

Évidence scientifique ou expérience pratique ?

Congrès annuel virtuel de la SSO

La Suisse est encore aux prises de la crise du COVID-19. La SSO a, elle aussi, subi des restrictions impensables quelques mois auparavant. **Le congrès annuel virtuel a toutefois été un succès.**

Texte : Daniel Nitschke, méd. dent., Bonstetten
Photos : Martin Bichsel, photographe

En 2020, le plus grand et important congrès de la branche dentaire suisse a eu lieu en ligne. Celui qui, l'an dernier, aurait persuadé un bookmaker de faire ce pari empêcherait aujourd'hui une belle somme. Les organisateurs ont longtemps espéré, ils ont même repoussé le congrès d'avril à fin août. En vain. Finalement, réaliser un congrès virtuel était la seule réponse raisonnable.

Dans son discours d'ouverture, le président de la SSO, *Jean-Philippe Haesler*,

médecin-dentiste, a raconté comment un infatigable quatuor du comité d'organisation de la SSO a mis en œuvre l'idée d'un congrès virtuel. Il s'est dit convaincu qu'en dépit des circonstances inhabituelles, la solution retenue avait de quoi séduire. Il a poursuivi en rappelant l'engagement dont a fait preuve la SSO pendant le confinement pour défendre les intérêts des médecins-dentistes en arguant auprès des politiciens – avec succès ! Les médecins-dentistes ont été l'une des premières professions autorisées

à reprendre leurs activités après le confinement.

Le président de la Commission scientifique pour les congrès, le professeur *Andreas Filippi*, s'est réjoui du grand nombre d'inscriptions. Malgré la situation extraordinaire, la formule en ligne du congrès 2020 avait, au jour de son d'ouverture, déjà enregistré près de 1200 inscrits. Il a présenté le sujet du congrès en posant deux questions. Est-il vraiment nécessaire d'introduire continuellement les nouvelles découvertes



Daniel Koch, ancien délégué de l'Office fédéral de la santé publique au COVID-19 (à droite), avec le président de la SSO, Jean-Philippe Haesler (au milieu), et le secrétaire général de la SSO, Simon Gassman (à gauche).



Le professeur Irena Sailer de la Commission scientifique pour les congrès de la SSO a modéré la première partie du congrès.



Le docteur Daniel Koch, ancien délégué de l'Office fédéral de la santé publique au COVID-19 et consultant en gestion de crise, a salué la discipline avec laquelle la population suisse a respecté les consignes des autorités.

scientifiques dans le quotidien du cabinet dentaire? Ou les patients ne tiraient-ils pas plutôt un plus grand profit de la longue expérience des médecins-dentistes?

« La Suisse a plutôt bien tiré son épingle du jeu »

La première présentation de la journée n'était pas encore consacrée à l'évidence scientifique en médecine dentaire, mais, une fois de plus, consacrée au COVID-19. Au début de sa conférence, *Daniel Koch*, médecin, ancien délégué de l'Office fédéral de la santé publique au COVID-19 et consultant en gestion de crise, a salué la discipline avec laquelle la population suisse a respecté les consignes des autorités. Cependant, il faut veiller à ce que l'augmentation actuelle du nombre de cas ne se transforme pas en une deuxième vague. Vu l'augmentation du taux de cas positifs, il n'y a actuellement pas de choix : le traçage des contacts est la seule manière d'éviter un nouveau confinement. La tendance actuelle doit être inversée avant le début de la saison des refroidissements pour ne pas surcharger encore le système de santé.

Mais, au fait, où les gens se contaminent-ils? *Daniel Koch* a expliqué que l'origine de 40 % des contaminations ne peut être déterminée. Quand c'est possible, le plus grand risque d'infection, de loin, se situe dans le cercle familial, mais de nombreuses infections ont également lieu au travail. Ces résultats n'ont rien de surprenant. Il est, en revanche, intéressant de constater que le risque est plutôt faible dans les écoles, les bars et les restaurants. De manière générale, l'orateur a appelé à plus de compréhension envers la jeune génération, pour laquelle la situation est particulièrement difficile. Une personne de 20 ans ne peut vivre comme une personne de 60 ans. L'essentiel est de bien informer et de motiver la population, car, à long terme, l'obligation n'améliore pas la coopération.

Les fuites dans le pipeline

La partie du congrès dédiée à la médecine dentaire a débuté avec la présentation de *Rino Burkhardt*, médecin-dentiste, portant sur l'importance de l'évidence scientifique. Il a cité trois conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une médecine basée sur les preuves : des réponses claires à des

questions précises, des objectifs communs à tous les scientifiques et des idéologies claires pour une médecine fondée exclusivement sur des preuves empiriques.

