

L'avenir n'est plus ce qu'il a été!

A côté de sa propre approche de l'existence, de son appartenance à telle ou telle génération, les évolutions dans les domaines de la médecine et de la santé marquent l'avenir qui sera celui de la relève médicale: telle est l'opinion que Heinz Locher, économiste de la santé, défend dans son allocution de fête à l'occasion des cérémonies de promotion et de remise des diplômes à la Faculté de médecine de l'Université de Berne.

Heinz Locher, Dr ès sc. pol., consultant dans le domaine de la santé (photos: m2d)

Dans certains milieux, nous autres économistes de la santé passons encore et toujours pour les grands méchants, voire pour l'incarnation même de ceux qui veulent priver le corps médical de sa toute-puissante domination sur le monde de la santé. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir régulièrement le courrier des lecteurs dans le Bulletin des médecins suisses!

Peut-être les spécialistes omniscients de l'éthique et ceux qui savent tout mieux que tout le monde vont-ils nous affranchir de ce cliché du grand méchant loup? On peut toujours l'espérer... Quoi qu'il en soit, je vais m'efforcer avec le plus grand sérieux de tenir suffisamment compte des préjugés qui pèsent sur ma corporation toute entière. Quant à vous, nouveaux diplômés et fraîchement promus, je vous félicite sincèrement pour ce que vous avez réussi. Vous avez travaillé dur et vous tournez aujourd'hui avec succès une page importante de votre vie. Désormais, vous regardez vers l'avenir. Vous en avez fini avec le passé, avec ces cours, ces stages. Un conseil pour commen-

cer: ne déchirez pas toutes vos notes et dossiers du temps de vos études! Dans dix ou vingt ans, quelques-uns de ces documents auront pour vous une valeur éminemment nostalgique. D'autres vous paraîtront alors vraiment très amusants! L'avenir vers lequel vous vous tournez désormais, c'est celui que j'ai choisi pour titre et pour sujet de mon allocution. Il ne serait plus ce qu'il a été! Est-ce une bonne nouvelle, ou une mauvaise nouvelle? Nous allons voir! En tout cas, l'affirmation doit être d'importance: Google cite en 0,48 seconde plus de cinq millions d'occurrences de ce thème de mon exposé. On le doit à différents auteurs qui vont du comique bavarois Karl Valentin jusqu'à l'étoile du baseball américain Yogi Berra des Yankees. Il l'a dit parce qu'il n'attrapait plus correctement la balle...

Mais nous, nous sommes en bien meilleure compagnie. A quoi donc pourrait ressembler votre avenir, s'il est différent de ce qu'il était avant? Qu'est-ce qui va en dessiner les contours? Je perçois trois facteurs qui le détermineront:

Appartenance à telle ou telle génération

Nous sommes tous nés en une époque déterminée. Notre évolution personnelle, nous la partageons dans une grande mesure avec nos contemporains. Ils sont marqués par un vécu semblable au nôtre pendant leurs jeunes années. Par souci de simplification, nous rassemblons plusieurs années de naissance sous la notion de «générations».

Tous ceux qui sont nés pendant le *baby boom* (de 1946 à 1964) ont vécu après la Deuxième Guerre mondiale une époque de croissance en constante accélération. Leur perception de la vie est marquée par la confiance en soi, par l'assurance et par le désir de s'affirmer. Et c'est maintenant à leur tour de devenir de plus en plus âgés, quoiqu'ils se perçoivent eux-mêmes comme appartenant à la «génération sans âge»: à leur avis, à en croire les résultats de divers sondages, la vieillesse commence à 79 ans et demi. Ce sont eux, les «panthères grises», qui vont bientôt ébranler les fondations de notre système de santé.

Les enfants du *baby boom* se sont toujours élevés contre les structures autoritaires. Le temps de la croissance éternelle et de la foi en l'avenir était aussi le temps sans pilule, donc associé à la prohibition du concubinat. En Suisse, ce fut l'époque de l'espionnage des élites par leurs propres autorités qui a débouché sur l'affaire des fiches. Il ne faut donc pas s'étonner qu'il en soit résulté le mouvement de mai 68, une lutte contre des autorités dépourvues de légitimité: «A bas les Alpes, qu'on voie la Méditerranée!», telle était la solution. Par «Alpes», on ne pensait pas seulement au plissement géologique, mais à tous les



Le cabinet médical individuel traditionnel est en train de devenir une image nostalgique du passé, comme cela a déjà été le cas avec l'exploitation agricole familiale d'autrefois que l'on ne peut plus voir désormais qu'à Ballenberg.

obstacles susceptibles de dissimuler un horizon radieux.

Et ce qui n'a pas le moins contribué à l'explosion des tirages des médias, ce fut la «standardisation» des générations à un rythme de plus en plus rapide, telle la génération de ceux nés de 1965 à 1975 caractérisée par son approche peu conventionnelle du monde du travail. Quant à la vôtre, chers nouveaux diplômés, les *echo-boomers* nés de 1975 à 1990, on en dira que ce serait la première génération qui connaîtra un sort économique moins favorable que celui qui fut celui de leurs parents. Ensuite, on voit émerger des notions telles que la «génération Y» ou la «génération dot.com», la génération des combattants isolés et «cool», multiculturels et ouverts au monde qui préfèrent travailler en équipes virtuelles. Plus tard, sous l'effet des difficultés rencontrées, notamment pour trouver un emploi stable après leur formation professionnelle, c'est à la notion de «génération CDD» ou de «génération précaire» que l'on en est arrivé, avec cette obligation de fait de s'auto-exploiter soi-même à l'infini.

La question se pose de savoir si les différences interpersonnelles au sein des générations ne sont pas plus grandes que celles que l'on constate entre les générations. Je vous laisse le soin de vous catégoriser vous-même! Quelle est la mission commune à toute votre génération? Voulez-vous l'accomplir? Que voulez-vous changer dans le monde qui vous accueille, vous autres les «enfants posthumes» (Bertolt Brecht)?

Evolutions dans les domaines de la médecine et de la santé

Ce sujet ne saurait être laissé de côté lors d'un rite d'initiation professionnelle telle que la cérémonie qui nous rassemble aujourd'hui! Le fait est d'évidence que l'avenir de la médecine et de notre système de santé ne sera plus ce qu'il a été! Mais à quoi va-t-il donc ressembler, et pourquoi ne peut-on en rester à ce que l'on connaît aujourd'hui?

Comment se présentait l'avenir d'autrefois? C'était un temps d'espérances festives dans le monde de la politique corporative, mais aussi au sein de la population toute entière: «Médecin, médecin-dentiste, pharmacien tu deviendras, si...», alors et le plus souvent au masculin. Dans une lettre récemment parue dans le Bulletin des médecins suisses (BMS 2010; 91: 9, p. 341) on regrettait que la profession médicale, un mode de vie en elle-même depuis si longtemps, se transforme de plus en plus en simple *job*. La coupable en serait l'ASMAC qui propage, hélas avec succès, le principe en somme de la «préservation à tout prix». On aurait pu comparer l'ancien monde des professions médicales au mieux avec celui d'un conducteur de tram: lancé sur des rails, avec le

courant qui vient d'en haut. La position des aiguillages est déterminée longtemps à l'avance, le moindre écart spontané de la route tracée, et c'est le déraillement! L'ensemble ressemble à une boucle sans fin, avec éventuellement quelques voies de garage ici ou là. L'horaire est tout aussi déterminé que le tarif. Quelques privilégiés ont les privilèges du chauffeur de trolleybus: plus de rails, le courant vient toujours d'en haut, mais de surcroît il y a un petit moteur bruyant et polluant qui permet de surmonter les pannes de courant et de contourner les chantiers!

A l'avenir, les adeptes du *mountain bike*, ceux du ski cross en hiver, pourront grâce au GPS maîtriser les bosses et les creux aussi sûrement que les tranchées, et devancer leurs concurrents dans les virages les plus resserrés à gauche et à droite, malgré les jeux de coudes des concurrents. Il y a de fort nombreux signes annonciateurs de ce que l'on nomme en bon français une «*disruptive change*»: nous serions en fait en train de vivre une période de «pré-révolution».

Tous comme à Ballenberg

Ce n'est pas très original, mais nous allons prendre comme exemple le débat sur la desserte médicale de base, ce qu'il est convenu d'appeler la médecine de premier recours ou médecine de proximité. Le cabinet médical individuel traditionnel est en train de devenir une image nostalgique du passé, comme cela a déjà été le cas avec l'exploitation agricole familiale d'autrefois que l'on ne peut plus voir désormais qu'à Ballenberg. Les médecins de famille risquent-ils de courir le même sort? Ou bien les pénibles efforts actuels de réanimation ne sont-ils pas plutôt à placer dans le contexte de la mort des forêts, celui des dernières feuilles que les arbres mourants sont censés faire pousser à leur sommet peu avant leur chute?

Le respect et la reconnaissance du travail acharné de nombreuses générations de médecins de famille nous imposent de nous opposer à cette évolution. Mais il faudra bien renoncer à un paradigme dépassé lorsqu'un nouveau décrira mieux notre monde, comme pour le développement des avis scientifiques et comme Thomas Kuhn l'a enseigné.

Pourquoi donc se cramponner désespérément à une forme donnée de l'exercice de la profession, lorsque d'autres formes répondent mieux aux besoins de la population et des membres de cette corporation?

