Michael Bornstein nouveau responsable du Centre de radiologie dentaire et de stomatologie des ZMK Berne

Michael M. Bornstein, Dr méd. dent., a repris en août 2007 la direction du centre, en tant que successeur de Karl Dula, Dr méd. dent., PD. Ce dernier reste responsable de la recherche et de la formation en radiologie dentaire. La rédactrice de la RMSO a rendu visite au centre et a rencontré une équipe très motivée dont font partie deux techniciennes en radiologie médicale (TRM) et deux assistantes dentaires.

Anna-Christina Zysset

A.C. Zysset

Michael M. Bornstein, nouveau responsable du Centre

Le diagnostic assisté par l'imagerie est discrètement devenu l'un des plus passionnants et intéressants domaines de spécialisation de la médecine dentaire, grâce à de nombreux et nouveaux développements des équipements. Aujourd'hui, à côté de la radiographie intraorale qui restera toujours le fondement de la médecine dentaire, on dispose maintenant de systèmes extraoraux dont certains ont été développés tout spécialement à l'intention de la médecine dentaire. Citons à titre d'exemple la tomographie volumique numérique dont le champ des applications ne cesse de s'étendre.

Innombrables possibilités

L'offre considérable de procédés différenciés en radiologie médico-dentaire et dento-maxillo-faciale s'étend des images intraorales aux vues crâniennes, à l'orthopantomographie, à la tomographie conventionnelle et à la tomographie volumétrique numérique (Digital Volume Tomography – DVT). Mais il y a aussi la sonographie, la tomographie assistée par ordinateur ou la tomographie par résonance magnétique qui peuvent prêter leur concours pour certaines indications.

Le choix du procédé d'imagerie exige déjà certaines connaissances spécialisées. L'examen et le diagnostic radiologique doivent toutefois se fonder sur l'expérience et sur l'expertise. C'est ainsi que l'on pourra déterminer avec sûreté les mesures opportunes et se garantir du point de vue forensique.

Les cours, séminaires et stages pratiques pendant les études ainsi que la formation de spécialiste protection contre les rayonnements en médecine dentaire doivent permettre aux médecins-dentistes, après l'examen d'Etat, d'effectuer des prises de vue radiographiques intraorales et extraorales, et de les interpréter. La DVT n'en fait pas partie. Le savoir-faire correspondant doit s'acquérir par des cours appropriés.

zmk Berne

L'appareil de tomographie volumétrique numérique, «employeur» des deux TRM Yvonne Rohner et Barbara Müller

Exigence de connaissances hautement spécialisées

Les différents procédés exigent aujourd'hui des connaissances hautement spécialisées, aussi bien pour la détermination des indications que pour l'interprétation des images. L'infrastructure en équipements est coûteuse et, en particulier pour les appareils spéciaux, elle n'est pas forcément rentable pour un cabinet généraliste. Ce n'est d'ailleurs pas ce qu'il faut rechercher, car seule une utilisation fréquente et routinière des appareils de radiologie permettent de respecter des normes élevées de qualité et d'assurer une protection appropriée contre le rayonnement.

Le centre de radiologie dentaire et de stomatologie propose en conséquence ses services à tous les intéressés et référents. Cette offre tendra à être de plus en plus mise à contribution, ainsi que nous l'a confié le nouveau responsable du centre. Cette «publicité bouche à bouche» semble fonctionner au mieux, en particulier avec l'Hôpital de l'Ile, de l'autre côté de la rue.

Principe ALARA

Conformément au principe «As low as reasonably achievable – ALARA», préférence est donnée au procédé de prise de vue qui entraîne la moindre dose de rayonnement. Ceci veut dire en général que le procédé «à faible dose» se voit préféré au procédé à forte dose (tomographie assistée par ordinateur).

zmk Berne

Une équipe qui garantit une compétence achevée en qualité d'imagerie et en diagnostic (de gauche à droite): Barbara Müller, Nathalia Schütz, Valérie Suter, Andrea Lafranchi, Yvonne Rohner, Michael M. Bornstein, Reto Morger

Un bon début

En reprenant le centre radiologique, Michael Bornstein va assumer une tâche de direction et de responsabilité. Comme pendant les années 90 sous la houlette de Daniel Buser, le centre radiologique et les consultations de stomatologie sont de nouveau réunis. Le nouveau responsable du centre apprécie avant tout de pouvoir reprendre de Karl Dula une équipe absolument intacte et motivée. Le groupe compte également deux techniciennes en radiologie médicale, «luxe et avantage d'une institution universitaire», se félicite Michael Bornstein. L'équipe est complétée par deux assistantes dentaires. Michael Bornstein fera tout pour assurer le bon fonctionnement du centre et atteindre les objectifs fixés par le Professeur Buser, ainsi que le bien-être de tous les collaborateurs. Si des changements doivent être apportés dans la composition des effectifs, il souhaiterait que les décisions soient prises en équipe. Il pourra aussi compter sur la grande expérience de la principale TRM, Yvonne Rohner.

Les objectifs à long terme de M. Bornstein sont une croissance saine du centre et l'approfondissement et le perfectionnement des compétences en diagnostic stomatologique et radiologique, ainsi que la collaboration interdisciplinaire avec des médecins d'autres disciplines dans le domaine de la médecine cranio-faciale. Les progrès constants dans le domaine de la radiologie numérique devront être attentivement suivis par le groupe de travail. La seule introduction de la DVT a apporté une toute nouvelle et passionnante technique de diagnostic. La technologie volumique et sa «troisième dimension» a constitué un saut quantique en faisant passer de l'OPT à la DVT. On manque encore de dispositions légales claires pour l'exploitation d'un équipement DVT. Mais ce n'est qu'une question de temps jusqu'à ce qu'une formation ciblée de plusieurs jours ancre légalement l'exploitation d'un appareil DVT. Des prescriptions dans ce sens existent déjà dans quelques pays européens.

«Désormais, je suis en mesure, avec un procédé d'imagerie du domaine maxillaire intéressant pour les médecins-dentistes, de saisir des volumes définis et de les observer et de les reconstruire en trois dimensions», précise M. Bornstein. «C'est en particulier dans le diagnostic et dans la planification des interventions de chirurgie orale que cette technologie a ouvert un grand nombre de possibilités nouvelles.»

«Chaque radiographie doit être mûrement réfléchie et correspondre à une indication précise. Il ne faut pas oublier que l'on travaille avec des rayonnements ionisants. C'est pourquoi, par exemple, les patients en stomatologie ne font l'objet d'examens par imagerie que si nous craignons que l'os soit déjà atteint», précise Michael Bornstein. «Parfois, il y a aussi des diagnostics aléatoires», ajoute le responsable du centre. «Par exemple des processus kystiques qui se développent fréquemment de manière indolore peuvent être détectés par hasard sur des prises de vue panoramiques. Leur étendue et le diagnostic possible (ou le ou les diagnostics différentiels) ainsi que la thérapie peuvent être mieux déterminés aujourd'hui grâce à la DVT.»

En pratique, c'est au premier chef au médecin-dentiste, titulaire du cabinet, qu'incombe la responsabilité des indications et du diagnostic, ainsi que la réalisation correcte des images Rx. Des formations postgrades sont constamment proposées par les ZMK Berne pour soutenir les praticiens dans ces domaines.

La constante, c'est le changement

Nul doute qu'il y ait une courbe d'apprentissage *(learning curve)* pour les images numériques. De plus, il faut satisfaire à nombre de conditions préalables techniques pour bénéficier d'une qualité optimale des images: écran convenable, bonne imprimante, etc.

