'eau, des femmes portent des seaux d'eau ou des cannes à sucre sur la tête. Des hommes palabrent sous un arbre, le long de la route. La route file tout droit aussi loin que porte le regard, jusqu'à sembler toucher l'horizon. Parfois, on ne voit pas âme qui vive autour de nous. Des signes de vie se manifestent après quatre-vingt kilomètres: un petit supermarché, un marché de village, une station d'essence font bientôt leur apparition. Nous tournons à droite à l'écrête qui annonce l'Hôpital de Mseleni. La route goudronnée s'arrête devant la porte de l'hôpital. Un vigile nous montre le chemin vers notre nouveau logis. Il n'y a pas de place pour une famille dans l'enceinte de l'hôpital et l'on souffre d'une pénurie de logements. Un chemin gravillonné nous conduit à une case en bois qui sera notre

nouveau domicile. Nous frappons à la porte; on s'active encore à l'intérieur, les derniers rideaux seront bientôt accrochés. Un billet est fiché au clou d'une poutre: «Welcome!». Nous sommes accueillis chaleureusement. Notre nouvelle maison compte deux chambres à coucher et un séjour/salle à manger. C'est ce que l'on nous avait décrit sous le nom de «chalet», mais nous avons plutôt l'impression d'emménager dans une cabane de forêt mal construite: il y a des fissures partout, la porte ne ferme pas et, lorsque l'on s'en sert, la douche inonde le salon... Mais nous avons quand même une bonne surprise: de l'eau courante que l'on peut boire, directement du robinet. Il y a l'électricité, une machine à laver, un réfrigérateur et même un téléphone!

Sans courant, et parfois même sans eau

Tout cela est très simple, mais nous espérons que nous nous y ferons au mieux. Toutefois, au cours des deux premières semaines, nous avons dû constater que l'on ne pouvait guère compter sur l'électricité. Qu'il vente, qu'il pleuve, qu'il fasse beau ou grand soleil, il y a souvent eu des

pannes de courant, parfois pour de bonnes raisons, parfois sans le moindre motif d'explication. Comme nous n'habitons pas dans l'enceinte de l'hôpital, nous ne sommes pas non plus raccordés à l'alimentation électrique de secours. Ce qui s'est avéré vraiment désagréable, c'est lorsque l'eau aussi a manqué. Cela signifiait remplir des récipients et les ramener tant bien que mal à la maison. Heureusement, l'hôpital avait fait venir un camion-citerne. Ces quelques moments désagréables ont été largement compensés par de merveilleux levers de soleil dont nous profitons à la table du petit-déjeuner ou depuis notre véranda. Le médecin-chef de l'hôpital nous a fait faire une visite guidée de l'établissement afin que nous puissions nous orienter, puis il nous a invité à dîner le soir. Le home d'enfant où ma femme va travailler se trouve tout à côté de l'hôpital, dont il est séparé par une clôture en fil de fer barbelé.

Le service de sécurité est capturé

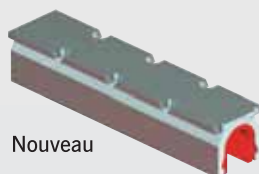
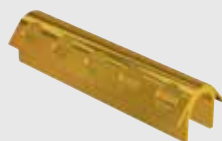
Toute la zone est entourée d'une haute clôture et le service de sécurité contrôle chaque sac ou bagage et chaque automobile qui pénètre dans l'enceinte de l'hôpital. Après une dizaine de jours, nous nous sommes rendu compte à quel point ce service de sécurité était peu efficace. Une nuit, une femme médecin a entendu un bruit suspect et a donné l'alarme au service de sécurité. Peu de temps après, elle entendit les bruits d'une échauffourée et elle pensa que l'intrus avait été arrêté. Le matin suivant, elle dut constater toutefois

Dental

+ Système Dolder®
combine l'original et
l'évidence clinique
pour un standard sur implants.

- + Partie femelle micro en titane avec gaines de friction interchangeables
- + Barre micro en titane
- + Barre micro calcinable

www.cmsa.ch/dental



Nouveau

Historique de Serving in Mission (SIM)

Vers la fin du XIX^e siècle, neuf jeunes femmes et hommes venus d'Australie, de Nouvelle Zélande, des Etats-Unis, du Canada, d'Afrique du Sud et de Grande-Bretagne ont voulu consacrer leur vie à Dieu et le servir dans des pays alors considérés comme durs et souvent hostiles.