La quantité d'études publiées dans le domaine de la médecine dentaire est énorme. Il est donc difficile d'évaluer les résultats et d'en tirer des conclusions. Même si la qualité des études s'est améliorée ces dernières années, les cliniciens rencontrent encore de nombreuses difficultés pour mettre en œuvre les évidences externes chez les patients. Ainsi, le médecin-dentiste du XXI^e siècle a non seulement besoin de compétences dans le domaine de la santé, c'est-à-dire la capacité à comprendre les évidences scientifiques, mais également de compétences liées au système de santé, ce qui signifie savoir contrôler les données publiées sous l'angle des biais et des intérêts personnels. Selon l'orateur, les études soutenues par l'industrie conduisent plus souvent à des résultats positifs qui pourtant, régulièrement, s'avèrent non fondés statistiquement. Dans le domaine de l'implantologie, ce sont même deux tiers des études qui ne sont pas impartiales.

Même si un clinicien est conscient de tous ces conflits d'intérêts, il devrait en outre être capable d'identifier la situation adaptée à la mise en œuvre des données sélectionnées. Et si tous ces critères sont réunis, il faut encore qu'il possède les compétences techniques correspondantes. En est-il manuellement capable, encore faut-il qu'il passe à l'action et sorte de ses vieilles habitudes de traitement? Tout au bout de la chaîne, il y a encore le patient qui, pour diverses raisons, n'est pas nécessairement intéressé à l'application des nouvelles évidences scientifiques. *Rino Burkhardt* compare cette situation à un pipeline troué entre le médecin et le patient : avec toutes ces fuites, quand l'évidence arrive jusqu'au patient, il n'en reste plus grand-chose.

« La source exclusive du savoir est l'expérience »

Albert Einstein aurait affirmé que « la source exclusive du savoir est l'expérience ». Notez bien qu'Einstein qualifie l'expérience de source « exclusive » et non pas comme « une » source du savoir, et qui oserait le contredire. Certainement pas *Jürg Schmid*, médecin-dentiste. Il n'a certes pas pu éviter David Sackett et son schéma de la médecine basée sur les preuves, schéma omniprésent tout au long du congrès, mais *Jürg Schmid* a éga-

lement présenté un plaidoyer intéressant en faveur de l'expérience clinique, présentant les inconvénients liés à ce qu'il a appelé le « terrorisme de la littérature ». L'évidence scientifique représente, en principe, la médiane. Or, le patient individuel n'est pas une médiane. Il a ses propres attentes, besoins, expériences et possibilités financières. Le clinicien expérimenté se doit donc de mettre en œuvre l'évidence scientifique de manière à proposer le traitement optimal à chacun de ses patients. À l'aide de plusieurs cas cliniques, l'orateur a montré que suivre strictement les plus récentes évidences scientifiques ne conduit pas nécessairement au résultat optimal pour le patient.

L'imagerie DVT en chirurgie parodontale

Le professeur *Clemens Walter* s'est intéressé, dans sa présentation, à l'évidence scientifique en chirurgie parodontale, en mettant l'accent sur l'intérêt de la tomographie volumique numérisée (DVT) pour le diagnostic clinique. Il s'agit tout d'abord d'évaluer correctement le défaut : quel est l'état du parodonte autour de la racine concernée ? Combien de parois le défaut présente-t-il, sont-elles loin de la racine ? Souvent, un cliché radiologique bidimensionnel ne suffit pas pour répondre à ces questions. Dans une telle situation, une DVT permet une bien meilleure compréhension de la situation paro-



Le docteur Rino Burkhardt a ouvert la partie du congrès consacrée à la médecine dentaire : « Quand l'évidence scientifique arrive enfin au patient, il n'en reste plus grand-chose. »

dentale individuelle du patient. L'imagerie en trois dimensions aide, par exemple, à décider si la résection de certaines par-