C'est un très grand changement par rapport à la radiologie analogique conventionnelle, mais les avantages l'emporteront sur les inconvénients. Les évolutions nouvelles en technique Rx numérique se sont bousculées au portillon au cours de ces dernières années.

Qui donc pourrait encore s'imaginer aujourd'hui une vie sans Internet?

Extraits d'un entretien avec le Dr Urs Gebauer, PD, directeur a. i. de la Clinique d'orthodontie, ZMK Berne

Plusieurs réponses pour une image

Ces dernières années, la radiologie a connu une évolution considérable en raison des progrès de la technique. Pour le médecin-dentiste praticien qui est désireux de recourir à la radiologie, cette évolution est souvent trop rapide. Pour l'orthopédie dento-faciale, la DVT constitue une étape importante.

Anna-Christina Zysset

Le progrès technique et l'investissement financier pour la DVT dépassent de loin les possibilités d'un praticien individuel. C'est pourquoi il est compréhensible que le plus grand nombre possible de médecins-dentistes partagent un équipement radiologique pour ne pas devoir supporter seuls les coûts d'acquisition de ce matériel. De plus, les équipements sont mieux utilisés.

Les cliniques de médecine dentaire ont fait des réflexions identiques lorsqu'a été créé un centre de radiologie en médecine dentaire, afin de mettre en commun les ressources disponibles d'appareils de radiologie. L'avantage de s'équiper des appareils les plus modernes est une in-

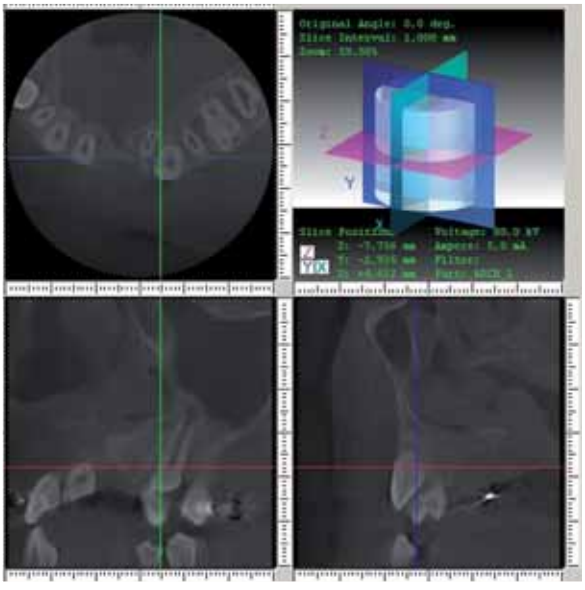
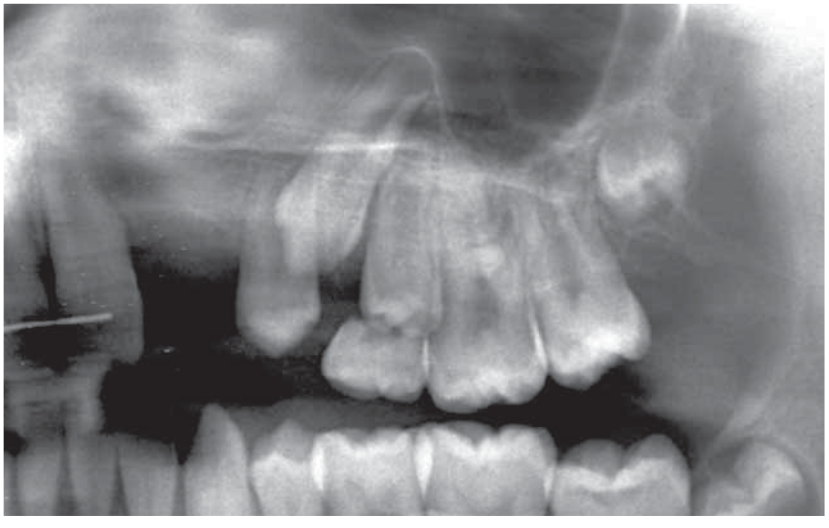


Image DVT d'une hétérotopie des dents 23, 24. Les lignes de coupe de la DVT sont marquées



zmk Berne

OPT d'une hétérotopie des dents 23, 24

citation supplémentaire pour se rallier à cette solution.

Avantages et inconvénients d'une solution centralisée

Les avantages que présente une solution centralisée sont également associés à certains inconvénients. Le patient doit traverser tout le bâtiment pour une radiographie. La formation en technique radiologique de nos assistants en pâtit, car la manipulation de ces appareils est réservée à quelques assistants spécialisés dont le nombre est restreint.

L'évolution vers l'imagerie numérique

En commençant par des films revêtus de nouvelles émulsions plus sensibles au rayonnement, on est passé aux films renforçateurs qui convertissent le rayonnement Rx en lumière visible, et aux films qui ne sont pas sensibles au rayonnement Rx mais à la lumière, ainsi qu'aux plaques qui enregistrent par exposition au rayonnement Rx et qui peuvent ensuite être lues au moyen d'un scanner. On est arrivé ensuite aux dispositifs CCD qui convertissent directement le rayonnement en un signal que l'ordinateur traduit ensuite en image. Les radiographies numériques sont ainsi devenues réalité et l'industrie parle de procédés permettant de fournir des images comparables à moindre intensité de rayonnement.

Une sensation complètement nouvelle

Les progrès mentionnés ont également eu pour conséquence que la tomographie numérique est devenue accessible au médecin-dentiste. Cette technique donne des sensations visuelles toutes nouvelles, car l'image peut porter sur des coupes de l'objet permettant de voir plusieurs plans différents. L'image Rx conventionnelle de la tête est un conglomérat de plans confondus, souvent difficiles à isoler. Des anomalies peuvent être saisies dans toutes les dimensions de l'espace. On sait peu de choses des processus de croissance transversale car les études fondamentales ont reposé sur des images bidimensionnelles alors que la croissance s'est étudiée surtout dans le sens sagittal. La tomographie permet de nouvelles découvertes dans ce domaine.

Extension du champ d'investigation

Les nouvelles techniques élargissent le champ d'investigation ouvert à la radiologie. Les questions peuvent désormais s'adresser à tout l'espace, ce qui conduira sans nul doute à l'augmentation de la demande en imagerie. Il en résulte immanquablement un accroissement de l'exposition au rayonnement et il faudra réfléchir à la question de savoir dans quelle mesure un clinicien exercé aura besoin d'une confirmation par l'image.

La DVT est une bénédiction pour l'orthopédie dento-faciale

Le spécialiste en orthopédie dento-faciale profite de l'avantage qu'une seule tomographie par ordinateur peut répondre à nombre des questions qu'il se pose. L'image contient la radiographie panoramique conventionnelle, l'orthopantomogramme conventionnel et propose simultanément toutes les coupes imaginables de l'objet. C'est un immense avantage notamment pour la localisation des dents incluses ou ectopiques dont l'image peut être étirée ou allongée. Le procédé permet également de répondre aux questions qui se posent pour la prise en charge par les caisses maladie.

Une telle image radiographique panoramique peut aussi être imprimée, calquée manuellement et évaluée. Nombre de spécialistes expérimentés en orthopédie dento-faciale ne veulent pas renoncer à cette méthode, car le dessin permet de mieux «sentir» le crâne.

Bien qu'une seule prise de vue permette de répondre à de nombreuses questions en orthopédie dento-faciale, il reste encore à déterminer dans quelle mesure une image DVT par tomographie numérique peut être comparée à une image radiographique panoramique conventionnelle. Pour répondre à cette question, on manque à la fois de données et d'expérience. Incertaine est aussi sa valeur, par exemple pour le diagnostic de la carie, pour lequel on a besoin d'images aussi nettes que possible.