A l'époque, ces actions entreprises en Afrique, dans le sous-continent indien et en Amérique du Sud ont pris des noms tels que Sudan Interior Mission, Andes Evangelical Mission, International Christian Fellowship et Africa Evangelical Fellowship. En fin de compte, elles se sont toutes réunies en une seule mission sous le nom de SIM (Serving in Mission). Ce sont aujourd'hui des femmes et des hommes venus de plus de trente pays qui en font partie. Ils propagent la bonne nouvelle, édifient des communautés, traduisent la Bible et travaillent en faveur du développement.

Prochainement: les infinies possibilités et les problèmes du quotidien dans l'action au service du développement.

que c'était le service de sécurité qui avait été capturé: une bande armée de mitraillettes s'était rendue maître de toute l'équipe, l'avait enfermée et bâillonnée dans un local. Le but, c'était de voler tous les véhicules tout-terrain et de les emmener au Mozambique... et ils ont réussi. On a soupçonné un complice à l'hôpital. Dans une telle situation, nous étions contents de ne pas habiter dans l'enceinte de l'hôpital.

Le dimanche, nous nous sommes rendus à la paroisse locale. Les chants et les danses des Zoulous nous fascinent toujours autant.

Le lundi, le travail a commencé.

Faire le relevé du statut dentaire en Afrique, ou se placer d'un point de vue holistique?

La clinique dentaire est logée dans l'hôpital de jour, ce qui entraîne des examens qui me gênent. Les patients souffrant de problèmes dentaires sont pesés et l'on prend leur température corporelle et leur pression artérielle. Les anamnèses des patients ne sont pas conservées à l'hôpital: les patients les emmènent chez eux et les rapportent quand ils se rendent à l'hôpital. La clinique dentaire est organisée en deux sections: la clinique dentaire à l'hôpital et les soins donnés par huit dispensaires à l'extérieur

Nouvelle organisation pour Swissmedic

Prof. hon. D^r D^r Hermann Berthold

Une analyse des processus et de l'organisation a conduit à une phase de réorganisation à l'issue de laquelle Swissmedic a mis en place à la fin de l'année dernière une nouvelle équipe de direction et une nouvelle structure de ses services. Un vaste projet de changement a été lancé en décembre 2006, reposant sur cette analyse; il a entraîné la réorganisation de Swissmedic.

L'objectif de ces changements de structure est d'améliorer l'efficacité, la cohérence et la transparence des processus tout en satisfaisant à des «exigences qualitatives toujours aussi élevées».

La première priorité a consisté à procéder à l'adaptation et à la description des processus dans les «principaux domaines de l'admission, de la surveillance du marché et des autorisations».

Voici en résumé les principales nouveautés qui ont résulté de cette réorganisation:

- Swissmedic renforce la surveillance du marché des médicaments et intervient lorsque sont distribués des médicaments non autorisés. Il s'agit de lutter de manière conséquente contre les contrefaçons qui surgissent dans les canaux officiels de distribution. Au plan international, une meilleure surveillance du marché des médicaments admis par Swissmedic procurera une sécurité améliorée pour les patientes et les patients. «Un objectif important est de détecter les effets indésirables aussi rapidement que possible.»
- Dans le cadre de l'autorisation des médicaments, l'ancienne organisation de la certification spécifique aux produits est remplacée par une structure orientée en fonction des processus. Les aspects thématiques seront à l'avenir traités au sein de groupes spécialisés. «L'efficacité, la transparence et la cohérence des processus» pourront ainsi être augmentées.
- Les échanges avec différents groupes dans les domaines de l'«industrie pharmaceutique, de l'application (corps médical, hôpitaux, commerce de détail) et de la protection des patients ainsi que des autorités étrangères» deviendront plus intenses. Un «nouvel état-major» pour la mise en réseau aux plans national et international sera mis sur pied et l'on disposera à l'avenir d'un service de presse à la disposition des médias.

Swissmedic souligne que la nouvelle structure d'organisation pourra fonctionner avec les «effectifs actuels» sous la responsabilité de son nouveau directeur, Jürg Schnetze.

Sources:

«Réorganisation et changement dans les instances dirigeantes de Swissmedic», Journal Swissmedic, octobre 2006, p. 1024.

«Swissmedic clôt le projet de changement par une nouvelle structure», Journal Swissmedic, juillet 2007, p. 541.