La question de savoir de combien de prestataires de premier recours on aura besoin en 2030 est à peu près aussi originale que la question de savoir combien de conducteurs de trams seront nécessaires en 2030, pour en rester à notre exemple de tout à l'heure. Il faudrait d'abord se

demander s'il y aura alors encore des trams, quelle sera la densité de la desserte, ou bien si les centres des villes seront équipés de tapis roulants, voire de monorails!

Des pans entiers de notre système de santé sont encore gérés comme de petites entreprises artisanales, comme une sorte de *cottage industry* d'autrefois. Et cela ne concerne pas seulement la taille des entreprises, mais aussi la mentalité dominante. Ce n'était donc que logique que la Société des médecins de Berne rejoigne, il y a quelques années, l'Union cantonale bernoise des arts et métiers en qualité de membre à part entière!

De toute façon, l'édifice commence déjà à se lézarder dans certains domaines particuliers. Il y a des signes d'un «processus d'industrialisation», à commencer par les chaînes de pharmacies, en passant par les instituts de radiologie jusqu'aux opticiens et médecins-dentistes. Ce sont des évolutions qui ont commencé il y a déjà bien longtemps dans les industries pharmaceutiques et des techniques médicales. Le retard constaté par rapport à d'autres secteurs de la vie sociale et de l'économie, en art, on parle parfois de survivance du provincialisme, ce retard se comble progressivement. En Suisse, une première chaîne de cliniques est désormais cotée en bourse.

La question posée tout à l'heure devrait être reformulée ainsi: de quels soins médicaux de base, et en quelle quantité, notre pays a-t-il besoin? Quelles catégories professionnelles doivent adopter quelles formes d'organisation? On peut concevoir différentes formes d'avenir. Elles doivent être rendues possibles, voire même encouragées dans l'idéal et non, comme précédemment, être entravées par d'innombrables chicanes et obstacles, telle la prohibition des nouveaux cabinets médicaux.

Nouvelle répartition des tâches entre les professions médicales

Les axes possibles d'évolution pourraient aussi provenir d'une nouvelle répartition des tâches entre les différentes professions médicales:

- Elargissement du champ d'activité des pharmaciens et des droguistes dans la desserte médicale de base, tout en révisant à fond et simultanément, voire en unifiant les listes B, C, D et E.
- Recours à des *nurses practitioners* pour les patients malades chroniques, par exemple pour les tâches de suivi à l'aide d'instruments de télémédecine.
- Après l'adoption du contre-projet à l'initiative sur les médecines complémentaires, de nouvelles professions avec certificat fédéral de capacité pourraient voir le jour: ne parle-t-on pas de thérapeutes non médecins?



Walmart est la plus grande chaîne de commerce de détail au monde. Elle est devenue le synonyme de la gestion efficace de l'entreprise.



Les soins médicaux en tant que biens de consommation courante: à l'avenir, les cabinets médicaux s'orienteront plus et mieux en fonction des besoins des patientes et des patients.

Nous verrons bien!

De quoi s'agit-il en fait? Il s'agit de la séparation de ce qui est simple et qui peut être standardisé de ce qui est complexe et instable. Pour la première de ces catégories, des cliniques *walk-in* pourraient aussi convenir, avec un éventail limité de prestations. Elles proposeraient les traitements les plus fréquents dans une qualité constante: tout ne doit pas être nécessairement et toujours personnalisé à l'extrême.

On en arrive ainsi à un nouveau mot clé pour l'apéritif qui nous attend: la «Walmartisation» de la médecine dont on parle si souvent. Il est possible que l'on ne voie pas chez nous des enseignes du type «You are sick – we are quick» comme au à Minneapolis, mais bien: «Je ne suis pas stupide – Marché de la santé!»

Le cabinet de premier recours de demain sera un cabinet collectif. Il lui faudra idéalement, du point de vue de l'économie d'entreprise, au moins six médecins à temps plein ou à temps partiel, à côté de membres d'autres professions médicales. Par rapport aux formes actuellement dominantes d'organisation des cabinets médicaux, il pratiquera des horaires profondément modifiés adaptés aux besoins des patientes et des patients. Par exemple, la clinique Minute-Clinic Retail Care travaille les jours ouvrables de 8 h à 20 h, et de 8 h à 16 h pendant les fins de semaine.

D'autres exemples d'avenirs possibles ne manquent pas. Mais, pour s'en rendre maître, nous

aurons sérieusement besoin des adeptes du *mountain bike* ou du ski cross évoqués tout à l'heure.

L'Homme autonome

Cependant, nous ne sommes pas entièrement impuissants et privés de toutes possibilités d'influencer les évolutions à venir dans notre environnement professionnel. Dans son dernier ouvrage sorti peu avant sa mort (*War meine Zeit meine Zeit*), un bilan de sa vie et de son œuvre d'écrivain, Hugo Loetscher commence par ces paroles intenses: «Comme tout le monde, personne ne m'a demandé de venir à la vie. Je compte parmi ceux qui ont essayé d'en faire quelque chose!»

Voyez-vous, chers nouveaux diplômés, ce pourrait être un programme de vie, indépendamment de la signification que vous pourrez donner à «en faire quelque chose»...

Dans le même ordre d'idées, le sociologue américain David Riesman, dans les années 60 du siècle dernier, a ébauché un modèle parlant de la vie personnelle, dont il y a beaucoup à apprendre: l'Homme autonome. A la différence de celui qui est «pilote» de l'extérieur, l'Homme autonome s'efforce de penser par lui-même et d'agir selon ses valeurs propres en faisant un choix parmi les différentes options qui s'offrent à lui. L'Homme autonome, et vous aussi je l'espère, gagne en efficacité lorsqu'il ou elle possède des idéaux et des visions. Où donc veux-je en venir?

C'est ainsi que l'on devient fort et que l'on donne un sens à sa vie. L'ancien chancelier d'Allemagne Helmut Schmidt, marqué par toute une vie de gestion de crises, estimait cependant que celui qui avait des visions ferait mieux de consulter un médecin! Et il ne pensait pas à un orthopédiste...

«A bas les Alpes, qu'on voie la Méditerranée!»

De fait, l'avenir n'est plus ce qu'il a été. Heureusement! Il est devenu plus ouvert et plus diversifié. Il offre plus de liberté de manœuvre, plus d'opportunités de connaître la réussite, mais aussi plus de risques de rencontrer l'échec.

Quels conseils pouvez-vous espérer recevoir? Certes, aucune de ces bonnes vieilles recettes maison du genre «Sois toujours fidèle et sincère!». Peu nombreux sont ceux qui s'en tiennent au précepte du psaume: «Prends-moi par la main et montre-moi le chemin!»

Non. Je vous souhaite, nouveaux diplômés et promus, de réussir à vous façonner un avenir d'individus autonomes, avec des visions puissantes. Associez l'optimisme et la foi en l'avenir des *baby boomers* à l'approche critique et contestataire de ceux de 68. Soyez de ceux qui «tentent de faire quelque chose (de leur existence)».

Et puis, si jamais vous vous posez trop de questions, la solution est aujourd'hui, demain et toujours: «A bas les Alpes, qu'on voie la Méditerranée!»

De technicien dentiste à médecin-dentiste

Technicien dentiste de formation, Simon Ramseyer a non seulement reçu le prix de la SSO, mais il s'est également distingué en tant que premier de classe de sa volée. Et maintenant, ce lauréat se consacre à une formation postgrade de haut niveau. Aussi bien pendant ses deux années de collège que pendant ses études, il a financé sa formation par son activité de technicien dentiste.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photo: mäd)

RMSO: «Monsieur Ramseyer, vous attendiez-vous à cette distinction? Ou bien en avez eu la surprise?»

Simon Ramseyer, lauréat de la SSO: «J'en ai été réellement surpris! Je ne m'attendais pas du tout finir premier de ma volée, et encore moins à recevoir le prix de la SSO. Je suis honoré par ce prix, signe de la confiance que l'on me témoigne. J'adresse ici mes remerciements chaleureux à tous mes confrères, assistants, professeurs ainsi qu'à la SSO!»

«En tant que premier de classe, avez-vous reçu des offres d'emploi?»

«J'ai reçu des offres d'emploi aussi bien de la part de cabinets privés que des cliniques de médecine dentaire à Berne, mais c'était avant mon examen d'Etat.»

«Quels sont vos projets professionnels?»

«Je suis actuellement une formation de maîtrise à la Clinique de médecine dentaire préventive, restauratrice et de pédodontie, sous la direction du professeur Adrian Lussi. J'ai ainsi la chance d'acquérir des connaissances spécialisées au sein d'une équipe remarquable, et d'approfondir les connaissances déjà acquises. Je ne voudrais pas en être privé plus tard dans mon avenir professionnel en médecine dentaire. C'est pourquoi je mets l'accent sur une formation postgrade de haut niveau.»

«Pourquoi avez-vous entrepris des études de médecine dentaire?»