Les 50e ans de la Société Suisse d'orthopédie dento-faciale (1957–2007)

Harmonie avec mordant

Le 15 novembre dernier, la Société Suisse d'orthopédie dento-faciale (SSODF) a célébré son 50e anniversaire. C'est l'occasion de jeter un bref regard en arrière: la spécialisation de cette discipline a été à l'origine, au sein de la SSO, d'un certain remue-ménage.

Felix Adank, service de presse et d'information SSO (illustrations tirées du livre «Harmonie avec mordant»)

La présente contribution se fonde sur une étude du journaliste bernois Bernhard Schär: «Harmonie avec mordant. Une contribution à l'histoire de l'orthopédie dento-faciale et des médecins-dentistes dans le système suisse de la santé», publiée par la Société suisse d'orthopédie dento-faciale.

(Traduction de Jean-Jacques Gindrat)

Le médecin-dentiste de la cour Wilhelm Pfaff, directeur de la division de médecine dentaire de l'Université de Leipzig, a donné en 1908 la définition suivante de l'orthopédie dento-faciale: «Nous voulons non seulement permettre l'acquisition par le patient de rapports d'occlusion normaux, mais également, dans la mesure du possible, améliorer l'esthétique de la face en nous efforçant d'éliminer par le redressement toute forme de dysharmonie dans la constitution de cette dernière qui a son origine dans une anomalie des structures osseuses.»

Dans les universités suisses, au cours de la première moitié du XXe siècle, l'orthopédie dento-faciale a été enseignée par des médecins-dentistes, mais aussi par des anthropologues et des ethnologues. Les pionniers de l'orthopédie dento-faciale s'appellent Roland Bay (Université de Bâle), Etienne Fernex (Genève), Paul Herren (Berne) et Rudolf Hotz (Zurich). On doit au professeur Hotz la fondation, le 15 novembre 1957, avec 30 collègues spécialisés, d'un «Groupe d'étude suisse en orthopédie dento-faciale (SKS)», s'inspirant des «study groups» américains. Dans un premier temps, ce groupe a été considéré avec méfiance par la Société suisse d'odonto-stomatologie: dans le cadre de la mise sur un pied d'égalité avec les médecins, la solidarité et l'homogénéité de l'organisation professionnelle étaient les mots d'ordre du moment. Une spécialisation dans certaines disciplines particulières était alors réprouvée, le principe essentiel étant l'égalité de tous les médecins-dentistes non affiliés à une université.

Une tendance précoce vers la spécialisation

En dépit de cette attitude de la part de la SSO, les orthopédistes dento-faciaux se sont d'emblée efforcés d'obtenir leur reconnaissance en qualité de spécialistes. Deux motifs étaient au premier plan: d'une part, le souhait de pouvoir pratiquer exclusivement l'orthopédie dento-faciale au cabinet, d'autre part, le droit de porter le titre afférent à leur spécialisation, afin d'apparaître aux yeux des patientes et des patients comme experts en matière de traitements dento-faciaux. Ce n'est pas un hasard si la manœuvre était conduite par les professeurs Herren et Hotz: les instituts d'orthopédie dento-faciale des Universités de Berne et Zurich étaient en tête au niveau suisse et abritaient leur propre division d'orthopédie dento-faciale. Dans un rapport d'expertise, Hotz et Herren ont décrit que la demande en augmentation des traitements en orthopédie dento-faciale n'allait plus pouvoir être satisfaite pendant longtemps encore par les seules universités. Hotz argumentait en affirmant que, pour des cas difficiles et de longue durée, on avait besoin de spécialistes qui exerceraient une activité en qualité de directeurs de clinique dentaire scolaire ou de détenteur d'un cabinet dans les villes. Dans son expertise, Herren insistait sur le fait que la spécialisation devait s'appuyer sur un bon fonctionnement de la transmission des patients. Le praticien généraliste étant chargé du triage entre les cas simples et ceux plus complexes, Herren demandait une formation aussi bonne que possible des médecins-dentistes dans cette discipline.

Les futurs spécialistes en orthopédie dento-faciale auraient-ils le droit de faire état de leur titre en public? Hotz plaidait en faveur de la mention sur la plaque du cabinet, Herren comprenait les intérêts légitimes des collègues praticiens généralistes: il convenait de tenir compte de leur crainte que les patientes et les patients les considèrent comme moins qualifiés.

Le compromis bernois

Le professeur Paul Herren, tout en proposant à la SSO d'attribuer le titre de spécialiste, suggérait que cette dernière exige toutefois qu'il ne soit pas porté à la connaissance du public, de telle sorte que la spécialisation ne soit connue que parmi les médecins-dentistes. En 1960, la SSO refusa d'entrer en discussion sur ce sujet – mais les orthopédistes dento-faciaux ne se laissèrent plus détourner de leur objectif.

L'assurance invalidité, entrée en vigueur en 1960, exigeait avant 1975, que tous les cas AI concernant les chiffres 208, 209, 210 et 214 de la liste des infirmités congénitales soient examinés par un institut universitaire de médecine dentaire. Sur proposition de l'OFAS, qui cherchait de toute urgence une définition précise des cas d'invalidité relevant de l'orthopédie dento-faciale en droit de bénéficier de prestations AI, la SKS mit sur pied une commission comprenant les directeurs des instituts Bay, Fernex, Herren et Hotz, ainsi que quatre assistants: Gutherz (Bâle),

Manque de place dans la région antérieure du maxillaire inférieur en dentition mixte

Demisch (Berne), Righetti (Lausanne) et Rinderer (Zurich). Le secrétaire de la SKS, Demisch, s'est efforcé de convaincre le président de la SSO de l'époque, Hans Fahrländer, d'adopter une attitude positive à l'égard de l'activité d'expert pour l'AI: il s'agirait de «spécialistes en la matière, en mesure de représenter également les intérêts généraux de la SSO.»
La SSO accepta la création d'une commission AI constituée uniquement de représentants de la SKS qui, dès lors, put négocier, au nom de la SSO, de problèmes concernant la discipline avec l'OFAS. Cette reconnaissance indirecte de la SKS par la SSO a rompu la glace et de nouvelles discussions au sujet de la spécialisation purent avoir lieu, les organes dirigeants de la SKS et de la SSO se rapprochèrent. Le 8 mars 1969, l'assemblée des délégués de la SSO accepta, par 72 oui, 0 non et cinq abstentions, de reconnaître l'orthopédie dento-faciale au titre de première discipline spécialisée.