(fig. 1). Font partie de l'équipe de médecine dentaire Monsieur Ntanzi (*dental therapist*), Monsieur Mthembu (assistant dentaire) et moi. Madame Malambule est arrivée après moi au sein de l'équipe. En fait, c'est

une assistante de santé de village qui est actuellement formée en qualité d'assistante. L'équipement de la clinique dentaire à l'hôpital est très simple (fig. 2). Il y a un fauteuil de dentiste, une petite unité

dotée d'une turbine et une petite unité d'aspiration. On dispose de matériaux composites modernes. Tout ce qui est nécessaire à la pose d'obturations par amalgame se trouve là, ainsi que des instru-



L'équipe de médecine dentaire



La clinique dentaire



3

La route de Mabibi



4

Le dispensaire de Mabibi

ments chirurgicaux simples. Je passe les premiers jours à comprendre «comment ça marche». Chaque jour, il y a des patients sur rendez-vous, et entre-temps bien sûr, il y a les urgences.

Un dispensaire parmi les huit

Le premier vendredi, nous nous rendons tous à l'un des dispensaires. On y va généralement en avion, mais comme nous sommes trois et qu'il y a beaucoup de matériel à amener, nous prenons un vé-

hicule tout-terrain. Après quelques kilomètres de route goudronnée, nous prenons à gauche une piste gravillonnée. A condition de rouler à une certaine vitesse, on ne sent plus les ondulations du sol. Une demi-heure plus tard, nous arrivons à un chantier de chargement de bois. Un écriteau avertit: seuls les 4x4 sont autorisés. Effectivement, la piste se transforme en sentier sablonneux (fig. 3). Après 75 minutes de trajet nous arrivons sains et saufs, bien que secoués, à Mabibi (fig. 4). On décharge la voiture. Il y a une quarantaine



5

Fauteuil mobile



6

Ready to go

de personnes dans la salle d'attente. Monsieur Mthembu et moi assemblons le fauteuil mobile (fig. 5). Pendant ce temps l'infirmière du dispensaire prie Monsieur Ntanzi de faire une brève présentation sur le sujet de la santé dentaire aux personnes qui attendent. Entre-temps, nous sommes prêts (fig. 6)! Dans les dispensaires, on ne procède qu'à des extractions. Nous travaillons jusqu'à ce que tout le monde ait été traité. Monsieur Mthembu procède au nettoyage des instruments qui sont désinfectés et stérilisés. Il n'y a pas de pause. Fatigués, nous avons terminé le travail après cinq heures et demie pendant lesquelles nous avons traité trente-cinq patients et extrait quarante dents. Retour à Mseleni. Cette fois nous prenons une autre route, encore plus sablonneuse, encore plus cahoteuse, le long du lac Sibaya où se reflète le soleil couchant.

Avez-vous entendu parler d'un médecin-dentiste à Mseleni?

Dès la semaine suivante, je travaille déjà de manière autonome à la clinique dentaire. Plusieurs urgences, quelques obturations. Le téléphone sonne. On demande si le médecin-dentiste est présent aujourd'hui. On a entendu dire qu'il y aurait un dentiste à Mseleni. Deux heures plus tard, se présente un homme avec des dents antérieures déplacées en direction palatine. Il vient du gros bourg le plus proche, éloigné d'une centaine de kilomètres. Oui, c'est bien pour lui qu'on a demandé s'il y avait un médecin-dentiste. Je repositionne les dents fixées avec du fil venant de la salle d'opération. Le patient se regarde dans le miroir avec satisfaction. Il a de nouveau bonne allure et peut de nouveau mordre correctement. Il lui reste encore une heure et demie de trajet pour rentrer chez lui. ■

Pour le 100^e anniversaire du professeur Albert Gerber

Une vie pour la prothétique et le traitement des dysfonctionnements de la mastication

D^r Felix M. Weber

Le professeur Albert Gerber, inventeur par la suite de l'articulateur Condylator et des dents condyloform, a fait dans ses jeunes années une étude approfondie des travaux du professeur Alfred Gysi. Une analyse détaillée lui a fait découvrir d'importantes erreurs dans les études de ce dernier. A. Gerber a développé avec une grande persévérance, envers et contre tous à l'époque, ses propres idées étayées sur le plan physiologique sur l'occlusion et l'articulation, idées toujours en vigueur aujourd'hui. A. Gerber a sensibilisé l'Europe germanophone aux dysfonctionnements masticatoires et oraux.