«Mon parcours vers la médecine dentaire est passé par le laboratoire dentaire. Pendant mon apprentissage dans un laboratoire, j'y ai découvert la médecine dentaire et le travail que l'on fait en médecine dentaire. Tous deux m'ont immédiatement intéressé. La combinaison de la médecine moderne et de la technique des matériaux, le travail manuel m'ont toujours passionné. Je suis de l'avis qu'une bonne formation initiale suivie d'une formation continue permanente sont indispensables à la réussite et à la qualité dans la vie professionnelle. C'est précisément ce que l'on fait au mieux à la Clinique de médecine dentaire préventive, restauratrice et de pédodontie. C'est pourquoi j'ai décidé d'étudier la médecine

dentaire, après avoir conclu avec succès mon apprentissage de technicien dentiste. Je me suis préparé aux examens de maturité au Collège pour adultes de Berne, au Gymnase de Neufeld.»

«Avez-vous travaillé en tant que technicien dentiste?»

«Pendant mes deux ans et demi au gymnase, j'ai travaillé à environ 50 à 60% comme technicien dentiste. Pendant mes études de médecine dentaire, j'ai également passé au laboratoire une partie de mes vacances entre les semestres. Ce n'a d'ailleurs été possible que grâce à mon chef d'alors, Guido Leu, qui m'a toujours apporté son soutien.»

«Rédigez-vous une thèse en ce moment? Dans l'affirmative, à quel sujet vous consacrez-vous?»

«Je vais bientôt remettre ma thèse. Je me suis consacré à l'anatomie du maxillaire supérieur

édenté ainsi qu'au diagnostic préimplantatoire assisté par ordinateur pour la détermination de la hauteur, largeur et épaisseur de l'os maxillaire. C'est l'occasion pour moi de remercier ici de tout cœur le Docteur médecin-dentiste Joannis Katsoulis pour son travail de parrain de thèse.»

«Envisagez-vous plus tard d'ouvrir votre propre cabinet dentaire?»

«Je me sens très bien à mon poste actuel. Je n'ai pas encore réfléchi concrètement à cette possibilité.»

«Quels sont les travaux que vous préférez accomplir, et ceux qui vous plaisent moins?»

«Dans mon activité quotidienne, je suis confronté à des problèmes présentant différents niveaux de difficulté. Comme jeune médecin-dentiste, je peux toujours compter sur le soutien compétent de mes confrères et collègues, ce qui est très précieux. C'est ainsi que j'ai pu surmonter rapidement quelques difficultés initiales pour le travail au microscope, nouveau pour moi.»

«Quels sont vos loisirs?»

«J'adore faire la cuisine pendant mes loisirs, occasionnellement entouré de quelques bons amis. Et puis je suis également un adepte passionné du mountain bike et du vélo de course. J'ai aussi de très larges intérêts en littérature.»



«Je n'avais pas compté réussir le meilleur examen de ma volée, et encore moins recevoir le prix de la SSO», nous confie Simon Ramseyer qui a commencé sa carrière professionnelle en qualité de technicien dentiste.

Deux nouveaux membres à la rédaction scientifique de la RMSO

Après de nombreuses années de collaboration pour la revue des articles dans les domaines de la recherche et de la science, le professeur Urs Belser et le professeur Rudolf Gmür se retirent le 30 juin 2010. La rédaction les remercie de leurs si précieuses contributions. Ce sont deux privat-docents qu'a nommés le Comité de la SSO pour leur succéder: Susanne Scherrer et Patrick Schmidlin. La rédaction s'est entretenue avec eux.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

RMSO: «Qu'attendez-vous de votre nouvelle mission?»

D^r Susanne Scherrer, PD: «De pouvoir seconder au mieux le rédacteur en chef Adrian Lussi dans sa promotion de la visibilité internationale de la revue de la SSO.»

D^r Patrick Schmidlin, PD: «Relever un défi dans un nouveau domaine d'activité. Faire du bon travail au sein d'une équipe. Faire de nouvelles connaissances. Du travail et des responsabilités en plus...»

«Que pensez-vous pouvoir apporter à notre revue en termes de promotion de sa qualité?»

«Maintenant que les articles paraissent en anglais dans PubMed, il sera plus facile de motiver les jeunes chercheurs de l'université à apporter leur contribution d'articles scientifiques: ils seront directement visibles sur PubMed et ils seront donc

désormais accessibles gratuitement. Dans quelques années, la SSO pourra ainsi bénéficier d'un *Impact Factor* supplémentaire grâce à l'accès complet et gratuit aux articles.»

«Objectif: améliorer et rehausser de façon générale la qualité et la production de notre périodique, pour augmenter encore l'audience internationale de cette revue. Motiver nos confrères et collègues à publier plus dans la RMSO. Il s'agit aussi de conforter sa réputation en tant que périodique de haut niveau et de grande qualité. Si possible un jour, lui conférer un *Impact Factor* en plus. La possibilité de soumettre les articles en ligne (*Online Submission*) serait encore une autre amélioration bienvenue.»

«Les articles de la partie «Recherche et Science» paraissent désormais de plus en plus souvent en anglais. Quelle langue préférez-vous?»

«Très clairement l'anglais. C'est la langue scientifique la plus utilisée, celle de tous les articles de référence, qu'ils soient cliniques ou scientifiques. Nous exposons d'ailleurs systématiquement nos étudiants au vocabulaire anglophone dans le cadre de nos cours académiques.»

«A mon avis: seulement l'anglais dans les domaines de la science et de la recherche. Les pages ainsi économisées pourront accueillir un plus grand nombre d'articles, comme évoqué précédemment. Peut-être un résumé en allemand et en français, avec un message *Take Home*. En tant qu'organe de publication de la SSO, les aspects politiques sont importants. Cependant, pour faire face à la concurrence et pour être reconnu au plan international, il nous faut surmonter certains obstacles. Il en va de même en Italie par exemple avec la *Minerva Stomatologica*.»

«Pour vous, quelle est la signification de PubMed?»

«C'est un outil de travail indispensable pour se former et s'informer. C'est une interface gratuite, un moteur de recherche mis à disposition par la Bibliothèque nationale de médecine américaine qui permet de consulter la base de données de MEDLINE qui regroupe toute la biologie et toute la médecine scientifique.»

«C'est un auxiliaire indispensable pour toute recherche bibliographique et je l'utilise tous les jours. On ne pourrait plus s'en passer. Le recours à Google aussi est intéressant. Heureusement que je ne dois plus me perdre en recherches dans des bibliothèques comme Index Medicus, recherche manuelle ou *Eminence-based Dentistry*.»



Les deux nouveaux membres de la rédaction désirent contribuer à la poursuite de l'amélioration de la qualité et de la production du contenu de notre publication, pour que notre Revue mensuelle bénéficie d'une audience internationale encore plus large.


Susanne Scherrer, PD, D^r méd. dent.

Université de Genève, Section Médecine Dentaire
Div. Prothèse Conjointe-Biomatériaux
19, Barthélemy-Menn, 1205 Genève
Tél. 022 379 4069
E-mail: susanne.scherrer@unige.ch

1984	Diplôme de médecin-dentiste (Université de Genève)
1986	Docteur en médecine dentaire (Université de Genève)
2003	Thèse de privat-docent (Université de Genève)
2001–2002	Présidente: Dental Materials Group of the International Association for Dental Research (IADR/DMG)
2002–2004	Présidente: Academy of Dental Materials
2009–2013	Board of Directors & Executive Board Academy of Dental Materials
1996–présent	Comité éditorial romand, Partie pratique quotidienne et formation complémentaire, journal SSO
2010–présent	Editrice associée, Recherche et science, journal SSO

26 ans d'activité clinique (cabinet privé) et académique (Département de Prothèse Conjointe) avec charge d'enseignement et de recherche.

38 publications à politique éditoriale.

Domaines d'intérêt: les céramiques dentaires, survie et analyse de l'échec.


Patrick R. Schmidlin, PD, D^r méd. dent.

Né le 4 avril 1973, marié à Karin Schmidlin-Halbheer, 3 enfants (Andrin Dominic – 2004, Tim Maximilian – 2007 et Gioia Sina Apollonia – 2010).

Ecole primaire à Kappel/SO et gymnase (maturité type B) à Olten. Etudes en médecine dentaire à l'Université de Zurich (1993–1998). Après l'examen fédéral, formations postgraduées en odontologie restauratrice et parodontologie à la *Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde* (Clinique de médecine dentaire préventive, parodontologie et cariologie du centre d'odonto-stomatologie et de médecine maxillo-faciale) de l'Université de Zurich. En 1999, thèse de doctorat «*Radiochemische Bestimmung des Substanzabtrages – eine neue Methode zur Evaluation von Zahnsteinentfernungsgeräten*». Depuis 2001, chargé de cours en odontologie restauratrice et parodontologie. Maître-assistant depuis 2002 et obtention du certificat de formation postgraduée en odontologie restauratrice et esthétique (SVPR/SSO) la même année. Séjour de recherche au Department of Oral Sciences à l'University of Otago (NZ) en 2005. Habilitation en 2006 (sujet: «Approximal sealing – preclinical studies and clinical considerations»). Nommé responsable de la division scientifique et du groupe spécialisé Parodontologie en 2007. Offre (refusée) d'une chaire de professeur ordinaire à l'Université d'Otago (NZ) en 2009.

Domaines cliniques prioritaires: Médecine dentaire restauratrice, parodontologie et implantologie

Axes prioritaires de recherche: Prévention et traitement non invasif ou mini-invasif des caries primaires, traitement parodontal non chirurgical, traitement régénératif du parodontite, traitement des lésions péri-implantaires

Membre du bureau éditorial des journaux suivants: *Journal of Dentistry*, *Journal of Adhesive Dentistry*, *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin* et *SRX* (Open Access Journal). Expert ad hoc pour divers autres journaux.