Enregistrement en cire des relations intermaxillaires pour le positionnement correct des modèles des maxillaires supérieur et inférieur

Titre secret de spécialiste

Aucun privilège ne devant être toléré dans les rangs de la SSO, les spécialistes en orthopédie dento-faciale durent, dans un premier temps, garder leur titre secret. Seuls les collègues leur adressant des patients devaient être au courant des aptitudes qu'ils avaient acquises. Ce n'est qu'en 1979 que les spécialistes en orthopédie dento-faciale ont eu le droit d'afficher publiquement leur titre de spécialiste. Cet accroissement de prestige s'accompagnait également de responsabilités plus grandes: depuis 1976, toutes et tous les spécialistes en orthopédie dento-faciale ont obtenu la compétence de pratiquer les expertises d'orthopédie dento-faciale en faveur de l'AI. L'attribution du titre de spécialiste est liée à un examen très exigeant, auquel on ne peut se présenter qu'après une formation de spécialiste d'une durée de quatre ans: trois ans de formation spécialisée dans une clinique d'orthopédie dento-faciale d'un centre universitaire suisse. Une quatrième année de formation est consacrée à l'approfondissement de la médecine dentaire générale.
Les orthopédistes dento-faciaux ont été ainsi les pionniers des quatre titres de spécialistes reconnus au plan suisse. Ils ont lutté avec persévérance et pugnacité pour leur droit à une spécialisation – tout en se considérant toujours comme des membres de la Société suisse d'odonto-stomatologie et en mettant à disposition de cette dernière leurs compétences d'ex-

«Etudier objectivement les demandes AI»

Un entretien avec Wanda Gnoinski, directrice scientifique d'unité au centre de médecine dentaire, orale et de chirurgie maxillo-faciale de l'Université de Zurich

Entretien: Bernhard Schär (Traduction de Jean-Jacques Gindrat)

Madame Gnoinski vous êtes la présidente de la commission pour les questions d'assurance de la Société suisse d'orthopédie dento-faciale (SSODF). Quelles sont plus précisément les questions que vous devez étudier?
Notre travail a deux aspects: nous sommes d'une part à la disposition de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) pour des conseils spécialisés dans le cadre de l'exécution de la loi sur l'AI et de ses ordonnances. D'autre part, nous jouons également un rôle d'intermédiaire en faveur de nos collègues praticiens. L'AI définit, dans sa liste des infirmités congénitales, un certain nombre de malpositions des dents et de la mâchoire pour lesquelles elle prend en charge le traitement. Dans les infirmités graves, les membres spécialisés de notre société de discipline déterminent s'il s'agit d'un cas d'infirmité congénitale relevant de l'AI et si, le cas échéant, il existe un droit à la prise en charge du traitement par l'AI. Il peut parfois arriver que des cas ne figurent pas sur la liste des infirmités congénitales, alors qu'il s'agit de toute évidence d'une anomalie de naissance grave. Nous étudions de tels cas dans la commission et demandons, s'il y a lieu, une adaptation de la liste des infirmités congénitales. Les demandes sont soumises à une commission spécialisée dirigée par l'OFAS, qui comprend des représentants des disciplines médicales les plus variées. En ce qui me concerne, sur mandat de la SSO, je représente dans

Wanda Gnoinski

mâd

est née en 1944, elle est la fille d'un ingénieur et d'une employée de commerce qualifiée. Elle a grandi à Winterthour et a étudié la médecine dentaire à l'Université de Zurich. Après un crochet d'une année dans un cabinet privé, elle y a suivi la spécialisation post-diplôme de trois ans en orthopédie dento-faciale. Elle s'est très rapidement consacrée à la prise en charge très exigeante de patients souffrant de cheilo-gnatho-palatoschisis et d'autres anomalies congénitales de la région de la mâchoire. Depuis 1992, Wanda Gnoinski est directrice scientifique de la clinique d'orthopédie dento-faciale et de médecine dentaire pédiatrique de l'Université de Zurich. Wanda Gnoinski avait été nommée le 1er septembre 2003 directrice ad interim, elle a occupé le poste jusqu'à la nomination du nouveau professeur ordinaire au début d'avril 2005. Wanda Gnoinski s'engage par ailleurs dans des instances scientifiques et de politique professionnelle, en Suisse et à l'étranger, concernées par l'orthopédie dento-faciale et le traitement des divisions labio-palatines.

Illustrations tirées du livre de Bernhard Schär

Tracé sur calque des repères céphalométriques pour la mesure métrique sur une téléradiographie

cette commission les intérêts des médecins-dentistes.

Quels sont, dans le domaine de l'orthopédie dento-faciale, les «infirmités congénitales» les plus importantes?
Pour l'ensemble de la Suisse, le chiffre 208 concerne annuellement environ 16 000 cas sous traitement, c'est, tant du point de vue financier que du nombre de cas, celui qui a la plus grande importance. Il s'agit de patients présentant une micromandibulie sévère. Dans de tels cas, l'AI prend en charge ceux qui dépassent certaines valeurs limites en céphalométrie. La céphalométrie est une méthode diagnostique permettant de mesurer la position de la mâchoire dans le squelette crânien. Les valeurs limites déterminantes pour l'AI se fondent sur des examens pratiqués sur des populations présentant des rapports idéaux au niveau de leurs mâchoires. Dans la distribution de leur fréquence, ces cas se situent au-delà de la deuxième déviation standard.

Faudrait-il adapter cette valeur limite?
Il est très difficile de répondre à cette question. Pour l'essentiel, il s'agit de la valeur d'un angle que nous appelons l'angle ANB. Actuellement, la limite se situe à 9 degrés. En tenant compte de cet angle, un nombre relativement grand de patientes et de patients peuvent bénéficier de prestations AI. Si l'on augmentait cette valeur à 10 degrés, la haie à franchir pour avoir le droit à des prestations AI serait extrêmement élevée.

Les spécialistes en orthopédie dento-faciale ne font-ils pas face à un dilemme – en leur qualité de médecins privés ils doivent veiller au bien de leurs patients, en tant qu'experts, ils doivent tenir compte des intérêts financiers des autorités?
C'est vrai. Mais heureusement, en particulier par rapport aux médecins, nous sommes dans une position confortable. Les directives concernant la liste des infirmités congénitales auxquelles nous devons nous tenir, dans le domaine de la médecine dentaire, sont définies avec précision. Nous avons par conséquent la possibilité d'expliquer sans équivoque à nos patientes et nos patients, respectivement à leurs parents, que nous allons examiner objectivement et concrètement leur demande de moyens AI. Nous nous efforçons, dans nos rangs, d'appliquer correctement les dispositions de l'AI. La grande majorité de nos collègues agit de la sorte.

Que pèse l'orthopédie dento-faciale pour l'AI? La liste des infirmités congénitales comprend plus de 400 chiffres, parmi ceux-ci, seul un petit nombre concerne la médecine dentaire.
Les chiffres 201 à 218 nous concernent avant tout, sachant toutefois qu'un certain nombre d'infirmités congénitales ne surviennent pour ainsi dire jamais dans la réalité. Le total des dépenses pour les traitements de médecine dentaire s'élevait en 2006 à peine 56,5 millions de francs. Ce chiffre comprend également des prestations de chirurgie maxillo-faciale et de prothétique médico-dentaire. Si l'on compare à l'ensemble des dépenses de l'AI, qui se montent à environ 11,5 milliards de francs, c'est très peu.

Dans de telles conditions, ne serait-il pas possible de dire: ne voulons-nous pas, par des définitions aussi précises que possible, éviter de surcharger l'AI. Comme partout, lorsqu'on se sert de définitions, il y a des cas limites laissés à l'appréciation des experts. Ces derniers les appliquent en fonction du principe «le doute doit bénéficier au patient».
Un tel régime ne menacerait certainement pas l'AI dans ses fondements. Mais il faut savoir que l'AI, dans les cas qu'elle accepte, est en principe généreuse. Elle l'est beaucoup plus que les assurances sociales d'autres pays. Celui qui a besoin d'un travail reconstructif ou d'un implant, ne recevra pas seulement le minimum mais la solution indiquée pour le cas précis selon les critères actuels de la médecine dentaire. Une telle générosité n'est possible que si l'on évite de surexploiter le système. C'est pourquoi nous sommes pour une appréciation très soigneuse et prudente des cas limites également.