Prof. Albert Gerber

Le cursus académique d'Albert Gerber a commencé à l'Université de Berne. En 1953, l'Université de Zurich lui a proposé la chaire pour la prothétique amovible à l'Institut de médecine dentaire. Il accepta le poste et fut le successeur indirect d'Albert Gysi. Dès les années vingt, ce dernier avait développé la théorie connue mondialement de deux axes, pour la fabrication d'articulateurs et de dents artificielles adaptées – génial pour l'époque. Il a défini sa propre relation centrée comme point de départ pour assurer une occlusion selon l'articulation. Il créa son Condylator ainsi que les dents condyloform adaptées, de manière à ce que cette relation centrée soit adaptée fonctionnellement grâce à la très grande capacité de mouvement – jusqu'ici inconnue – de son articulateur et de ses dents. Il révolutionna en outre la prothétique totale avec ses idées sur l'occlusion adaptée côté lingual et adaptée à la base. Il a influencé la prothétique partielle par sa structure de maintien avec appui

sur les dents ainsi que par l'approche dentaire lors de dysfonctionnements articulaires dans toute l'Europe.

Le professeur Gerber aurait eu 100 ans le 2 novembre de cette année (2 novembre 1907–30 novembre 1990). On ne connaît pratiquement plus ses mérites dans son domaine d'activité. Il s'était opposé à son époque au spécialiste probablement le plus connu en dentisterie jusqu'à aujourd'hui, le professeur Alfred Gysi (1865 à 1957). Il a dû faire part à Alfred Gysi, officiellement déjà à la retraite depuis de nombreuses années et au zénith de ses mérites scientifiques, des erreurs commises dans ses réflexions, qui l'on amené à la théorie de deux axes très clairs, connue mondialement, et à la compréhension «gysienne» de l'occlusion et de l'articulation. Contrairement aux attaques antérieures contre sa théorie, A. Gysi a réagi sincèrement étonné envers A. Gerber, à qui il attribuait une grande capacité de vision tridimensionnelle. Il a même compris les objections d'Albert Gerber ainsi que la raison pour laquelle ce dernier a développé à partir de ses convictions une nouvelle compréhension de l'occlusion, un nouvel articulateur, de nouvelles dents artificielles et une théorie élargie dans la prothétique totale.

A. Gerber a pu montrer que ses dents condyloform n'étaient fonctionnellement pas calquées sur la nature à partir de la linguilisation de la fosse mandibulaire, ce qui était essentiel pour le dépôt d'un brevet. Un respect mutuel s'est installé entre les deux leaders qui a incité A. Gysi à avouer avant sa mort dans le livre *Modifikation des Artikulator und der Aufstellregeln für Vollprothesen, Modification de l'articulateur et des règles de montage pour les prothèses totales* qu'il s'était trompé dans sa précédente théorie sur l'occlusion – ceci, bien que des générations entières de médecins-dentistes et techniciens dentaires en soient encore imprégnées, même aujourd'hui. On ne pense aujourd'hui qu'à l'occlusion

«dent à deux dents». A. Gysi n'a pas pu terminer son projet lui-même; B. Dubs, assistante en chef et assistante de la chaire du professeur E. Dolder a terminé le livre et l'a publié à titre posthume en 1958. On reconnaît dans ce livre que A. Gysi, à la fin de sa vie, n'était plus en mesure, et ne voulait peut-être plus, reprendre les convictions d'Albert Gerber dans son «ultime ouvrage».

Pendant son activité à l'Institut de médecine dentaire de Zurich, A. Gerber a fixé dans toute l'Europe des références techniques très exigeantes dans les domaines de la prothèse totale, de la prothèse partielle et des dysfonctionnements articulaires (aujourd'hui ATM). Il exigeait ainsi du médecin-dentiste un diagnostic très sérieux et une planification du traitement bien étudiée d'une part, et une coopération technique avec le technicien dentaire d'autre part, coopération qui permet ainsi la réalisation d'une prothèse optimale pour le patient, et d'un prix abordable. Les bases et les réflexions d'Albert Gerber dans les trois domaines cités ci-dessus ont été totalement convaincantes. Elles ont de plus permis à de nombreuses générations de médecins-dentistes et techniciens dentaires d'élaborer une connaissance approfondie de la physiologie et de la pathologie du système masticatoire, et d'obtenir ainsi d'emblée des résultats thérapeutiques pertinents.