«A quel degré utilisez-vous personnellement la banque de données scientifiques PubMed?»

«Il ne se passe pas un jour sans que je ne la consulte. Tout sujet de recherche, toute question clinique sont vérifiés sur la base de données et de preuves scientifiques récentes. Sachant que les publications apparaissent en ligne six à neuf mois avant la version imprimée papier, c'est une source d'informations qui vaut de l'or.»

«J'ai grandi avec internet. Je n'imagine pas travailler autrement!»

«Qu'est-ce qui vous passionne le plus dans vos domaines de spécialisation?»

«Mon domaine de formation est la prothèse conjointe. J'ai été sensibilisée dès mon travail de thèse par les restaurations céramiques. Depuis, je me passionne pour comprendre cette vaste gamme de matériaux céramiques, le comportement mécanique de chacun d'entre eux, leur longévité clinique en passant par l'analyse des échecs et des erreurs cliniques. La collaboration avec les scientifiques des sciences de base conforte durablement cette passion!»

«Mon principal centre d'intérêt est la médecine dentaire restauratrice ainsi que la parodontologie, ce que l'on peut rassembler commodément dans la notion de «préservation de la dentition». Dans ce domaine, l'approche interdisciplinaire

est le fondement central de la médecine dentaire quotidienne, aussi bien prophylactique que thérapeutique. Ce qui m'intéresse avant tout, ce sont les aspects les moins invasifs rendus possible par les matériaux et les méthodes modernes. Objectif de base: éviter ou retarder les extractions chaque fois que cela est possible. Nombre de ces traitements n'ont encore fait l'objet que de peu de recherches. C'est magnifique de développer de nouveaux concepts, surtout en collaboration avec d'excellents confrères ainsi qu'avec l'industrie.»

Prisonniers du quotidien

Pouvoir enfin respirer une bonne fois. Passer un moment à bavarder avec une amie. Aller chez le coiffeur: ces occasions sont quasiment impossibles à trouver pour toutes celles et ceux qui doivent s'occuper d'un proche à la maison. Et c'est bien pire encore pour les loisirs... Voyez comment, depuis plus de quinze ans, l'ancienne directrice de l'Ecole d'assistantes dentaires de Berne entoure et prend soin de son mari, le D^r Wladimir Adlinvankine. Un récit de tristesse, de chagrin et de crainte, mais aussi de grande tendresse et d'amour sans limites.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

Lorsqu'une grave maladie progresse inexorablement, les souffrances endurées ne sont pas seulement celles du corps, mais aussi celles de l'esprit. Cependant, alors même que la guérison n'est plus possible, on peut encore apporter beaucoup. Nul ne le sait mieux que Barbara Adlinvankine: soignante de formation, elle vit depuis des années dans sa chair la vie quotidienne de ceux qui s'occupent constamment de leurs proches. Faire face au diagnostic de démence, c'est un défi considérable pour Wladimir et Barbara Adlinvankine. Nombre des difficultés que l'on rencontre dans l'accompagnement d'une personne atteinte de démence résultent du fait que leur compréhension de ce qui les entoure ne fonctionne plus comme avant. Rien que de trouver les mots pour décrire une situation peu intelligible peut mener au désespoir. Il faut

constamment encore et encore faire face à ce torrent de sentiments de peur, de colère et de honte. Une fois son calme retrouvé, une aide bienvenue serait de trouver un interlocuteur compréhensif avec qui parler. Malheureusement, pour nous et la plupart de nos semblables dans cette situation, nous sommes le plus souvent dépassés: nos craintes inavouées mais si présentes bloquent à la fois nos sentiments et notre réflexion. Le risque d'un isolement total est en conséquence considérable pour les proches et les soignants. Rares sont les personnes qui parviennent à surmonter ces difficultés et à s'en rendre maîtres. Il faut beaucoup de temps et nos propres limites sont bien vite atteintes, impitoyablement. Cela peut être très pénible. Par contre, qui sera parvenu à relever ce défi en retirera un enrichissement durable.

Préserver sa propre existence

En pleine connaissance des difficultés que rencontrent les personnes qui doivent soigner et accompagner des proches, de leur besoin de conseils et d'encadrement, le Centre de compétences en gérontologie a organisé en 2009 une rencontre intitulée: «D'une existence cachée à une nouvelle pertinence sociale». Le D^r Klara Obermüller a accompagné son époux atteint d'un cancer jusqu'à sa mort. Elle conseille à tous ceux qui s'occupent d'un proche de préserver à tout prix leur propre existence. Ils ne doivent pas se gêner de demander de l'aide à autrui. Sinon, c'est dans un isolement total que l'on finira par s'enfermer.

Prisonniers du quotidien

Chaque jour est identique à la veille pour Barbara Adlinvankine. «Se lever, s'habiller, se laver, déjeuner, préparer le repas de midi, allumer la télévision, rester assis, sortir parfois un moment, changer le cathéter ou les bandages, de nouveau cuisiner, de nouveau devant la télévision, manquer parfois le point culminant d'un film...», parce que son mari veut aller se coucher, voilà ce qu'elle nous raconte de sa vie quotidienne. Elle sera réveillée plusieurs fois pendant la nuit, et, le lendemain, tout recommencera comme le jour précédent.

Assistance professionnelle

Quiconque aide autrui a également besoin d'être aidé, et Barbara Adlinvankine en était bien



Un sourire est toujours désarmant, même dans les situations les plus difficiles.



Ne l'oubliez jamais: l'entendement s'efface, mais les sentiments restent!

consciente. Elle était tellement fatiguée et harassée qu'il lui fallait des trésors de volonté pour ne pas hurler son désespoir. C'est pourquoi elle a décidé de confier son mari pour être soigné à l'extérieur pendant deux semaines. Au milieu de la deuxième semaine, paniquée à l'idée de son prochain retour à la maison, elle a demandé une prolongation au home où il séjournait. Ce «délai de grâce», elle l'a reçu avec gratitude et en a pleinement profité. Ces trois semaines se sont terminées avec ces paroles du malade à son retour: «Tu as un bien bel appartement!», accompagnées d'un sourire. Depuis lors, Barbara a décidé de mener Wladimir au Schöneegg à Wabern pour une demi-journée chaque semaine. Si elle le désire, on viendra même chercher et ramener le malade à la maison.

Règles pour la communication avec les personnes souffrant de démence

Barbara Adlinvankine s'adresse régulièrement à son mari pendant la journée: «Viens, Wladimir, lève-toi. Baisse ton pantalon, il faut aller aux toilettes.» Ou bien: «Wladimir, rassieds-toi, dessert!» Quelques fois, un éclair de lumière dans son regard: il adore les douceurs. Ces instructions, claires, brèves, toujours identiques, rassurent le

malade. Elles font partie de ces rituels de stabilisation de la personnalité, tout comme les soins du corps et les repas à heures fixes. Plus la démence en est à un stade avancé, plus le moindre écart par rapport à la routine risque de troubler le patient atteint de démence.

Amour et gratitude

Barbara Adlinvankine soigne et accompagne son mari atteint de démence depuis plus de quinze ans. Elle le fait avec beaucoup d'amour et de dévouement, bien que seule l'enveloppe charnelle subsiste de cet interlocuteur jadis passionnant et qu'elle a autrefois tant aimé. Lui, alors si charmant et brillant, a maintenant des gestes et des mots d'enfant. Sa femme se bat encore pour préserver quelques manières de table, telles l'usage du couteau et de la fourchette. En de rares occasions, elle amène son mari au restaurant Landhaus où les sert un aubergiste compréhensif et accueillant. Aux hôtes qui écarquillent les yeux, elle répond par un sourire, et le tour est joué!

Généralement, en public, elle est traitée avec prévenance. A une exception près, les chauffeurs de bus en arrivent presque à l'attendrir. Une fois, elle a franchement ri après que deux jeunes aient qualifié les chaussures de son mari de «foutues godasses!»

Souvent, elle revient à ses vieux albums de photographies des temps du bonheur et se remémore ses souvenirs de moments heureux. Ils lui inspirent des sentiments de tendresse et elle y puise des forces nouvelles. Un petit cercle d'amis fidèles apporte son soutien au couple.

Voyage au cœur de l'oubli

Une longévité prolongée coûte cher: à partir de l'âge de soixante ans, le risque d'être frappé de démence augmente constamment, voire exponentiellement à partir de quatre-vingts ans. L'expert en gériatrie Detlef Rüsing de l'Université de Witten-Herdecke considère que la démence relève d'une «coresponsabilité familiale». Le com-

portement provoquant des personnes atteintes de démence entraîne des sentiments récurrents de deuil, sans parler des situations pénibles qu'il faut apprendre à maîtriser ou à supporter avec patience et résignation. Comme lors de la construction de la Tour de Babel, «Dieu en perd son latin», le malade est désécurisé, et tout le reste de la famille avec lui. Comme l'a exprimé une reporter lauréate du Spiegel, «la démence s'insinue comme un ennemi sournois au cœur de la famille: toutes les règles du jeu du quotidien changent, tous les sentiments s'altèrent. La plupart des malades sont soignés par leurs proches dont les forces ne sont souvent pas à la hauteur du défi qu'il leur est demandé de relever.» Certes, des milliards sont investis chaque année dans la recherche sur cette plaie qu'est l'effondrement neuronal. On compte bien de petits et nombreux succès, mais la maladie demeure une énigme encore irrésolue.