A côté des questions de définition, l'AI a posé à l'association professionnelle certains défis financiers: un tarif AI fixe est en vigueur, il limite la possibilité de conventions d'honoraires libres.
Oui, ce tarif a été élaboré au cours des années 1970 au moyen de mesures de temps, puis révisé ultérieurement sur la base de critères d'économie d'entreprise. A cette époque, l'orthopédie dento-faciale était constituée essentiellement d'appareils amovibles et plus rarement fixes. A cette époque, le traitement était beaucoup plus exigeant du point de vue manuel qu'aujourd'hui. Il en résulte, selon les critères actuels, des mesures de temps relativement généreuses. C'est la raison pour laquelle les orthopédistes dento-faciaux, dans les années 1970, bénéficiaient d'un revenu confortable. L'absence, depuis plus de dix ans, d'une adaptation de la valeur du point tarifaire au renchérissement, a relativisé quelque peu la situation. De plus, on peut constater une concurrence allant croissant parmi ceux qui ont accompli des programmes de formation suisses, ainsi que les conséquences de la libre circulation des personnes.

La libre circulation des personnes donne le droit aux spécialistes de l'espace de l'UE de garder leur titre de spécialiste en Suisse et d'établir des expertises à l'intention de l'AI. Comment évaluez-vous cette situation?
C'est effectivement devenu un problème. En effet, seuls les spécialistes reconnus par la Confédération sont habilités à établir une expertise. Depuis l'entrée en vigueur de la libre circulation des personnes, la Suisse reconnait également les titres de spécialiste obtenus dans l'UE. L'examen de spécialiste suisse est organisé par l'association professionnelle, il est considéré, au niveau international, comme assez difficile. On doit accepter de lui consacrer beaucoup de temps et il coûte cher. Comme il ne s'applique qu'à l'activité d'expertise en faveur de l'AI et qu'il n'est pas exigé pour la prise en charge du traitement de patients relevant de l'orthopédie dento-faciale, un grand nombre de ceux qui ont suivi une filière d'étude post-diplôme en orthopédie dento-faciale renoncent à passer l'examen de la société de discipline. Chez nous, à l'université de Zurich, c'est le cas de 20% d'entre eux. Ils sont donc désavantagés par rapport à des spécialistes étrangers immigrés. La SSODF n'a pas encore fini de s'occuper de ce problème.

Possibilités et limites de la coopération au développement

Ce sont maintenant cent mille patients qui peuvent espérer recevoir des soins dentaires depuis l'arrivée à Mseleni de Jan Dähnhardt, Dr méd. dent. En Suisse, il y a 503 médecins-dentistes pour ce nombre d'habitants. Jan Dähnhardt a réussi à convaincre la direction de l'hôpital d'engager d'urgence un médecin-dentiste local afin de garantir le caractère durable du travail entrepris.

Jan Dähnhardt, Anna-Christina Zysset (suite)

C'est maintenant l'été en Afrique du Sud. La chaleur et l'humidité oppressent le pays. Même la pluie du matin n'apporte aucune fraîcheur. Une brise légère souffle et donne un effet rafraîchissant à la transpiration qui perle sur mon front.

L'arracheur de dents

L'hôpital de Mseleni assure la déserte médicale de près de cent mille habitants. Ceci signifie qu'un thérapeute dentaire et, nouveauté, un médecin-dentiste doivent s'occuper à eux seuls de deux millions et demi de dents. Ce chiffre à lui seul pourrait en effrayer plus d'un. Quand je me rends le matin à un dispensaire à l'extérieur, il y a déjà quarante patients qui nous attendent. Nous montons le fauteuil et préparons les instruments. Le premier patient s'assied dans le fauteuil et ouvre la bouche. Je frémis en voyant quatre vestiges de racines, deux dents détruites et trois petites caries. La patient montre ses dents détruites et me lance un regard plein d'espoir. Il doit souffrir le martyr depuis plusieurs semaines déjà. «Non, ce n'est que cette dent qui fait mal. Celle-ci ne me fait vraiment pas mal. N'arrachez qu'une seule dent. Bon, d'accord … le reste de racine peut aussi être enlevé.» Les gens qui fréquentent ce dispensaire extérieur ne connaissent le médecin-dentiste que comme l'«arracheur de dents». Ils ne viennent le voir que lorsque la douleur devient insupportable. Il faut d'abord s'être préparé à sacrifier une dent, avant que de venir voir l'«arracheur de dents».

Limitation à vint-cinq interventions par jour

Grâce à la limitation à vingt-cinq traitements par jour associée à l'augmentation des dessertes des dispensaires extérieurs, l'assistant dentaire doit maintenant faire moins d'heures supplémentaires, ce qui a permis d'accroître notablement la qualité des soins prodigués. La plus grande durée des traitements me permet maintenant d'«assainir» complètement un patient, c'est-à-dire d'extraire en une seule fois toutes les dents cariées. Cette manière de faire ne convient pas à tous les patients, car nombre de ceux qui viennent chercher de l'aide ne sont pas prêts à «sacrifier» plus d'une dent par séance.

Ce nouvel aménagement des soins permet toutefois d'avoir du temps pour la prophylaxie individuelle, voire même pour un nettoyage des dents. Chaque fois que cela est possible, les dents antérieures et les prémolaires sont préservées, mais cela entraîne inévitablement un renvoi à l'hôpital de Mseleni. Malheureusement, nous ne touchons ainsi que certaines personnes: la majeure partie de la population nous échappe complètement!

Instruction à la prophylaxie

En août, avec la collaboration de l'auxiliaire de santé scolaire, nous avons rendu visite aux écoles des environs et vus près de deux mille enfants. Tout d'abord, l'auxiliaire de santé scolaire parle de questions générales de santé. Ensuite, je montre l'anatomie des dents et M. Ntanzi, notre thérapeute dentaire, parle de la prophylaxie. Entre-temps, il y a eu des jeux de devinettes auxquels les enfants participent avec enthousiasme. Le brossage des dents est montré sur un mannequin et quelques enfants font la démonstration de leurs talents. M. Ntanzi montre aussi comment utiliser le fil dentaire et parle des affections du parodonte. L'attention des enfants est entretenue et récompensée en fin de matinée par la distribution de cadeaux, sous forme d'une brosse à dents et de dentifrice.

Afin de s'adresser également aux adultes, on forme depuis peu aussi des auxiliaires de santé dans les villages. Ce sont des volontaires qui encadrent et soignent les malades. Ils leur rendent

Jan Eric Daenhardt

L'hôpital sud-africain assure la desserte médicale de 100 000 habitants de la région.

Jan Eric Daenhardt

On s'exerce sur un modèle tout en s'amusant.

Où en êtes-vous avec vos dents?

visite et s'assurent de la prise des médicaments. Des formations et des ateliers sont régulièrement proposés à ces auxiliaires de santé. Notre thérapeute dentaire est libéré quelques jours de temps en temps pour instruire la population en matière de santé buccale.

Du fil dentaire pour la moitié d'un salaire journalier?

C'est afin d'améliorer l'hygiène dentaire de la population que je me suis mis à la recherche d'un commerçant qui vendrait du fil dentaire. J'en ai finalement trouvé dans un supermarché à vingt kilomètres de Mseleni. Le prix de ce fil dentaire m'a vite fait déchanter. Il était notablement plus cher qu'en Suisse. Avec ce qu'il fallait payer pour du fil dentaire, on aurait pu s'offrir dix miches de pain, ce qui représente la moitié d'un salaire journalier. Mais qui donc voudrait acheter du fil dentaire? Par contre, la population locale peut se procurer facilement du dentifrice et des brosses à dents.