Nous avons quant à nous essayé, dans notre domaine plus restreint, de perfectionner les principes d'Albert Gerber en travaillant par exemple sur le traitement de patients âgés avec des inserts articulaires à pente plus faible dans le Condylator, en particulier lors d'abrasions importantes dues à l'âge et à la fonction. Avec les dents condyloform retravaillées du professeur Sandro Palla, et munies de la structure d'Albert Gerber dans l'usage quotidien, nous proposons à nos patients, comme toujours, de bonnes solutions actuelles. C'est avec grand respect que nous, ainsi que tous ceux à qui A. Gerber a apporté les bases d'un savoir-faire en dentisterie, rendons hommage à un esprit visionnaire. Le précurseur génial ne s'est jamais écarté de ses convictions physiologiques, même pendant les périodes «tumultueuses» de la gnathologie «moderne» conservatrice. En outre, nous tenons A. Gerber aujourd'hui en haute estime pour l'avancée sur les problèmes de dysfonctionnements masticatoires et oraux, qu'il a permise, dans son dévouement désintéressé, au-delà du domaine proprement dit de son service, au minimum en Europe germanophone. ■

L'action «Vieil or pour redonner la vue» entre au programme de formation

Anna-Christina Zysset

A l'auditorium André Schroeder des ZMK (cliniques de médecine dentaire) à Berne, ce sont près d'une douzaine d'étudiantes et d'étudiants qui se sont informés de première main auprès des responsables de la Croix-Rouge suisse (CRS) sur l'action «Vieil or pour redonner la vue». Les auditeurs ont répondu à un questionnaire et confirmé que cette action lancée par Max Schatzmann, médecin-dentiste à Weinfelden, était digne de soutien. Désormais, la CRS présentera chaque année aux ZMK à Berne ce projet aux étudiants de quatrième année.

En présentant l'action «Vieil or pour redonner la vue» aux ZMK à Berne, les responsables du projet se sont assurés une place stable dans le programme d'enseignement des futurs médecins-dentistes. Le maître assistant Dr Michael M. Bornstein intégrera à l'avenir cette action pour en faire une part intégrante de programme de formation.



Ces candidates et candidats médecins-dentistes ont trouvé l'action «Vieil or pour redonner la vue» d'un grand intérêt et ils la soutiendront à l'avenir.

«Qu'est un programme de médecine ophtalmique vient faire dans une clinique dentaire?» C'est par ces paroles que Monika Christofori-Khadka a accueilli ses auditeurs. Lorsqu'il y a vingt-cinq ans Max Schatzmann sollicita l'appui de la CRS, il était absolument convaincu que les revenus tirés du vieil or dentaire devraient permettre de mettre sur pied un projet d'assistance dans le domaine de la médecine dentaire. Cependant, la CRS savait que notre planète compte 45 millions de personnes aveugles et pauvres. Leur cécité, résultant le plus souvent de leur pauvreté même, devait être contenue, voire empêchée à long terme. La CRS et l'ini-

tiateur du projet, Max Schatzmann, se sont mis d'accord pour lancer dans le tiers-monde un projet ophtalmique grâce à l'or dentaire. Aujourd'hui, ce sont des malades du Togo, du Ghana, du Tibet et du Népal qui en profitent. L'action «Vieil or pour redonner la vue» de la CRS est actuellement partenaire de Vision 2020. Cette campagne à l'échelle mondiale a pour but de maîtriser d'ici à 2020 les principales causes de la cécité et de redonner le droit à la vue à tous les habitants de la planète, en particulier aux millions de pauvres qui l'habitent. Différentes œuvres d'entraide, organisations des Nations Unies, gouvernements, entreprises et per-

sonnalités participent à cette campagne. Le rassemblement de toutes les forces en présence devrait permettre de lutter contre la cécité et de la vaincre. Voici les mesures qui sont prises pour que cette vision se traduise finalement dans les faits:

- proclamer partout dans le monde que la cécité est un problème de santé majeur,
 - connaître les causes les plus fréquentes de la cécité et créer des structures appropriées pour lutter contre et traiter la cécité due à la pauvreté,
 - promouvoir la formation des ophtalmologues et autres spécialistes de la médecine ophtalmique,
 - développer des technologies adaptées.
- La Croix-Rouge suisse contribue depuis des années au développement dans le monde. Elle connaît l'étendue des conséquences sociales et économiques de la cécité. C'est pourquoi elle s'engage depuis plus de vingt ans déjà pour la prévention de la cécité dans les zones rurales où la desserte médicale est insuffisante. Ses priorités sont les suivantes:
- construction et développement de cliniques ophtalmiques et de dispensaires,



A condition que les moyens nécessaires soient mis à disposition, cet aveugle ne devrait plus partager son destin avec 45 millions d'autres habitants de la planète. Et il y a encore 154 millions de personnes qui souffrent déjà de troubles de la vue. La plupart d'entre elles habitent dans les pays pauvres. Vos dons assurent leur survie! Compte de chèques postaux 30-4200-3.