Toute la société est mise au défi par cette maladie qu'est la démence: du besoin en soins adaptés au conseil, à l'information, à l'assistance et à la reconnaissance des proches jusqu'à la possibilité de déductions fiscales et au soutien procuré aux impotents.

«Rester fidèle dans les bons comme dans les mauvais jours», nous l'avons tous promis un jour ou l'autre. Mais nous ne savions pas à quel point ce serment pouvait être exigeant. Cet entretien avec Barbara Adlinvankine a été un enrichissement. Je lui souhaite plein d'amis compréhensifs et de connaissances attentives pour l'accompagner sur le chemin de la vie.

Bibliographie

KLARA OBERMÜLLER: *Weder Tag noch Stunde. Nachdenken über Sterben und Tod.* Huber, Frauenfeld 2007

KLARA OBERMÜLLER (Hg.) *Es schneit in meinen Kopf. Erzählungen über Alzheimer und Demenz.* Nagel & Kimche

JULIA ENGELBRECHT-SCHNÜR/BRITTA NAGEL: *Wo bist Du? Demenz – Abschied zu Lebzeiten.* Hoffmann und Campe



Hygienepass
Passport d'hygiène
Passaporto d'igiene
Hygienepassport

www.hygienepass.ch





Berast
Annanda
Date of Birth
24.08.1981
No.
756.163358789.7

Hygiene-Grundkurse

in Bern, Olten, Winterthur oder in Ihrem Betrieb.
Informationen und Anmeldung:
www.hygienepass.ch

Cours de base de l'hygiène

à Lausanne ou comme formation interne chez vous.
Informations et inscription: www.hygienepass.ch

Hygienepass, ALMEDICA AG/ABA AG, Guglerstrasse 1, 1735 Giffers
Tel. 026 672 90 90, Fax 026 672 90 99, info@hygienepass.ch, www.hygienepass.ch

Retraitement adapté aux cabinets dentaires et validation de procédés de retraitement

Les mesures d'hygiène sont d'une importance cruciale dans la pratique de la médecine dentaire. Le module d'apprentissage en ligne sur l'hygiène au cabinet dentaire (http://www.sso.ch/hygiene_f.html) fait actuellement l'objet d'un remaniement en collaboration avec Swissmedic. Cette formation fournit en particulier, sous une forme abrégée, toutes les informations nécessaires pour un retraitement sûr et adapté des instruments. Elle est accompagnée de quatre publications consultables par des liens, qui traitent de manière approfondie du concept, de l'hygiène des mains, de la désinfection et de la stérilisation.

Prof. Dr Bernard Guggenheim, Institut für Orale Biologie, ZZMK, Université de Zurich, Commission de la SSO pour l'hygiène en cabinet dentaire
Markus Weiss, Swissmedic, division Dispositifs médicaux, Berne (photos: mäd)

Le présent article a pour objet de rappeler les exigences légales applicables et notamment de commenter la validation de procédés de stérilisation. Ce thème est également largement traité dans la publication «Bonnes pratiques de retraitement des dispositifs médicaux stériles pour les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et d'autres utilisateurs de petits stérilisateur à la vapeur d'eau saturée» (prévue pour 2010, actuellement en préparation). La validation de procédés de stérilisation n'a en effet pas été suffisamment traitée dans les recommandations de la Commission de la SSO pour l'hygiène en cabinet dentaire et les directives qui figurent dans la publication précitée ne s'intéressent que de manière trop concise aux cabinets dentaires. Le présent article a donc pour but de contribuer à combler ces lacunes.

Introduction

Le retraitement de dispositifs médicaux réutilisables forme une partie essentielle de la chaîne d'hygiène dans son ensemble. Le traitement des instruments fait partie de la maintenance et doit être considéré comme un cycle formé des étapes

suivantes: utilisation, nettoyage, désinfection, inspection et maintenance du dispositif médical, emballage, stérilisation, stockage et enfin, réutilisation. Le traitement doit, dans la mesure du possible, être réalisé par des machines. Les dispositifs médicaux destinés à une utilisation stérile sur le patient (notamment en chirurgie buccale, parodontologie, endodontie, implantologie et hygiène dentaire) doivent être stérilisés dans l'emballage prévu à cet effet.

Exigences légales applicables au retraitement

La Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques, LPT¹) et l'Ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim², actuellement en phase de révision) sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2002. Elles ont pour but de garantir la mise sur le marché de produits thérapeutiques de qualité, sûrs et efficaces, et qu'une utilisation sûre des dispositifs médicaux est assurée. Élément essentiel de l'ODim, l'obligation de maintenance impose à l'utilisateur une maintenance et un entretien réguliers des dispositifs médicaux.

De son côté, l'Ordonnance sur la prévention de la maladie de Creutzfeldt-Jakob lors des interventions médico-chirurgicales (OMCJ³), qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, énonce que, lors du traitement de dispositifs médicaux réutilisables, des mesures de précaution particulières doivent être prises pour éviter la transmission de prions. Cette ordonnance s'applique également depuis le 1^{er} janvier 2005 aux cabinets qui emploient des dispositifs médicaux invasifs réutilisables pour des interventions de neurochirurgie,

d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie ou de chirurgie maxillo-faciale. La Commission de la SSO pour l'hygiène en cabinet dentaire constate à ce sujet que l'objectif est de parvenir à une absence totale de prions sur les instruments chirurgicaux (y compris les instruments de détartrage sous-gingival) et qu'il faut donc utiliser des procédés de stérilisation à 134 °C pendant une durée de 18 minutes.

Mise en œuvre des exigences

On trouvera dans le module de formation en ligne de la SSO ainsi que dans les publications accessibles par liens, une présentation de l'application des exigences légales adaptée aux cabinets. Pour plus de détails, on se reportera au document précité «Bonnes pratiques de retraitement des dispositifs médicaux stériles pour les cabinets médicaux, les cabinets dentaires...», qui doit être finalisé début 2010 et sera mis en ligne sous <http://www.swissmedic.ch/md.asp>.

Validation de procédés de stérilisation

La stérilisation est un procédé dont l'efficacité ne peut être garantie par le contrôle et l'examen du produit fini. C'est pourquoi l'art. 19 al. 2 de l'Ordonnance sur les dispositifs médicaux impose l'enregistrement des données de validation lors de procédés de stérilisation qui doivent conduire à des dispositifs médicaux stériles. Il faut donc si possible que tous les procédés de stérilisation utilisés devant permettre d'atteindre la stérilité requise des dispositifs soient contrôlés en appliquant une norme adaptée (comme la norme EN ISO 17665-1). Quant à ceux qui sont employés pour des instruments n'ayant pas à être stériles, ils ne sont pas concernés par l'obligation de validation. La responsabilité de la validation incombe à l'utilisateur.

La validation vient confirmer que l'autoclave a été installé comme il convient et qu'il peut être utilisé en toute sécurité. Dans le même temps, elle fournit la preuve de l'efficacité du procédé de stérilisation en place qui garantit que les dispositifs médicaux sont toujours stériles. La validation comprend un contrôle technique des mesures des paramètres essentiels (pression, température, temps) avec un affichage externe et une analyse des paramètres de mesure (p. ex. enregistreur de données). Les informations ainsi obtenues servent, dans les activités d'exploitation quotidiennes, à simplifier la libération de lots (appelée «libération paramétrique»); une analyse microbiologique régulière (test de recherche de spores) n'est plus nécessaire. En cas de litige, les données de validation alliées aux résultats issus du contrôle de routine servent de preuves d'une réalisation correcte du procédé de stérilisation.

¹ Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques, LPT¹), RS 812.21, www.admin.ch/ch/f/rs/c812_21.html

² Ordonnance du 17 octobre 2001 sur les dispositifs médicaux (ODim), RS 812.213, www.admin.ch/ch/f/rs/c812_213.html

³ Ordonnance du 20 novembre 2002 sur la prévention de la maladie de Creutzfeldt-Jakob lors des interventions médico-chirurgicales (OMCJ), RS 818.101.21, www.admin.ch/ch/f/rs/c818_101_21.html

Les activités de validation comprennent les tâches suivantes:

Qualification de l'installation QI/contrôle de l'installation (IQ, installation qualification)

Il faut attester lors de la réception du stérilisateur que ce dernier a été monté et installé sur son site d'exploitation conformément aux spécifications et qu'il est en état de fonctionner. En général, le contrôle de l'installation est effectué lors de la mise en service de l'appareil. Des vérifications supplémentaires ne sont requises que lorsque les conditions d'installation ont été modifiées.