Panne de courant

Soudain une panne de courant … et qui a duré trois jours. En même temps: plus d'eau courante. J'ai dû rechercher tout de suite où trouver de l'eau de bonne qualité pour ma famille, et la transporter jusqu'à la maison. Lorsqu'il y a une panne de courant dans l'une des cliniques, ceci signifie la plupart du temps l'interruption des traitements. Dès que tous les instruments propres ont été utilisés, il nous faut rassembler nos affaires et retourner à l'hôpital. Il possède un générateur électrique et nous pouvons y stériliser les instruments souillés.

Gestion des patients en Afrique

A l'hôpital, on peut se présenter tout simplement en urgence, ou bien fixer un rendez-vous pour un traitement. Des rendez-vous sont donnés pour des nettoyages de dents, des traitements du parodonte, des interventions chirurgicales ainsi que pour des mesures de préservation de la dentition, telles qu'obturations et mesures endodontiques. L'idée que l'on se fait d'un rendez-vous n'a rien à voir avec ce qui se passe en Suisse. Il n'est pas inhabituel qu'un patient inscrit pour onze heures du matin n'apparaisse qu'à une heure, ou bien qu'il soit sur place dès neuf heures et attende, ou bien qu'il ne vienne pas du tout. Du point de vue des patients, on peut le comprendre. La plupart d'entre eux n'ont pas de moyen de transport, pour ne rien dire de l'institution des transports publics. Un taxi ne démarre que lorsque la dernière place est occupée. S'il pleut, les chemins de terre ou de gravillons deviennent des marécages, voire des rivières, de telle sorte qu'il est tout à fait impossible de se rendre à un rendez-vous. En fait, c'est une affaire de chance. On traite les urgences entre les rendez-vous. Mais leur nombre varie fortement. Quelquefois, après un long week-end, il y a vingt patients devant la porte. S'il pleut, il n'y en aura que deux alors que l'on avait réservé du temps pour traiter six personnes.

Bureaucratie sud-africaine

L'Afrique du Sud est un pays rempli de contradictions. Pour nombre de choses, tout marche comme en Europe. Cependant, le temps semble s'être arrêté dans cette partie du KwaZulu Natal. Quelqu'un a dit une fois: «La bureaucratie, c'est comme un mouvement d'horlogerie: les rouages tournent lentement et tout le temps. En Europe, les rouages tournent de concert. Tel n'est malheureusement pas le cas en Afrique.» Il se produit sans cesse des choses qui, malgré ma patience, me mettent de mauvaise humeur, voire même au bord des larmes. Une inspection d'hygiène à l'hôpital a constaté que la désinfection de nos instruments se faisait dans une glacière remplie de désinfectant. Ceci est inadmissible, même pour les normes africaines en matière d'hygiène. L'inspectrice a donc ordonné que nous utilisions un récipient en acier inoxydable. Pleins d'obéissance, nous avons rempli de nombreux formulaires pour commander le récipient exigé. Coût de l'opération: environ trente francs suisses. Deux semaines plus tard, notre demande a été rejetée car le budget était épuisé. Conclusion: non-respect des directives en matière d'hygiène et consommation de glaces totalement fondues …

Mseleni offre un grand nombre de possibilités d'action. Si vous voulez venir au KwaZulu Natal en tant que volontaire, il faut vous enregistrer auprès des autorités de santé sud-africaines, ce qui prend beaucoup de temps. C'est pourquoi je vous recommanderais de prévoir une durée de séjour d'au moins quatre semaines. Mseleni n'offre pas seulement d'intéressantes possibilités d'expériences en médecine dentaire, mais aussi un grand nombre de destinations touristiques que l'on peut atteindre lors une excursion d'une journée, ou pendant le week-end.

Vous trouverez de plus amples informations à l'adresse www.mseleni.co.za ou auprès du directeur médical de l'hôpital: Dr V. G. Fredlund victor@mseleni.co.za.

PULSUS – symposium sur l'aménagement de la loi sur l'assurance-maladie

Echec de l'économie planifiée d'Etat dans le domaine de la santé

«Moins d'économie planifiée d'Etat, plus de liberté de manœuvre, plus de responsabilité personnelle pour les thérapeutes et pour les patients», telles sont les conclusions du symposium de l'Association PULSUS tenu au début du mois de novembre passé à Berne. Les assurés sont tout à fait disposés à assumer plus de responsabilités: c'est ce que révèle une enquête représentative menée par PULSUS.

Paul Felber, porte-parole médias de l'Association PULSUS

«L'Association PULSUS s'engage en faveur d'une médecine libérale et socialement responsable. De par notre nature même, nous sommes très sceptiques envers l'excès de réglementations étatiques, car nous sommes convaincus que la mise sous tutelle des thérapeutes conduira immanquablement à la mise sous tutelle des patients», a déclaré Hans Notter, président de PULSUS, dans son introduction. Pour PULSUS, le patient est toujours au centre des préoccupations, a précisé Hans Notter: «Nous autres de PULSUS, nous donnons régulièrement la parole aux patientes et aux patients dans le cadre de nos enquêtes. Cette année encore, nous voulions savoir ce que désire véritablement le patient, et ce dont il ne veut pas.»

Payer de sa poche les cas bagatelles

L'enquête conduite par l'institut de recherche de marché Démoscopie a montré que les assurés sont en majorité satisfaits du système suisse de santé et qu'ils considèrent que le rapport coûts/avantages est bon. Interrogés concrètement sur les réformes envisagées en politique de la santé, ils donnent l'image suivante: une notable majorité des Suissesses et des Suisses est disposée à payer de sa poche les cas bagatelles, à condition que les primes puissent baisser. 69% d'entre eux sont d'accord, 26% sont contre. En Suisse alémanique, ce sont même 73% des personnes interrogées qui sont en faveur de cette mesure d'économie. Par ailleurs, les patientes et les patients refusent la suppression du droit au libre choix du médecin, refusent le budget global pour les médecins et sont majoritairement contre les modèles HMO. Par contre, ils sont favorables au modèle du médecin de famille et à la remise de médicaments génériques.

Incitations légales erronées

L'orateur invité, Markus Moser, ancien directeur de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), s'est déclaré dans son exposé en faveur d'une concurrence accrue et d'une plus grande liberté dans le domaine de la santé. Il a appris de sa propre expérience que l'économie planifiée d'Etat ne fonctionnait pas dans ce domaine. Initialement, il était de l'avis que les problèmes dans le domaine de la santé et dans l'assurance-maladie pourraient être résolus par la législation. Tel n'a pas été le cas. En se retournant sur l'expérience passée, il a dû constater que les réglementations étatiques n'ont fait qu'instaurer des incitations erronées. Markus Moser considère que ce sont les listes positives qui se sont avérées les plus inappropriées. M. Moser pense qu'il ne faut pas tenir des discussions abstraites sur les prestations, mais s'attaquer à chaque cas particulier de traitement. Le contrôle de l'économicité et de la qualité des prestations thérapeutiques est essentiel, l'assurance qualité étant au premier chef de la responsabilité du fournisseur de prestations. «Un système de santé libéral exige de faire preuve de responsabilité propre de la part des thérapeutes, mais aussi du côté des patients. La garantie d'un système de santé libéral dépend en grande partie des thérapeutes eux-mêmes», a précisé Markus Moser.

Critique des mesures étatiques d'incitation

Un débat animé s'est tenu après les exposés. De nouvelles critiques ont été formulées à l'encontre des mesures étatiques d'incitation qui ont manqué leur objectif, tel le blocage de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux. Ce blocage a eu pour conséquence que les hôpitaux engagent de plus en plus de médecins à demeure et occupent de moins en moins de médecins indépendants. Les frais de personnel ont alors considérablement augmenté en raison des strictes conditions relatives à la durée du travail. On a également critiqué le fait que le modèle du médecin de famille n'a apporté aucunes économies en pratique, car l'offre n'a été utilisée que par les assurés qui se rendent de toute façon d'abord chez leur médecin de famille en cas de maladie. L'idée de multiplier le nombre de cabinets collectifs n'a pas non plus convaincu la majorité des participants au symposium.