- formation et perfectionnement des spécialistes locaux pour le traitement des maladies oculaires et pour les opérations de la cataracte,
- prévention des maladies oculaires et des troubles de la vue par le dépistage précoce dans les écoles et les communautés villageoises.

Seules les prestations payées valent quelque chose

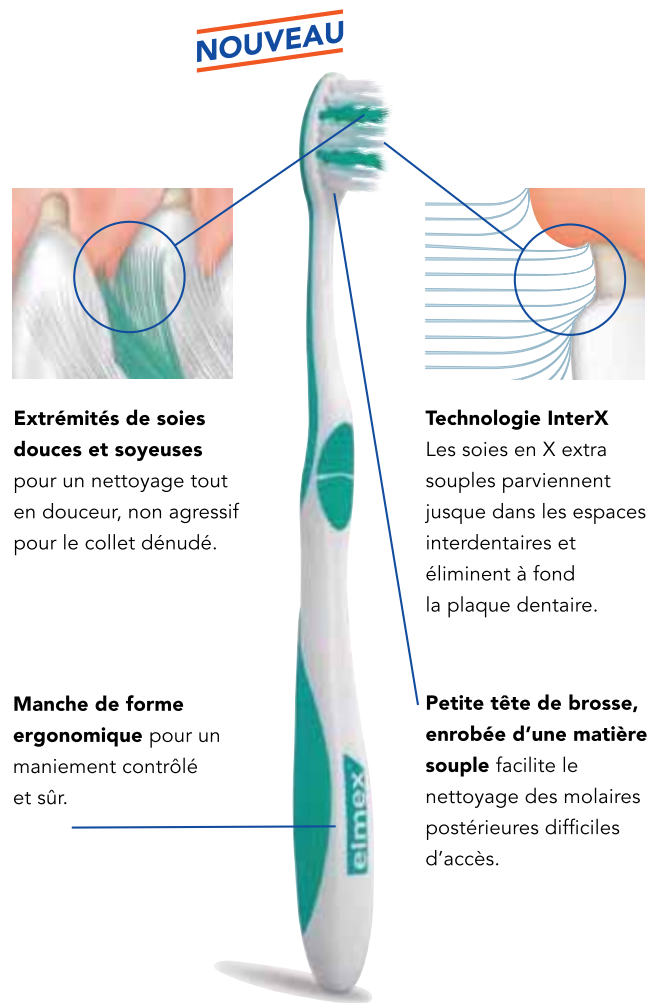
Monika Christofori-Khadka est, entre autres, au bénéfice d'une formation dans le domaine de la santé publique. Elle a souligné, à l'occasion d'un entretien personnel, que la CRS opère principalement des patients souffrant de la cataracte. Cette stratégie lui a permis d'obtenir des résultats considérables avec peu de moyens. Elle assure également la prescription d'appareils auxiliaires de la vue ainsi que le traitement de maladies bénignes des yeux. Chaque traitement est payé par le patient. Des études ont montré que les prestations ou les médicaments gratuits sont considérés par les patients comme dépourvus de valeur et inutiles. Un fonds existe pour les patients les plus pauvres afin que cette offre sanitaire soit accessible à tous.

Monika Christofori-Khadka a passé trois ans au Népal pour le compte du Service évangélique allemand pour le développement. C'est là qu'elle a rencontré celui qui allait devenir son mari. Physiothérapeute



«Quiconque a travaillé une fois dans le cadre de projets de développement de la Croix-Rouge reste la plupart du temps au sein du mouvement, car il n'y a guère d'autre œuvre d'entraide dont l'action s'étende autant dans le monde», nous dit Monika Christofori-Khadka.