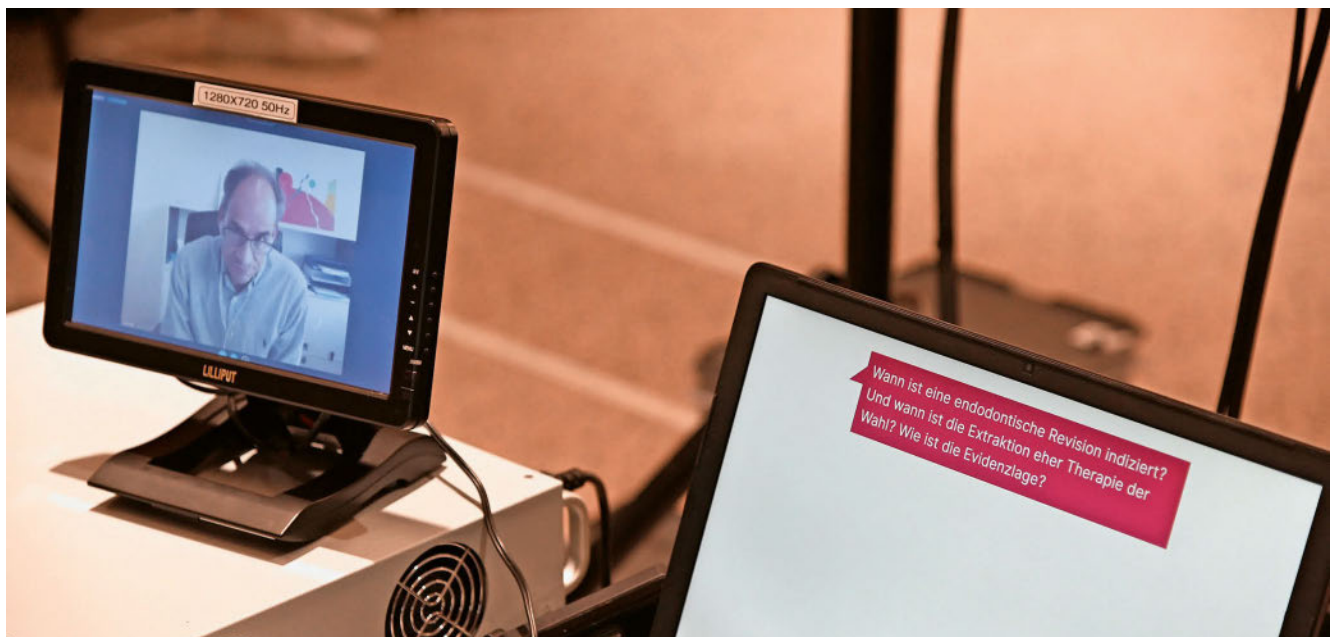


Le docteur Jürg Schmid a présenté un plaidoyer intéressant en faveur de l'expérience clinique.

ties permettrait d'éviter d'extraire la dent. Il n'a toutefois pas recommandé l'utilisation systématique en routine de



Le professeur Andreas Filippi, président de la Commission scientifique pour les congrès (à gauche), s'entretient avec le professeur Clemens Walter, qui a présenté un exposé sur l'évidence scientifique en parodontologie.



Le professeur Roland Weiger était l'un des quatre orateurs qui n'ont pas fait leur présentation dans le studio d'enregistrement à Berne, mais à distance.

la DVT, celle-ci dépend en effet toujours du cas d'espèce et du degré d'intérêt d'un traitement conservateur.

L'évidence scientifique en endodontie

Le professeur *Roland Weiger* était l'un des quatre orateurs qui n'ont pas fait leur présentation dans le studio d'enregistrement à Berne, mais à distance. Il a d'abord abordé l'imagerie dentaire et,

comme l'orateur qui l'a précédé, le rôle particulier de la DVT. Le film dentaire classique continue à jouer un rôle central dans ce domaine. Compte tenu des directives ALARA, mais bien sûr aussi en raison des coûts pour le patient, l'utilisation systématique de la DVT n'est pas justifiée, car elle n'assure pas nécessairement une influence positive sur le résultat clinique. Toutefois, la DVT peut apporter une va-

leur ajoutée en cas de diagnostic imprécis.

En cas de carie profonde, aucune recommandation de traitement claire ne peut non plus être formulée lorsqu'il faut choisir entre un traitement radiculaire et des mesures de préservation de la vitalité. La décision doit être prise en fonction de l'âge du patient, des dommages antérieurs et de l'étendue des caries. Les



Les explications du docteur Beat Suter sur la DVT et les boulettes de coton ont été très intéressantes.

dommages antérieurs se réfèrent principalement aux traitements préparatoires déjà réalisés sur la dent. Cependant, l'absence de signes cliniques de pulpite irréversible est la condition préalable au maintien de la vitalité. La pulpotomie partielle est à privilégier pour les mesures de maintien de la vitalité. Selon les études réalisées, une couverture en MTA permet d'obtenir une survie de la pulpe d'environ 90 % sur une période d'observation de cinq ans.