PULSUS – pour une médecine libérale et socialement responsable

PULSUS est une association politiquement et géographiquement indépendante, qui n'est inféodée à aucun parti et qui rassemble des praticiens du système de santé. PULSUS lutte contre les excès de la réglementation dans le domaine de la santé, s'élève contre le diktat des caisses-maladie et s'oppose à toute médecine d'Etat bureaucratique. L'association compte près de 4500 membres.

mad

La santé bucco-dentaire en Suisse est d'un niveau très élevé, car les gens assument leur responsabilité personnelle.

Les médecins-dentistes cités en exemple

Lors du symposium de PULSUS et pendant la discussion sur l'aménagement de l'assurance-maladie, les dentistes ont été cités en exemple à plusieurs reprises. Les dentistes seraient en effet, dans le système de santé, le groupe professionnel «qui ne se jette pas au cou de Mère Helvétie», a dit un participant. En général, presque tous les intervenants du système de santé voudraient pouvoir facturer leurs prestations à la charge de l'assurance de base. Les dentistes seraient une louable exception à cette règle. Un autre participant aux débats a mentionné que la santé bucco-dentaire était particulièrement bonne en Suisse, pays à la pointe en comparaison internationale, «car les patients assument leur propre responsabilité: on ne peut pas simplement faire payer les frais de traitement par l'assurance.»

Centenaire de la Société des médecins-dentistes de Thurgovie

La Société des médecins-dentistes de Thurgovie (Thurgauer Zahnärzte-Gesellschaft – TZG) a célébré son centenaire en publiant une plaquette de jubilé. La célébration a vu l'exécution de différentes œuvres du médecin-dentiste et compositeur Alfred Schlenker (1876–1950), et la fête organisée par Eugen Ettlin a été une grande réussite.

Anna-Christina Zysset (photos: màd)

Les comédiens du Théâtre Blitz ont proposé un aperçu des premières années de la TZG avec le poème de Wilhelm Busch:

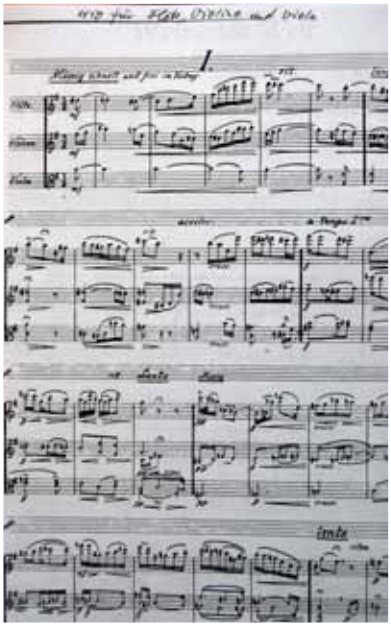
Hansjörg Enz, ancien présentateur du journal télévisé, a conduit trois entretiens sur les cent dernières années. Eugen Ettlin, auteur de la plaquette de jubilé, a présenté les années 1907 à 1957 et Rolf Hess s'est penché sur la période de 1957 à nos jours. Selon Eugen Ettlin, des personnalités telles qu'Adolf Brodtbeck et son gendre Freidrich Wellauer ont marqué de leur empreinte la fondation de la Société odontologique suisse, devenue aujourd'hui la SSO. L'exposé d'Urs Brägger, de l'Université de Berne, sur la recherche en médecine dentaire a été tout à fait passionnant.

Eugen Ettlin, organisateur et auteur de la plaquette de jubilé

Zahnschmerz

Das Zahnweh, subjektiv genommen,
ist ohne Zweifel unwillkommen;
doch hat's die gute Eigenschaft,
dass sich dabei die Lebenskraft,
die man nach aussen oft verschwendet,
auf einen Punkt nach innen wendet
und hier energisch konzentriert.
Kaum wird der erste Stich verspürt,
kaum fühlt man das bekannte Bohren,
das Zucken, Rucken und Rumoren,
und aus ist's mit der Weltgeschichte,
vergessen sind die Kursberichte,
die Steuern und das Einmaleins,
kurz, jede Form gewohnten Seins,
die sonst real erscheint und wichtig,
wird plötzlich wesenlos und nichtig.
Ja, selbst die alte Liebe rostet,
man weiss nicht, was die Butter kostet,
denn einzig in der engen Höhle
des Backenzahnes weilt die Seele,
und unter Toben und Gesaus
reift der Entschluss: Er muss heraus!

Verena Bosshard incarne Mademoiselle Schlenker en conversation avec un patient.



Partition de Schlenker

En pleine conversation: François Keller et Bernard Fillettaz, du comité de la SSO

Urs Brägger et son épouse, accompagné d'Urs Thüer, tous deux de l'Université de Berne

Congrès mondial de la FDI (Dubaï)

Le congrès mondial annuel de la FDI s'est déroulé du 24 au 27 octobre 2007 à Dubaï. Cette importante manifestation du monde dentaire a été agendée fin octobre, pour que les participants profitent pleinement des températures fort agréables à ce moment de l'année.

Dr Philippe Rusca (texte et photos)

Dubaï, côté jardin …

C'est à partir du 21 octobre déjà que les «fora» publiques et assemblées statutaires ont débuté pour les nombreux délégués venus du monde entier. Il faut relever que la participation a été particulièrement importante, Dubaï étant facilement accessible au départ de tout continent. Les assemblées se sont déroulées dans le somptueux «Dubaï International Convention and Exhibition Centre».Toutes les conditions paraissaient réunies pour que tout se déroule au mieux … un incident regrettable est pourtant à relever: une importante délégation d'Israël (env. 150 praticiens) s'était annoncée pour le congrès 2007. Trois semaines avant le début, le gouvernement des Emirats Arabes Unis a informé Israël que seul vingt visas seraient accordés pour des raisons de sécurité. Le président de l'Association dentaire d'Israël a de ce fait décidé qu'aucun Israélien ne participerait au congrès de Dubaï. J'estime qu'il est inadmissible, pour une institution internationale telle que la FDI, que des conditions cadres et des négociations antérieures n'aient pas empêché une telle débâcle. Quelques points forts de ces réunions:

- La Doctoresse Michèle Aerden (B), première femme présidente de la FDI, est arrivée au terme de son mandat. Au travers de son rapport d'activité final, cette ambassadrice de charme a montré tout le travail qu'elle a fourni. La visibilité de la FDI a été grandement augmentée et l'importance de la santé bucco-dentaire a été reconnue à sa juste valeur au sein des grandes institutions telles que l'OMS. Elle s'est rendue dans plus de soixante pays membres de la FDI et s'est engagée sans compter pour défendre les intérêts de notre profession.
- Le Canadien Burton Conrod lui a succédé en tant que nouveau président et l'assemblée générale a porté son choix sur le Brésilien Roberto Viana, qui est ainsi devenu le président-élu.
- La Guinée-Bissau, le Timor Oriental, le Costa Rica ainsi que le Honduras ont été admis comme nouveaux membres.
- Le plan stratégique définissant les options futures de la FDI a été reconfirmé.
- Le groupe de travail chargé de la délocalisation de siège de la FDI a été soutenu par l'AG et il est fort probable que d'ici quelques an-

La délégation suisse

Assistantes dentaires en quête d'échantillons

Dubaï international Convention and Exhibition Centre

Dubaï, côté cour …

Groupe d'étudiants en médecine dentaire d'Abu Dhabi

Le noir est de mise.

nées la FDI déménage de Ferney-Voltaire vers la région lémanique.