Qualification opérationnelle QO (OQ, operational qualification)

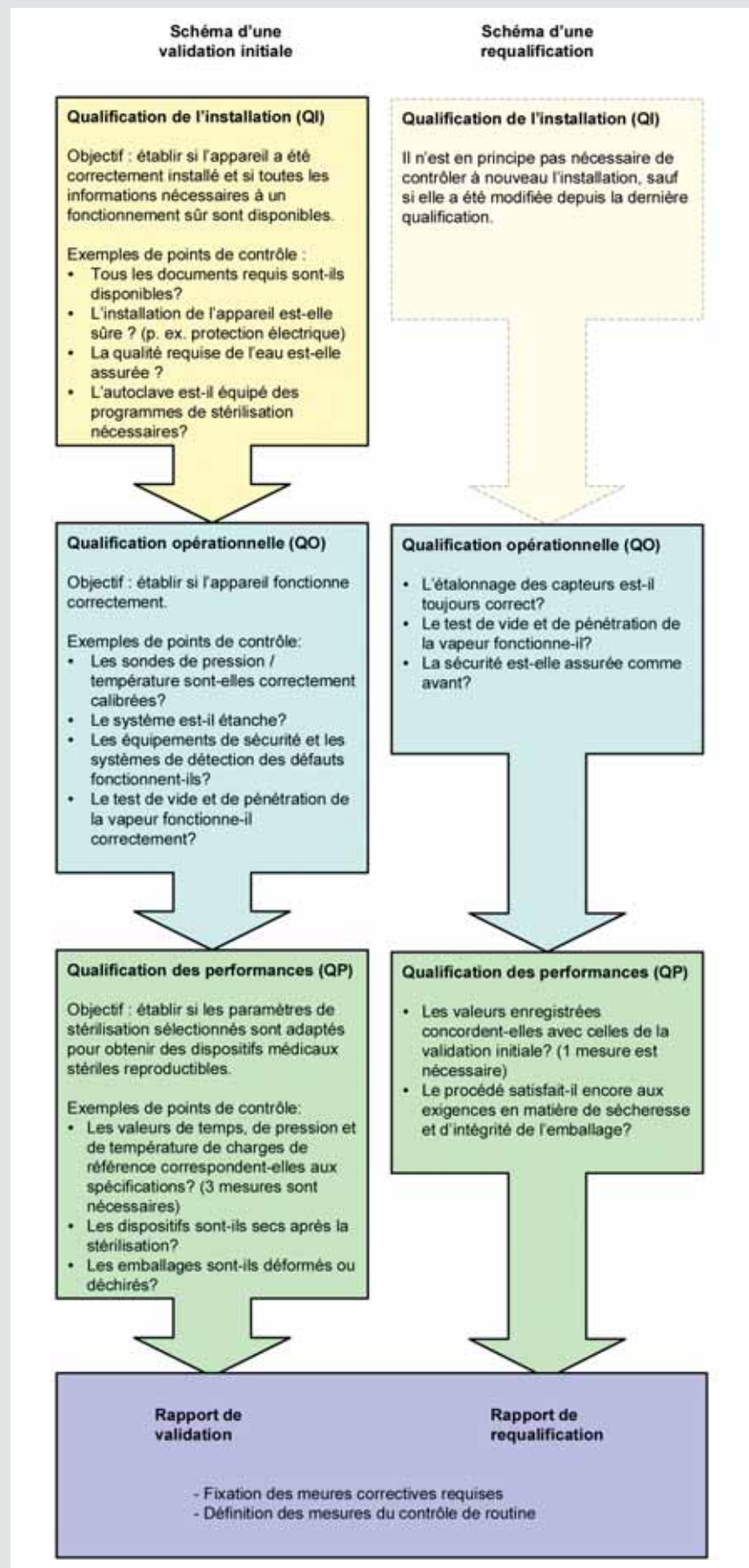
La qualification opérationnelle a pour but de faire en sorte que les règles et éléments de sécurité fonctionnent correctement, que l'appareil fournisse les performances requises et que les éventuels écarts par rapport au procédé prescrit soient détectés.

Qualification des performances QP (PQ, performance qualification)

La qualification des performances a pour objet de documenter l'adéquation des paramètres de stérilisation sélectionnés à la stérilisation de dispositifs médicaux. Il s'agit donc en quelque sorte d'un contrôle d'efficacité sur le site d'installation sur du matériel à stériliser et sur des emballages spécifiques au client. On définit pour ce faire des charges de référence aussi défavorables que possible. Ces charges sont donc formées des combinaisons de produits les plus difficiles à stériliser. Pour que la reproductibilité puisse être assurée lors de la stérilisation quotidienne de routine, les programmes de stérilisation à contrôler sont soumis à trois mesures.

La première validation est de préférence réalisée directement lors de l'installation du stérilisateur, avant son utilisation en régime de routine. Il faut donc, dès l'acquisition d'un stérilisateur, s'assurer que la validation des procédés est intégrée. Le même principe s'applique aux contrats de maintenance, qui doivent comprendre les requalifications (appelées aussi revalidations) à effectuer à des intervalles définis. Les différents procédés ne sont cependant soumis qu'à une mesure unique lors de la requalification.

En Suisse, n'importe qui peut en principe procéder à une validation. Reste qu'il faut tenir compte du fait que seules les personnes au bénéfice d'une formation spécialisée et des expériences qu'elles ont accumulées dans leurs activités professionnelles devraient réaliser des validations, et être en mesure de planifier, d'effectuer, de documenter et d'évaluer les examens paramétriques et microbiologiques de stérilisation selon les dispo-



sitions et les normes en vigueur. Ces personnes doivent également disposer des connaissances scientifiques et techniques requises pour proposer et appliquer des mesures correctives lorsque des défauts sont constatés. Il est donc recommandé d'exiger les justificatifs correspondants. Les anciens autoclaves ne satisfaisant pas aux exigences de la norme SN EN 13060 peuvent poser des problèmes ne permettant pas une qualification globale selon la norme EN ISO 17665-1 (p. ex. des variations importantes de températures, un vide insuffisant ou un dépassement du temps d'équilibrage). Lorsque de tels écarts sont constatés par rapport aux exigences, il convient alors de procéder à une analyse complète des risques. Les éventuels risques résiduels ne doivent en aucun cas entraîner une stérilisation incorrecte des dispositifs lors de l'exploitation quotidienne.

Remarques sur les procédures alternatives en matière de validation

Divers fabricants d'autoclaves à vapeur proposent depuis quelque temps des procédures dites alternatives pour la validation de procédés de stérilisation, ce qui implique que le fabricant fournit la preuve, pour des stérilisateur de même type, que les programmes de stérilisation sont adaptés à des charges de référence sélectionnées et que celles-ci sont équivalentes aux charges pré-

vues en régime de routine dans les cabinets. Une telle procédure a l'avantage de permettre une réduction du temps requis pour la validation sur place. Du point de vue de la sécurité, il suffirait donc, en Suisse, d'effectuer une requalification (voir plus haut) sur place au lieu d'une qualification complète des performances. Sur le principe, on ne peut que se féliciter d'une telle approche, qui réduit le temps de validation. Malheureusement, force est de constater que ces procédures alternatives ne peuvent être appliquées que dans des conditions précises:

- L'autoclave doit satisfaire à la norme SN EN 13060 (à partir de 2004, les appareils répondent normalement à cette norme),
- le fabricant définit des appareils adaptés,
- les appareils sont de la classe «B»,
- le système d'évaluation du procédé doit être intégré,
- la charge de référence doit correspondre à la charge du cabinet.

Ces conditions ne pouvant actuellement être remplies par tous les cabinets dentaires, la procédure n'est pas envisageable partout.

Contrôle de routine

On entend par contrôle de routine à la fois les contrôles de l'appareil et la surveillance du procédé de stérilisation. Le contrôle de routine a

pour objet d'établir que le procédé de stérilisation validé fournit en permanence des résultats corrects. Les données recueillies pendant la validation sont également utilisées afin de définir un contrôle optimal. Cette procédure peut par exemple entraîner la suppression du test de pénétration de la vapeur par paquet d'essai B&D, à la place duquel on ajoutera à la charge à stériliser un dispositif d'épreuve (BMS, *batch monitoring system*, épreuve de surveillance de charge) portant un indicateur chimique. Ce dispositif servira à attester que la vapeur pénètre comme il convient mais aussi que le procédé de stérilisation est correct, ce qui permettra une libération de l'ensemble de la charge. Le recours à plusieurs indicateurs chimiques ne serait donc plus impérativement requis. Par ailleurs, la stérilisation de dispositifs médicaux destinés à une utilisation stérile est soumise à une obligation de documentation, qui doit permettre de rattacher clairement, par numéros de lots, le matériel stérilisé à un patient.

Remarques de fond; nettoyage et désinfection

Le succès d'une stérilisation dépend de la réalisation correcte des étapes de traitement préalables et en particulier du nettoyage et de la désinfection. Le nettoyage des instruments encore



Les produits médicaux destinés à l'application stérile sur le patient doivent être traités à l'aide de machines, chaque fois que cela est possible.

largement réalisé à la main ne correspond plus, à la fois du point de vue économique, écologique et de la sécurité, aux dernières connaissances techniques acquises et comporte même certains points faibles graves. Les procédés manuels ne sont en effet pas validables et peuvent, tout au plus, être standardisés. Il faut cependant, dans ce cas, élaborer des instructions écrites et contrôler régulièrement leur bon respect. Un autre facteur ne doit pas être négligé non plus: le risque de blessure ou le risque sanitaire (coupures, piqûres, projection dans les yeux, allergies, etc.), qui est nettement plus élevé en cas de traitement manuel du fait du contact avec du matériel contaminé et des produits chimiques de nettoyage et de désinfection. On ne saurait oublier également dans ce contexte le temps nécessaire au traitement manuel des instruments. Il est donc recommandé, lors de la création d'un cabinet ou d'une nouvelle acquisition, d'installer un appareil de nettoyage et de désinfection automatique (laveur/désinfecteur, désinfecteur thermique). Malgré des frais d'acquisition et de maintenance non négligeables, un tel appareil présente des avantages. Les cycles entièrement automatisés peuvent être validés et documentés et sont donc reproductibles. L'utilisateur peut travailler de façon plus ergonomique et plus sûre, et le personnel est disponible pour d'autres tâches pendant le fonctionnement automatique de l'appareil.