Selon une étude de JOE ET AL. (2020), l'utilisation d'hypochlorite de sodium ou de chlorhexidine en tant que solution de rinçage ne fait aucune différence. La réalisation du traitement en plusieurs séances avec plusieurs changements de médicaments n'a pas non plus conduit à de meilleurs résultats, le taux de réussite était même légèrement supérieur pour les traitements en une séance.

Les révisions des traitements radiculaires ont également un bon pronostic, à condition de détecter et de préparer intégralement les canaux non, ou insuffisamment, traités. Le taux de réussite est alors aussi bon qu'avec un traitement radiculaire initial suffisant.

Beat Suter, médecin-dentiste, s'est également intéressé à l'endodontie, mais plutôt sous l'angle du médecin-dentiste en cabinet privé. Il considère, lui aussi, que le recours à la DVT doit être bien réfléchi. En effet, la résolution maximale est de 80 µm. Une lime de taille ISO 06 (60 µm) pourrait ainsi détecter un canal qu'une DVT ne permettrait pas de voir. Il est également d'avis que changer de pansement à plusieurs reprises ne présente aucun avantage. En effet, si des changements multiples sont nécessaires sans être suivis d'amélioration, c'est que quelque chose n'a pas été détecté.

Les remarques de Beat Suter à propos des boulettes de coton utilisées pour réaliser une obturation provisoire étaient très intéressantes du fait qu'elles reposent uniquement sur de l'observation clinique. Depuis qu'il renonce systématiquement à l'utilisation de granulés pour la réalisation d'une obturation temporaire, il n'a pratiquement plus rencontré de fractures de la cuspidé. Il recommande l'utilisation d'une pâte d'hydroxyde de calcium ou de Coltosol comme base, puis une couche d'IRM pour la finition.

Échec des restaurations conservatrices – les raisons invisibles

Le professeur Thomas Attin a rappelé que le clinicien doit pour chaque cas se deman-



Le professeur Thomas Attin (à droite) a abordé dans son exposé les problèmes invisibles dans la médecine dentaire conservatrice. À gauche, le docteur Riccardo Kraus, de la Commission scientifique pour les congrès de la SSO.

der ce qui peut mal tourner. Il a présenté les problèmes invisibles en médecine dentaire conservatrice. La base de l'examen est le substrat. Même si cette affirmation peut paraître banale, il est impératif que les surfaces dentaires soient

propres avant le traitement. Malheureusement, l'expérience de Thomas Attin montre que les institutions de médecine dentaire sociale ne voient pas les choses ainsi. Par conséquent, la prise en charge des positions relatives au nettoyage préalable est souvent refusée. Une obturation sur de la dentine érodée entraîne une adhérence nettement réduite, il est donc judicieux de meuler les surfaces avant l'application de l'agent de pontage. Les explications de Thomas Attin sur l'application et le retrait du gel de mordantage et des adhésifs étaient également intéressantes. En effet, un temps de mordantage de la dentine supérieur à 15 secondes s'avère défavorable à l'adhérence. De plus, le rinçage du gel ne doit pas être trop bref. Il faut impérativement éviter toute application d'acide fluorhydrique sur la dentine, par exemple lors de la réparation de restaurations en céramique. En revanche, pour les adhésifs, un temps de pose prolongé améliore l'adhérence. S'il est nettement plus long, cela permet même de compenser les effets négatifs d'un mordantage trop long de la dentine. L'allongement de la photopolymérisation du collage conduit également à une adhérence légèrement meilleure.

Le professeur Thomas Attin a encore rappelé qu'une photopolymérisation suffisante est également nécessaire au durcissement des matériaux composites, la dose recommandée étant de 16 000 mVs/cm² (intensité lumineuse × temps d'exposi-



Isabelle Windecker, membre de la Commission scientifique pour les congrès de la SSO



Le docteur Alexis Ioannidis a incité les auditeurs à planifier leurs restaurations en partant du résultat final, avant de choisir le matériau adapté.

Il est communément accepté qu'une polymérisation de la couche de composite de 2 millimètres est sûre. En présence de couches plus épaisses, le durcissement doit durer nettement plus longtemps. Il convient également de veiller à l'application à angle droit du faisceau lumineux, car un autre angle entraîne une réduction drastique de l'intensité lumineuse reçue par le composite. Il en va de même pour la distance entre ce dernier et la source lumineuse : une distance de 6 millimètres réduit déjà l'intensité lumineuse de 50 %, réduction qui monte à 80 % pour un espace de 10 millimètres.