– Plusieurs résolutions et recommandations ont été adoptées par la plénière. Ces textes peuvent être consultés sur le site de la FDI: www.fdiworldental.org.

L'ORE (Organisation régionale européenne de la FDI) a tenu, en marge des assemblées A et B, une séance plénière. Là aussi, le quorum a été largement atteint et l'assemblée a pu délibérer valablement. Une grande partie de la réunion a été consacrée aux rapports d'activité des huit groupes de travail. Pour mémoire, ces groupes sont: prévention, éducation, parité, pratique dentaire libérale, agrandissement de l'ORE, femmes médecins-dentistes, qualité et «dental team». Les congrès «paneuropéens», mis sur pied en marge de la session plénière de printemps, ont aussi fait l'objet d'une discussion. Ces congrès sont organisés sous le patronage de l'ORE, sans que cette dernière ne soit impliquée financièrement. En revanche, l'ORE peut y intégrer une conférence de consensus, ce qui augment son rayonnement et sa «visibilité».

Le congrès FDI proprement dit a connu un franc succès. Il y eut une grande participation, env. 10 000 participants toutes catégories confondues, dont 54 Suisses. Dubaï est apparue aux yeux de tous comme un gigantesque chantier. Toute la ville est en expansion et le visiteur est sans cesse confronté à des champs de grues qui construisent une cité dont on peut se demander à quoi elle ressemblera dans quelques années.

DENTAL 2008

RÉSERVER MAINTENANT

MONTREUX 29 | 30 | 31 MAI

LA PLUS GRANDE EXPOSITION DENTAIRE SUISSE COMPRENANT PLUS QUE 5000 m²

PALETTE DE SUJETS

- **«face-lifting»** pour le cabinet dentaire
- sujet particulier **«ronfler»**

REMISE DU PRIX GAGNANT

- Remise du prix gagnant **«Promotion du cabinet»** (délai d'inscription 31 janvier 2008)

PROGRAMME CADRE

- **CONCERT DE GALA JAZZ** dans l'auditoire «Stravinski», Montreux
- **DENTAL CLUB NIGHT** pour jeunes et amateurs de danse (offre spéciale pour étudiants et les jeunes)

INFOS ET RÉSERVATION SOUS **www.dental2008.ch**

sde Veranstalter: Swiss Dental Events AG

asd Patronat: Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche

SSO Partner: Schweizerische Zahnärztegesellschaft SSO

Partner: Verband Zahntechnischer Laboratorien der Schweiz, VZLS

Tout y est pharaonique et la croissance est axée sur des ressources pétrolières éternelles …
Le prochain congrès FDI se déroulera du 24 au 27 septembre 2008 à Stockholm. J'invite, une fois de plus, toutes et tous à participer à ce genre de manifestations qui sont d'un excellent niveau scientifique et qui permettent de nouer des contacts. Les échanges sont très enrichissants et laissent des souvenirs inoubliables.

Revue

Blanchiment: effets secondaires

Fu B et al.:
Effects of dental bleaching non micro- and nano-morphological alterations of the enamel surface
Am J Dent 20: 35–40, 2007

Le blanchiment dentaire est une technique très populaire utilisée en cosmétique dentaire. Bien que sûre, conservatrice et cliniquement efficace, plusieurs études montrent qu'un blanchiment produit des modifications micromorphologiques à la surface de l'émail, à la fois immédiatement et au-delà de 3 mois. Cette étude a examiné les effets micro- et nanomorphologiques sur la *smear layer* et à la surface de l'émail.
Des galettes d'émail finement polies furent aléatoirement soumises à un traitement de blanchiment à l'Illuminé Home (3,6% peroxyde d'hydrogène, 10% carbamide) à 15% durant 8 heures par jour pendant 7, 14, 28 ou 42 jours, ainsi qu'au Whitestrips durant 30 minutes par jour 14, 28 et 42 fois. Un groupe contrôle ne fut soumis à aucun agent de blanchiment. Un microscope à balayage permit d'analyser la répartition des schémas de surface morphologique. Deux échantillons par groupe furent fixés afin d'analyser l'épaisseur de la *smear layer* superficielle à l'aide d'un microscope électronique à transmission.
Au grossissement X 1000, des lésions de la taille d'une tête d'épingle furent constatées à la surface de l'émail blanchi. Des grossissements plus élevés révélèrent parfois aussi la présence de microcratères. La *smear layer* avait presque complètement disparu des surfaces traitées, exposant les prismes lorsque le temps de blanchiment était prolongé. Les cristaux étaient en outre lâchement répartis. Des périodes d'exposition prolongées aux agents de blanchiment ne montraient pas d'aggravation des lésions, bien que des zones décapées furent observées.
Les agents de blanchiment produisirent ainsi des altérations micro- et nanométriques à la surface de l'émail et l'épaisseur de la *smear layer* fut réduite de plus de 10 fois par rapport à celle du groupe contrôle. Bien qu'aucun problème clinique majeur ne semble apparaître, un processus de blanchiment compromet l'intégrité micromorphologique de la surface amélaire.
Les effets à long terme restent à étudier, compte tenu notamment de l'utilisation actuelle de solutions plus concentrées.

Michel Perrier, Lausanne

Impressum

Titel / Titre de la publication
Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed
Innerhalb der Zeitschrift: SMfZ
Pour les indications dans les bibliographies: Rev Mens Suisse Odontostomatol
Dans la revue: RMSO

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction
Monatsschrift für Zahnmedizin, Postfach, 3000 Bern 8
Für Express- und Paketpost: Postgasse 19, 3011 Bern
Telefon 031 310 20 88, Telefax 031 310 20 82
E-Mail-Adresse: info@sso.ch

Redaktion «Forschung · Wissenschaft» / Rédaction «Recherche · Science»
Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Adrian Lussi, Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin, Freiburgstr. 7, 3010 Bern

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:
Prof. Dr Urs Belser, Genève; Prof. Dr. Peter Hotz, Bern; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Zürich

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»
Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»
Anna-Christina Zysset, Bern
Deutschsprachige Redaktoren:
Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern; Dr. Felix Meier, Zürich; Thomas Vauthier, 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 Gusberti, Lugano; Dr Serge Roh, Sierre

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs
Die Richtlinien für Autoren sind in der SMfZ 1/2007, S. 61 (Forschung · Wissenschaft S. 19–24) und auf der SSO-Webseite aufgeführt.
Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le Nº 1/2007, p. 63 et sur la page d'accueil de la SSO.
Instructions to authors see SMfZ 1/2007, p. 66.

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

Inseratenverwaltung
Service de la publicité et des annonces
Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien
Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förrlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 04, Telefax 043 444 51 01
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.
Insertionstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.
Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.
Tarifs des annonces / Exemplaires de la Revue: sur demande au Service de la publicité et des annonces.

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.
L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

Gesamtherstellung / Production
Stämpfli Publikationen AG, Wölflistrasse 1, Postfach 8326, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements
Stämpfli Publikationen AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 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.

118. Jahrgang / 118e année; Auflage / Tirage 2007: 5700 Ex.; Postbestätigung WEMF 2007: 4795 Ex.; Pflichtabonnemente: 4026 Ex; bezahlte Abonnemente: 644 Ex.; Gratisexemplare: 125 Ex.
ISSN 0256-2855