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



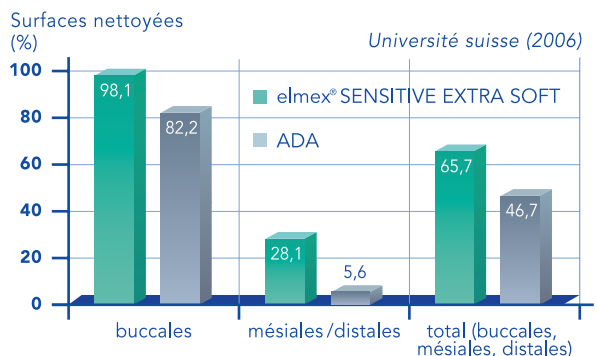
Extrémités de soies douces et soyeuses pour un nettoyage tout en douceur, non agressif pour le collet dénudé.

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

Manche de forme ergonomique pour un maniement contrôlé et sûr.

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



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 pourvus 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.

de formation, elle a ensuite suivi et terminé à Liverpool une maîtrise en santé publique pour les pays en développement. Puis, elle a été pendant cinq ans déléguée de la Croix-Rouge au Bangladesh où elle a réalisé un projet mère/enfant. Son désir de vivre à nouveau en Europe a conduit le couple à Berne, depuis où Monika Christofori-Khadka gère des projets sanitaires au Népal, au Tibet, au Kirghizistan ainsi qu'en Asie centrale et moyenne. Ce couple «transculturel» parle l'allemand, l'anglais et le népalais.

Lorsque l'on examine si une région déterminée doit recevoir une clinique ophtalmique, la spécialiste en santé publique traite notamment les aspects suivants:

- Quelle est l'implantation dans le pays du système de santé en général et de la médecine ophtalmique en particulier?
- Un besoin existe-t-il dans la région considérée?
- Qui exprime ce besoin?
- Quels partenaires entrent en considération pour notre projet?
- Comment le système de santé est-il financé dans cette région?
- Comment peut-on créer un accès à l'offre en matière de santé?
- Comment sensibiliser la population aux problèmes de santé?
- Quels sont, dans ce pays et dans cette région, les facteurs déterminants pour la santé? (Genres, religion, répartition des rôles, culture, traditions.)

Départ planifié dès le début

Les projets de médecine ophtalmique ne sont mis sur pied que dans les pays qui connaissent une forte prévalence des ma-



L'accès aux soins de santé est très limité dans les pays en développement.

ladies de la vue et où le système de santé de l'Etat n'offre que des prestations insuffisantes. Par contre, il faut que les connaissances sur les maladies que l'on peut traiter soient présentes. Si la médecine ophtalmique ne fait pas partie du programme de base de la Société de la Croix-Rouge, il faut trouver sur place des partenaires en mesure de développer un projet de médecine ophtalmique et de se charger ensuite de son bon fonctionnement. Les phases de lancement et de départ font toujours partie intégrante de la planification, car ce n'est qu'ainsi qu'une desserte médicale durable pourra être instaurée. La formation initiale et continue de personnel spécialisé local revêt en conséquence une importance tout à fait primordiale.

Ne vous fiez à aucune statistique que vous n'avez pas truquée vous-même!

«Des critères de mesure sont indispensables à la réussite de toute gestion de projet. Les paramètres classiques que l'on trouve dans tous les pays partout dans

le monde sont, par exemple, la mortalité maternelle et infantile, les dépenses de santé par habitant, le montant des dépenses de santé dans le budget de l'Etat», indique la cheffe de projet. «Dans les pays en développement, on s'intéresse aussi à l'accès à l'eau, à la disponibilité de toilettes, aux dépenses par habitant pour la santé, au montant des dépenses de santé dans le budget de l'Etat. La plupart des pays dépensent beaucoup plus pour les armes et les militaires. La santé ne représente pas grand-chose. Les instruments de mesure sont importants, mais il faut toujours les considérer et les analyser d'un œil critique. Il faut inclure des contrôles croisés pour s'assurer des affirmations. Dans certaines circonstances, la mort d'un patient ne sera pas saisie dans les statistiques, car le responsable du traitement craint de perdre son emploi. C'est pourquoi une enquête personnelle au sein de la communauté villageoise considérée est souvent plus riche d'enseignements que des statistiques lacunaires et incontrôlées.»