Planifier la restauration à partir du résultat

Selon une étude suédoise, 80 % des patients présentent des érosions, une attrition survient même chez 90 % des patients, alors que 5 % des patients présentent une perte importante d'émail dentaire. Dans sa présentation, *Alexis Ioannidis*, médecin-dentiste, a parlé de la restauration occlusale mini-invasive chez ces patients. En début d'exposé, il s'est demandé : « Pourquoi nous détourner de la restauration par couronne unitaire conventionnelle qui a fait ses preuves ? »

Outre une perte importante d'émail, la raison est une perte indéniable de vitalité.

Au bout de dix ans, la proportion de dents dévitalisées avec des restaurations à couronne unique est déjà de 10 %. La fabrication de facettes occlusales est une bonne variante. Une multitude de matériaux et de techniques de fabrication permettent



Le professeur Michael Bornstein a expliqué les implications pour les médecins-dentistes du vieillissement de la population.

tion). Des études ont mis en évidence une fréquente piètre qualité des sources lumineuses dans les cabinets dentaires – parfois pour des raisons aussi banales qu'une zone d'émission de la source lumineuse souillée.

de les fixer sur l'émail. *Alexis Ioannidis* préfère les restaurations en céramique pressée à base de disilicate de lithium, tant pour un scellement sur l'émail que sur la dentine. Il a invité l'auditoire à planifier les restaurations en partant du résultat



De gauche à droite : Monika Lang, du secrétariat des congrès de la SSO, le docteur Oliver Zeyer et le docteur Lorenzo Reali, du Comité central de la SSO, ainsi que Simon Gassmann, secrétaire général de la SSO

final souhaité et seulement ensuite à choisir le matériau à utiliser.

Polymédication et multimorbidité

La deuxième journée de congrès s'est ouverte avec les présentations des deux chouchous des journalistes couvrant les congrès, car avec les professeurs *Michael Bornstein* et *Jens Türp* de l'Université de Bâle, il y a toujours un bon article à écrire. *Michael Bornstein* a abordé l'enjeu du traitement d'une population vieillissante. Ce qui, à première vue, témoigne du succès d'un système de santé apporte également son lot de problèmes, au premier rang desquels figure le dilemme de la polymédication. Il en est question quand un patient prend quotidiennement au moins cinq médicaments. S'y ajoute la multimorbidité, qui concerne 30 % de la population suisse.

Tout cela a des conséquences sur l'activité au cabinet dentaire. Pour la plupart, les maladies les plus fréquentes chez les personnes de plus de 50 ans ont une influence marginale sur le travail du médecin-dentiste. Si des douleurs dorsales ou une perte d'audition compliquent simplement le traitement, il en va tout autrement pour ce qui est de l'ostéoporose ou des maladies cardiovasculaires. *Michael Bornstein* a insisté sur le fait que l'ostéoporose ne touche pas seulement les femmes. À partir de 70 ans, de plus en plus d'hommes sont traités avec des médicaments antirésorptifs. Jusqu'à présent, il s'agissait essentiellement de biphosphonates, un groupe de médicaments très problématique pour le médecin-dentiste. Ceux-ci sont graduellement remplacés par de nouveaux principes actifs, dont un représentant important est le denosumab (Prolia, Xgeva). La difficulté pour le médecin-dentiste est que les patients traités par cette molécule ont un risque plus élevé de développer une ostéonécrose de la mâchoire (MRONJ).

D'après *Michael Bornstein*, la prise d'anticoagulants représente également un risque au cabinet dentaire. Ces dernières années, de nombreux nouveaux médicaments appartenant à cette catégorie ont été mis sur le marché, tels que l'apixaban (Eliquis), le dabigatran (Pradaxa) et le rivaroxaban (Xarelto). Ces nouveaux anticoagulants oraux (NOAC) ont certes un effet positif sur le traitement médical du patient, mais ils ne facilitent pas l'analyse de risques par le médecin-dentiste. Comme l'orateur l'a expliqué, généralement se pose la question de continuer ou d'interrompre le traitement. Or, les lignes directrices ne sont pas



« Basé sur les preuves » n'est pas nécessairement synonyme de « bonne qualité », voilà le message du professeur Jens Türp à propos de l'évaluation des études scientifiques.

claires à ce sujet. Un traitement dentaire n'est pas une indication pour interrompre un traitement anticoagulant.