Récapitulation

Comme mentionné plus haut, la validation de procédés de stérilisation devant conduire à des dispositifs médicaux stériles est prescrite par la loi. Cependant, la réalisation d'une validation suppose des connaissances techniques spécifiques, tandis que l'acquisition de l'équipement de mesure nécessaire est réputée trop onéreuse pour un cabinet dentaire. Dans ce contexte, le recours à un spécialiste qualifié (p. ex. auprès du fabricant, du fournisseur ou d'une entreprise tierce) doit donc être envisagé. On veillera, lors du choix du partenaire, à ce qu'un justificatif soit fourni, attestant de la qualification requise pour la validation de procédés de stérilisation. Il est conseillé par exemple de conclure un contrat de maintenance prévoyant aussi bien la validation initiale que les requalifications. Pour savoir si les prestations prévues dans le contrat satisfont aux exigences de validation, on se reportera au document «Bonnes pratiques de retraitement des dispositifs médicaux stériles pour les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et d'autres utilisateurs de petits stérilisateur à la vapeur d'eau saturée» (<http://www.swissmedic.ch/md.asp>, publié au printemps 2010), qui décrit de manière détaillée les différentes étapes et les activités liées à la validation.



Etant donné qu'il n'est pas possible de s'assurer de l'efficacité de la stérilisation sur le produit final lui-même, il importe que les processus de stérilisation soient évalués et contrôlés au moyen de normes ISO appropriées.

La validation des procédés de stérilisation semble à première vue nécessiter un investissement considérable. Il ne faut cependant pas oublier que, du fait de la validation des procédés, une analyse biologique n'est plus impérativement nécessaire et que les mesures du contrôle de routine des procédés peuvent alors être limitées à un minimum, ce qui permet de réduire les frais d'exploitation quotidiens. En outre, lorsque la vali-

dation peut être effectuée en même temps que la maintenance du stérilisateur, de toute façon requise, le temps à consacrer à cette activité en est réduit d'autant.

Ainsi, la validation permet non seulement de s'assurer de la reproductibilité du retraitement des dispositifs stériles, mais aussi de la présence de tous les justificatifs nécessaires à un procédé de stérilisation sûr.

Tout ce qui brille n'est pas d'or ...

«Gold drives everybody crazy», disait un journaliste de la National Geographic Society: en effet, de toutes les tentations de ce bas monde, c'est l'or qui impose le plus lourd tribut, tant en vies humaines qu'en atteintes à l'environnement. Le peu d'or qu'il est encore possible d'extraire de nos jours se trouve dans des régions de notre planète qui sont à la fois écartées et vulnérables. L'action «vieil or pour redonner la vue» montre à l'évidence comment le métal qui rend fou peut encore faire le bien quand on se le procure de manière durable.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

L'or est un métal rare. A ce jour, on n'a extrait que 161 000 tonnes d'or, ce qui remplirait à peine deux piscines olympiques. Plus de la moitié de cet or a été extrait au cours de ces dernières cinquante années. Les mines sont proches de l'épuisement et les découvertes de nouveaux gisements sont extrêmement rares. Les temps heureux sont bien loin, lorsque l'on trouvait de l'or en abondance en Afrique du Sud et en Californie. La plupart de l'or restant se trouve dans des régions éloignées et vulnérables de notre planète. Ce qui subsiste encore est malheureusement une invitation à la destruction des derniers territoires encore intacts. Pour des armées de travailleurs migrants misérables venus du monde entier, l'or continue à assurer leur

survie, mais peut aussi leur apporter une fin prématurée. La méthode d'extraction dépassée qui recourt au mercure sous forme gazeuse ou liquide pour séparer l'or du substrat provoque l'empoisonnement durable aussi bien des travailleurs des mines que des eaux et de l'air ambiant. D'un autre côté, des consortiums internationaux de mines envoient des flottes de machines monstrueuses dans les coins les plus reculés de notre planète. Ces machines géantes défoncent la terre et, bien que la quantité d'or récoltée soit absolument infime, leurs ravages sont évidents vus de l'espace!

Malgré tout, l'or n'a aujourd'hui rien perdu de son attrait. C'est une denrée hautement appréciée par les marchés boursiers. En des temps

d'insécurité économique, sa valeur ne cesse de grimper vers des sommets. Depuis les temps bibliques, les bijoux en or sont encore et toujours infiniment appréciés dans le monde entier.

Vieil or pour redonner la vue

«Arrachez les anneaux d'or des oreilles de vos femmes, de vos fils et de vos filles et apportez-les moi...» demande Aaron aux Israélites dans le deuxième Livre de Moïse, alors que le prophète reçoit les Dix Commandements sur le Mont Sinaï. Le Jeudi saint, les responsables de la collecte «Vieil or pour redonner la vue» ont eux aussi lancé un appel pressant aux étudiantes et aux étudiants en médecine dentaire de l'Université de Zurich afin qu'ils récoltent or dentaire et vieux bijoux. Avec seulement cinquante francs tirés de vieil or, il est possible de pratiquer une opération simple des yeux au bénéfice d'aveugles ou de malvoyants dans les pays les plus défavorisés, et leur redonner ainsi la vue. Les informations aux candidats médecins-dentistes ont été données par des responsables de la Croix-Rouge suisse (CRS), en la personne de Patrick Albert, D^r méd. dent., du groupe de travail Vieil or, ainsi que de Thomas Achard, D^r méd., médecin conseil pour les projets de santé de la CRS, de Joseph Kasper, D^r phil., et Beatrix Spring, tous deux en leur qualité de responsables de ce programme.

Trop précieux pour disparaître au fond d'un tiroir

Il y a plus de vingt-cinq ans, Max Schatzmann, médecin-dentiste de Weinfeld, a convaincu la CRS que l'or dentaire extrait devait être remis en circulation pour une bonne cause. Cet or est collecté systématiquement dans le cabinet dentaire que dirige Albert avec son épouse à Erlenbach. «Le prospectus Vieil or est en évidence dans la salle d'attente, et chaque fois que j'extrais de l'or dentaire sur un patient, je lui parle du projet Vieil or. Jusqu'à présent, tous ces pa-



L'une des auditrices annonce spontanément qu'elle va envoyer les bridges en or de sa grand-mère.

tients me l'ont laissé.» Les assistantes du cabinet dentaire rassemblent l'or dans un récipient spécial et l'envoient à la CRS. L'or est collecté tous les mois et fondu tous les trois mois chez Cendres + Métaux SA, à Bienne. Les lingots sont ensuite vendus et le produit est consacré à des traitements des yeux.

Patrick Albert et son épouse aussi ont entendu parler du projet à l'Institut de médecine dentaire. Il s'est tout de suite annoncé lorsque la section de Zurich de la SSO s'est mise à la recherche d'un membre pour le groupe de travail «Vieil or pour redonner la vue». Voici ce qu'il a déclaré à sa consœur Claudia Antonini du ZZMK qui a organisé la manifestation: «J'ai rarement eu connaissance d'un projet qui fasse preuve d'une telle efficacité. Avec relativement peu de travail, on peut aider un nombre considérable de gens!»

On demande encore plus d'engagement...

Par contre, Patrick Albert est déçu par le Comité de la SSO qui ne s'est pas particulièrement identifié au projet pendant toutes ces années. Avec

seulement deux modestes mesures, à savoir des annonces dans la RMSO «Achat de vieil or au meilleur prix du jour – 11/2009» et un appel annuel aux membres de la SSO, on aurait déjà fait beaucoup, estime Patrick Albert qui s'engage au plan social. Tout le groupe de travail s'associe à ce reproche. Il observe avec attention comment des annonces ciblées peuvent aider ceux qui sont privés de la lumière.

La publicité agressive pour l'or conduite par des privés ne manque pas d'avoir des conséquences: en effet, la CRS a subi en 2009 un recul d'environ 150 000 francs de ses recettes en relation avec la collecte d'or.

Redonnez à l'or tout son éclat et apportez votre soutien à la collecte «Vieil or pour la vue» en apportant de l'or dentaire ou de vieux bijoux!

La CRS reçoit également directement vos dons: Croix-Rouge suisse

Action «Vieil or pour redonner la vue»

Rainmattstrasse 10, 3011 Berne

CCP 30-4200-3 avec mention «Redonner la vue»

Patrick Albert, D^r méd. dent., du groupe de travail Vieil or, Claudia Antonini, D^r méd. dent., responsable de la formation au ZZMK, Joseph Kasper, D^r phil., responsable du programme, Thomas Achard, D^r méd., médecin conseil pour les projets de santé de la CRS, Beatrix Spring, responsable du projet: ils font tout pour que la relève en médecine dentaire soit informée des bienfaits et de l'efficacité de l'action «Vieil or pour redonner la vue».