On ne peut rien faire du tout sans argent

En 1985, Beatrix Spring a entrepris le développement professionnel de ce qui était alors l'action «dents en or». La CRS recevait la plupart des dents directement des patients, dans des enveloppes jaunes spécialement conçues à cet effet. L'ouverture de ces envois, parfois malodorants, se faisait tout simplement sur le bureau! Beatrix Spring lisait chaque message l'un après l'autre, enregistrant les adresses et envoyait ses remerciements. Elle a régu-



L'accès à l'eau potable permet aussi de lutter avec succès contre un grand nombre de maladies de la vue. L'eau est un paramètre essentiel des programmes de santé publique. D'autres critères en sont le système de santé, l'éducation, les moyens de transport et les migrations.



Pour se procurer du vieil or, les candidats médecins-dentistes ont proposé d'étendre la carte de donneur d'organe aux dents en or. Cela vaut la peine d'y réfléchir.



L'action «Vieil or pour redonner la vue» est l'«enfant» de Beatrix Spring. C'est elle qui en a posé les fondements financiers et qui en a constamment élargi le cercle des donateurs, avec un grand professionnalisme et en faisant preuve d'un considérable engagement personnel.

lièrement informé le public sur l'action «dents en or», afin de conforter les donateurs existants et d'en acquérir de nouveaux. L'organisation de la récupération de l'or et de sa vente demandait à elle seule beaucoup de temps et de talent de négociation. Les chaudes discussions au sein de la CRS auraient découragé toute autre personne, mais pas Beatrix Spring. Ses amis et connaissances savaient tout des soucis et des joies causés par le projet. C'est ainsi qu'elle a réussi au fil des années à toucher de nouveaux cercles et à les intégrer au projet. La spécialiste en marketing Sara von Moos s'occupe depuis trois ans et à titre bénévole du marché des bijoux, une autre source d'or qu'elle a démarchée avec talent et qu'elle a défendu contre des marchands d'or douteux. Aujourd'hui, la CRS lève des fonds avec succès, sous la direction de Beatrix Spring. Elle entretient des contacts réguliers avec le fondateur, le Dr Max Schatzmann. Celui-ci se réjouit de l'évolution positive du projet. Il est très contrarié par les négociants en or peu scrupuleux qui retirent des profits indirects du projet. ■

Public Health International se distingue par son approche holistique. Nous recommandons cette publication pour ceux qui s'y intéressent:

Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit

paru chez Hans Huber éditeur, Berne ISBN 3-456-84354

Ce livre rassemble ce que l'on ne saurait plus séparer à notre époque de transactions économiques globales, de tourisme de masse, et d'échanges de connaissances devenus très faciles à l'échelle de la planète.

L'ouvrage compte environ 350 pages et s'articule en trois parties. La première, introductive, aborde de manière générale la question de l'équité de la répartition des défis en matière de santé dans le contexte de la globalisation. La deuxième partie traite des principes et des solutions possibles pour la santé publique en comparaison internationale. Elle décrit notamment la nécessité de la coopération intersectorielle et internationale des intervenants les plus divers, ainsi que de l'importance de la notion de diversité pour la santé publique. Une comparaison globale aborde en outre le développement des assurances maladie ainsi que l'importance du secteur privé, aussi bien au plan de l'assurance qu'à celui des prestations. La troisième partie est consacrée à une sélection exemplaire de problèmes de santé et de thèmes pertinents de santé publique (notamment: alimentation fautive, soins aux personnes âgées, paludisme, mortalité infantile, santé sexuelle et reproductive des jeunes). Elle expose ces sujets dans leur contexte international. Des exemples de cas et des éclairages particuliers montrent à l'évidence que l'amélioration de la situation sanitaire et la réduction des inégalités en matière de santé pour tous les habitants de notre monde constitue une obligation de plus grande responsabilité sociale et éthique, et qu'elles requièrent une analyse des systèmes de santé reposant sur des bases scientifiques.

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed

Innerhalb der Zeitschrift: SMZ

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@ssso.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 Belse, 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, Möhlin

Responsables du groupe rédactionnel romand:

Dr. Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne

Dr. Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercole Gusberty, Lugano; Dr. Serge Roh, Sierre

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMZ 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 SMZ 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

Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin

Förllibuckstrasse 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 / Exemplaies 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 / inclu TVA 2,4%

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.

117. Jahrgang / 117^e année; Auflage / Tirage 2007: 5700 Ex.; Postbestätigung WEMF

2007: 4795 Ex.; Pflichtabonnemente: 4026 Ex.; bezahlte Abonnemente: 644 Ex.;

Gratisexemplare: 125 Ex. ISSN 0256-2855