« Nous vivons et travaillons dans l'incertitude »

Le professeur *Jens Türp* est, lui aussi, connu pour rendre captivants des sujets qui pourraient a priori paraître ennuyeux. Lors du congrès de la SSO, il s'est intéressé à l'évaluation de la qualité et du niveau d'évidence des études scientifiques. L'incertitude, en médecine, est liée à trois facteurs. D'abord, la variabilité des phénomènes psychosociaux, c'est-à-dire principalement les patients. Ce facteur n'est guère influençable. Ensuite, les lacunes individuelles dans les connaissances scientifiques de chacun des cliniciens, paramètre influençable par la formation continue et les recherches personnelles. Enfin, les déficits du savoir collectif en médecine dentaire. Mais comment combler cette lacune-là? Comment le médecin-dentiste peut-il s'assurer que l'évidence scientifique externe qu'il acquiert pour corriger urgemment sa propre expérience clinique (évidence interne) représente vraiment l'état actuel et impartial des connaissances?



Le docteur Patrick Assal, membre de la Commission scientifique pour les congrès de la SSO.

Selon *Jens Türp*, avec son livre « Evidence Based Medicine », David Sackett a ouvert une nouvelle ère de la publication scientifique. Depuis sa publication, la qualité des études scientifiques médicales s'est nettement améliorée. Il est cependant problématique que le terme d'« évidence scientifique médicale » ait dû être inventé. Aujourd'hui encore, la masse de publications rend difficile la différenciation entre les bonnes et les mauvaises études. *Jens Türp* a mis en garde contre la lecture de revues dites prédatrices : elles sont purement commerciales et publient tout et n'importe quoi. Le facteur d'impact de la revue peut être un indicateur utile pour les débusquer. Il est toutefois souvent critiqué. Les sites Web tels que celui d'equator network peuvent contribuer à améliorer son choix personnel de littérature scientifique. Pour des recherches générales en soutien à la prise de décision, *Jens Türp* a conseillé les plateformes pubmed, livivo, google scholar ou doaj, et renvoyé aux lignes directrices de l'association des sociétés médicales allemandes AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. ; ces directives sont disponibles aussi en anglais [n.d.t.]).

Enfin, il a attiré l'attention de l'auditoire sur le fait que « basé sur les preuves » ne signifie pas nécessairement « de bonne qualité ». La médecine pratique basée sur des preuves se justifie par le fait que le clinicien aligne ses propres actions sur les évidences scientifiques disponibles – ou qu'il s'en écarte en le justifiant.

Conservation de la dent ou implant ?

Dans sa présentation, *Frank Strietzel*, privat-docent et médecin-dentiste, a comparé deux options thérapeutiques : le traitement endodontique chirurgical et l'extraction suivie de la pose d'un implant.

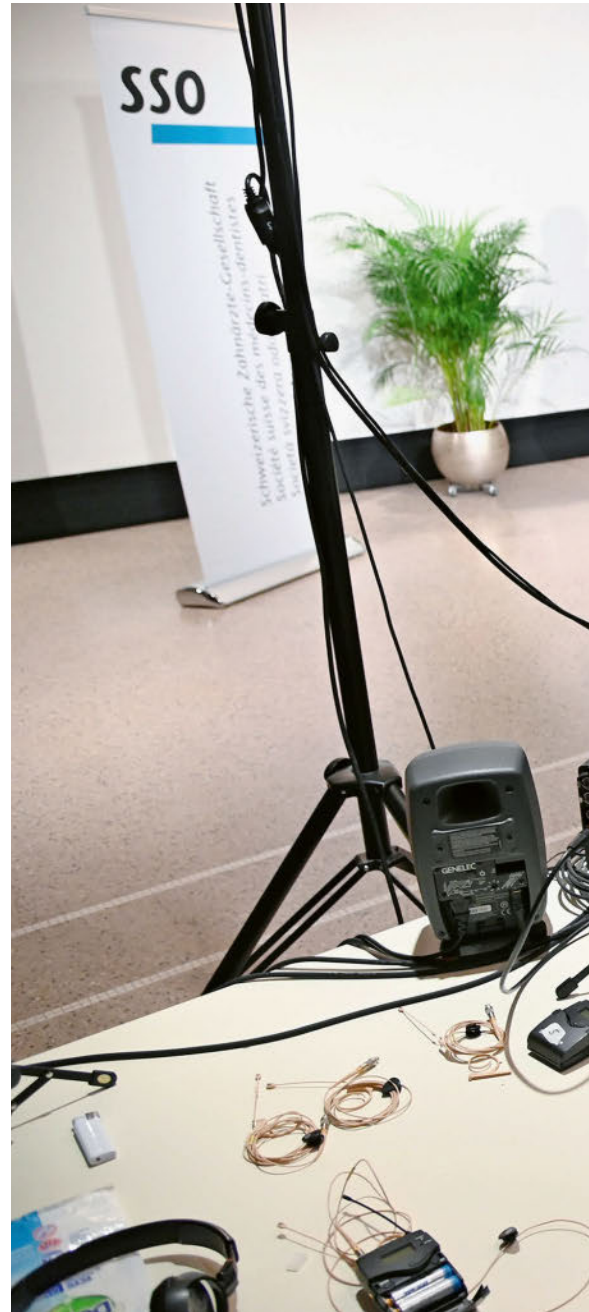
De l'avis général, la préservation de la dent semble être l'option la moins sûre. Qu'en est-il vraiment ? *Frank Strietzel* a démenti cette impression en présentant les résultats de plusieurs études : les deux options de traitement obtiennent des taux de réussite similaires. Sur le long terme, la pose d'implant obtient même de moins bons résultats et requiert plus d'interventions subséquentes. La perte d'un implant, si elle survient, intervient en général plus tôt que pour les dents traitées par endodontie chirurgicale. L'esthétique des tissus mous est meilleure avec la préservation