Aide pour Haïti

La population d'Haïti a été profondément éprouvée par un séisme catastrophique. Les infrastructures de l'île ont été fortement endommagées, tout comme la clinique dentaire et le centre de formation du Secours Dentaire International (SDI) à Port-au-Prince. Une collecte spontanée a permis de lancer une action résolue de soutien en faveur du SDI lors de l'Assemblée annuelle de l'Association Suisse de Médecine Dentaire Pédiatrique (ASP).

Secours Dentaire Internationale (photos: mäd)

L'Hôtel Bellevue à Berne a accueilli le 21 janvier 2010 l'Assemblée annuelle de l'Association Suisse de Médecine Dentaire Pédiatrique (ASP). Le même jour, la Chaîne du Bonheur a organisé une collecte nationale pour les victimes du séisme qui a frappé Haïti.

A côté des cliniques que le Secours Dentaire International (SDI) gère en Afrique depuis de nombreuses années, l'institution tient à Port-au-Prince une clinique dentaire dans un centre de formation pour des enfants qui doivent contribuer à

l'entretien de leur famille et qui, en conséquence, ne peuvent fréquenter les écoles habituelles. Le SDI apporte son soutien à la population d'Haïti aussi bien sur le plan logistique que par la rémunération des collaboratrices et des collaborateurs. Il se trouve qu'un médecin-dentiste de Matran (FR) séjournait précisément à Port-au-Prince en tant que responsable de projet chargé de l'encadrement de cette clinique dentaire. Nous avons très tôt appris par SMS qu'il avait heureusement survécu sans dommages au tremblement de terre.



Toutefois, dans un premier temps, nous avons complètement perdu le contact avec la clinique et avec ses six collaboratrices et collaborateurs. Ce n'est qu'après quelques jours que nous avons su que, même s'ils avaient tous survécu, ils avaient aussi perdu des proches et que le centre de formation était pratiquement complètement détruit.

Solidarité spontanée

Lors de l'assemblée, le caissier Francis Clément et le soussigné ont spontanément décidé d'attirer l'attention des participants sur ce triste événement, et les ont invités à réserver bon accueil à une collecte en faveur de la clinique du SDI à Haïti. En fin de journée, c'est la somme de 3622 francs qui a été récoltée. De plus, l'assemblée des membres a pris la décision, à la demande de Giovanni Ruggia, président de l'ASP, de verser au SDI le montant de 20 francs par participant à l'assemblée, don destiné à la reconstruction de la clinique de Port-au-Prince. Ainsi, avec un don individuel de 5000 francs précédemment reçu, c'est la somme remarquable de 16622 francs qui a pu être virée à Montreux. Ce montant pourrait être encore plus généreux, si l'on tient compte que de nombreux participants sont partis avec un bulletin de versement. Au nom de nos collaboratrices et collaborateurs gravement affectés par la catastrophe survenue à Haïti, au nom également de notre fondation, j'adresse mes plus sincères remerciements pour cette remarquable action de solidarité de nos consœurs et confrères suisses.

Vous nous trouverez à la Swiss Dental à Bâle, stand H031.

Livre

Parodontie

Charon J et al:

Parodontie médicale: Innovations cliniques
2^e édition. Collection JPIO, 480 pp, cartonné,
éd. Cdp, 175 €
ISBN 978-2-84361-141-4

Jacques Charon et huit co-auteurs présentent au lecteur un ouvrage qui s'adresse tant à l'omnipraticien qu'au spécialiste en parodontologie en tenant compte du concept désormais consacré à la médecine buccale.

Les éléments de base sont présentés de manière exhaustive, richement illustrée, faisant appel aux développements récents de la recherche et de la

technologie médico-dentaires. Ainsi, le parodonte sain est clairement différencié du parodonte pathologique, comparant clairement l'écosystème naturel et biologique qui assure la santé parodontale aux déséquilibres microbiens qui mettent en péril la résistance de l'hôte. Les méthodes de dépistage des affections parodontales vont permettre d'en prévenir ou d'en traiter les effets. Les affections parodontales se développent selon un cycle infectieux qui nécessite d'abord une source de micro-organismes virulents qui vont être transmis à une cible en y adhérant et en utilisant des éléments de l'hôte nécessaires à son développement et à son métabolisme. Le cheminement de ce cycle implique aussi d'échapper aux mécanismes de défense de l'hôte en

modifiant la réponse immunitaire avant de pouvoir ainsi envahir progressivement les tissus parodontaux. Ces derniers seront progressivement détruits non seulement par des enzymes bactériens, mais aussi par des enzymes produits par les cellules de l'hôte. Ce cycle de l'infection parodontale se solde par une perte progressive de l'attache.

Avant toute entreprise thérapeutique, l'intervention diagnostique première du médecin-dentiste nécessite une information au patient et un examen clinique assorti de d'analyses radiographiques, bactériologiques et biologiques.

Les connaissances en matière de pathogénie des maladies parodontales sont en constante évolution. On sait désormais que le pouvoir pathogène des microorganismes est fonction de leur virulence, soit de leur aptitude à coloniser, à se multiplier, à contourner les mécanismes de défense de l'hôte et à produire des substances toxiques

comme les lipopolysaccharides. Le rôle majeur de défense qu'assurent les polymorphonucéaires (PMN) est bloqué par l'action bactérienne qui va pouvoir ainsi assurer sa propre croissance. Produites par les monocytes, les cytokines sont des polypeptides qui jouent un rôle complexe dans la réponse immunitaire mais dans la destruction tissulaire aussi. Les lymphocytes T produisent d'autres cytokines impliquées dans l'élimination de microorganismes.

L'épidémiologie des affections parodontales aura permis d'affiner les attitudes diagnostiques, thérapeutiques et préventives grâce à une meilleure compréhension des facteurs de risque (âge, sexe, ethnie, conditions socio-économiques, stress, tabagisme, carences immunitaires) et étiologiques. Le rôle de la plaque a pu être ainsi démontré, ainsi que celui de l'inflammation gingivale et parodontale. Les types d'affections ont pu aussi être définis.

Le dépistage des problèmes parodontaux revient avant tout au médecin-dentiste. La prévention moderne évalue la probabilité d'apparition de perte d'attache plutôt que la gestion d'une certitude face au risque parodontal. Cette évaluation

du risque tient compte de la présence de facteurs génétiques, de réponse au stress, de susceptibilité aux infections, de prédisposition à la carie.

La prise en charge d'un patient exige la délivrance d'une information individualisée, une mise en confiance mutuelle et des examens cliniques systématiques et adaptés à l'état du patient sur la base d'un diagnostic étiologique.

L'hygiène est l'atout majeur de la santé parodontale. L'élimination de la plaque intéresse la surface totale de l'élément dentaire en contact avec le milieu buccal. Cette élimination est mécanique et chimique. Le recours à une antibiothérapie, générale ou locale, n'intervient que dans des conditions particulières et en aucun cas comme une mesure de routine.

Le détartrage ou lithotritie est un acte chirurgical ou non chirurgical nécessitant une formation adéquate. Il est sus-gingival, sous-gingival et peut intéresser la surface radiculaire.

La variété des thérapeutiques parodontales chirurgicales et non chirurgicales visent à ménager au mieux le parodonte en tentant de traiter les lésions tissulaires.

Toute prise en charge en parodontie est associée à des mesures de contrôles répétés sous forme de réévaluations de la réponse au traitement. Les résultats dépendent de paramètres liés au patient (adhérence thérapeutique, status médical, exposition à des sources extérieures de réinfection), à la cavité buccale, à l'individualité dentaire (pluriradiculées, lésions d'origine endodontique, etc.), aux sites (défauts prothétiques).

Le traitement dit actif est suivi par une phase dite de maintien dont le but est la prévention de récurrences.

L'ouvrage s'achève par la présentation de cas cliniques de complexités variables et largement documentés. Des éléments instructifs d'ergonomie et de gestion instrumentale sont également indiqués.

Ce livre concis, richement illustré et clairement chapitré s'adresse spécifiquement au praticien désireux d'approfondir ces connaissances et sa maîtrise de la parodontie.

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

Editorial office "Research · Science" / Redaktion «Forschung · Wissenschaft»

Rédaction «Recherche · Science»

Chief Editor / Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Adrian Lussi, Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin,
Freiburgstr. 7, 3010 Bern

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belser, Genève; Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel; Prof. Dr. Rudolf Gmür, Zürich

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Dr. Aine Lennon, Gockhausen; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Neuchâtel; Kathleen Splieth, Neuenkirchen (D)

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; PD 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 SMFZ 1/2010, S. 29–30) und auf der SSO-Webseite aufgeführt.
Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/2007, p. 63 (Recherche · Science RMSO 1/2010, S. 31–32) 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. François Keller, Delémont
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
Föhrlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 07, Telefax 043 444 51 01, E-Mail: zahnmedizin@fachmedien.ch
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.
Inserationstarife / 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 62 55

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. 35.85*
* inkl. 2,4% MWSt / inclu TVA 2,4%	
Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 298.–
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 35.–
	+ 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.

2010 – 120. Jahrgang / 120^e année; Auflage / Tirage: 5700 Ex.;
WEMF/SW-Beglaubigung 2009 – Total verkaufte Auflage: 4773 Ex.
ISSN 0256-2855