de la dent et les coûts restent nettement inférieurs.

Frank Strietzel a toutefois également expliqué que l'évaluation et la comparaison des méthodes et des études ne sont pas aisées. Lorsque la question est posée aux patients, ils favorisent plutôt la conservation de la dent. Pourtant, au final, les deux options de traitement ne sont pas concurrentes. L'essentiel est de bien les expliquer au patient, qui doit être informé en détail. Il ne faudrait pas se laisser guider par le marketing de l'industrie dentaire dans sa recherche de la solution optimale pour un patient donné. De



Conservation de la dent ou implant ? Le docteur Frank Strietzel, privat-docent, a comparé les coûts et l'efficacité des deux options.



Selon le docteur Sven Mühlemann, le praticien doit veiller à ne pas retomber dans ses vieilles habitudes lorsqu'il utilise les nouvelles technologies et les matériaux modernes.

plus, l'orateur a fait comprendre que la mercantilisation croissante de la médecine dentaire entraîne dans son sillage une augmentation des attentes des patients.

Les technologies numériques facilitent la communication

Sven Mühlemann, médecin-dentiste, a abordé la question des technologies numériques en médecine dentaire reconstructive. Il a défini quatre facteurs de l'expérience pratique pouvant bénéficier de ces technologies. Il s'agit premièrement du principe de participation :

aujourd'hui, l'imagerie intraorale permet une visualisation immédiate, facilitant la communication avec le patient. Dans le meilleur des cas, une discussion constructive entre le patient et le médecin-dentiste en découle. Le traitement immédiat des données permet aussi des simulations, partant une meilleure présentation au patient du point de départ et du but du traitement. Deuxièmement, la prévisibilité est améliorée, ce qui rend les traitements plus efficaces et plus sûrs. Troisièmement, les technologies numériques influencent positivement la prévention. Une visualisation tridimension-

nelle favorise la mise en œuvre des traitements mini-invasifs. Un contrôle régulier permet de déterminer objectivement le moment idéal pour réaliser un traitement. Et quatrièmement, la recherche d'une solution individuelle pour chacune des dents de chaque patient renforce la personnalisation de la médecine dentaire.

En conclusion, Sven Mühlemann a précisé que les technologies numériques offrent, certes, des étapes de traitements plus efficaces et un gain de temps important, mais que leur mise en œuvre est avant tout de la responsabilité du praticien.



Un coup d'œil dans les coulisses du studio d'enregistrement à Berne

Malgré les nouvelles technologies et les matériaux modernes, il doit veiller à ne pas retomber dans ses vieilles habitudes.

Cas concret dès le début

Claude Andreoni, médecin-dentiste, a trouvé une approche très intéressante pour sa présentation. Il a évoqué la possibilité d'améliorer les aptitudes manuelles du praticien. En étant réaliste, cela n'est possible que pendant la phase préclinique des études, durant laquelle l'habileté manuelle est entraînée et l'erreur permise, ce qui n'est plus le cas quand débute la partie clinique des études. La carrière en médecine dentaire commence concrètement à ce moment-là, avec la réduction progressive du contrôle externe de son travail. De plus, le médecin-dentiste est constamment soumis à une forte pression mentale et économique. La nécessité de prendre en main des équipements et des matériaux nouveaux se multiplie, elle aussi. Pour travailler avec succès dans cette situation, le médecin-dentiste est tributaire d'évidences scientifiques externes solides. Cependant, *Claude Andreoni* a également montré, à l'aide de plusieurs cas, comment sa propre expérience clinique a eu un effet positif sur son taux de réussite.



Le professeur Daniel Thoma s'est exprimé sur les aspects de l'implantologie basés sur l'évidence scientifique.

Traitement des caries de la petite enfance (CPE)

Au début de sa présentation, *Alexander Rahman*, privat-docent et médecin-dentiste, a expliqué que l'évidence scientifique en médecine dentaire pédiatrique s'est améliorée, ce qui était nécessaire,

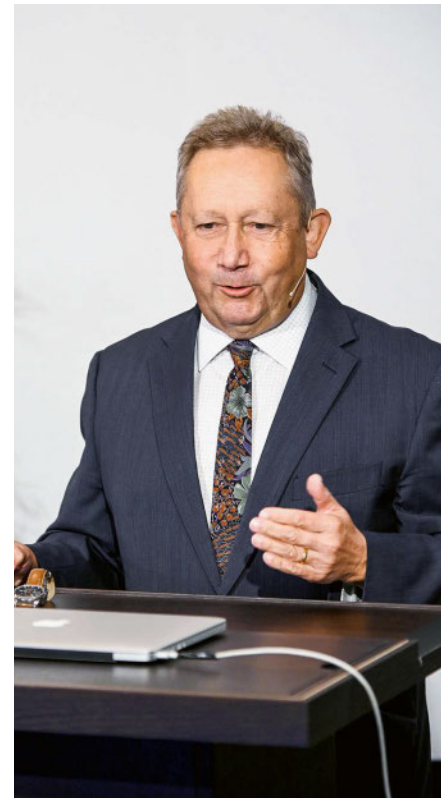
car l'incidence mondiale des caries de la petite enfance est très élevée. Quelles conclusions peut-on en tirer? La technique de Hall, à savoir l'obstruction étanche de la carie, réalisée en général par la mise en place d'une couronne en acier préfabriquée qui permet de préserver en



Le docteur Claude Andreoni a abordé les possibilités d'amélioration des aptitudes manuelles du praticien.



Le sujet du docteur Anton Wetzel était l'importance de l'expérience clinique en parodontologie.



Le docteur Philippe Mojon a présenté les aspects de l'expérience clinique en médecine dentaire reconstructrice.

dessous une partie au moins de la dentine cariée, est un traitement possible. Les évidences scientifiques en faveur de cette technique ne sont toutefois pas très importantes.

L'orateur a ensuite parlé de l'hypominérisation molaire incisive (MIH), qui, selon la sévérité de l'atteinte, peut être traitée par une prophylaxie intensive au fluor. En outre, un traitement restauratif avec des couronnes en composite, en ciment verre ionomère ou en acier préfabriqué est réalisable. Une autre option consiste en l'extraction symétrique avec ajustement des deuxièmes molaires. En fin de présentation, *Alexander Rahman* est revenu sur la mauvaise presse des traitements au fluor. Il a expliqué que la plupart des études démontrant une préten due toxicité neurologique des fluorures proviennent de Chine ou d'Iran et sont souvent entachées de failles méthodologiques. Ainsi, elles ne portent la plupart du temps que sur la fluoration de l'eau potable.

Les personnes suivantes ont également présenté un exposé au congrès 2020 de la SSO :

– *Anton Wetzel*, médecin-dentiste, s'est penché sur les aspects de la parodontologie basés sur l'expérience clinique. Il



Le docteur Nadja Rohr, privat-docent, s'est exprimée sur l'avenir des matériaux à utiliser en médecine dentaire.



Le professeur Susanne Scherrer estime que les médecins-dentistes, tout comme les techniciens dentaires, doivent avoir une bonne connaissance des caractéristiques des matériaux utilisés en médecine dentaire.

a expliqué que l'évidence scientifique n'apporte pas de réponses suffisantes à bien des questions ayant trait au travail quotidien avec les patients, en ne tenant notamment pas compte des souhaits des patients, de leur budget ou de leur état général.

- *Roberto Spreafico*, médecin-dentiste, a pour sa part informé les participants sur les techniques restauratrices de traitement des dents postérieures. D'après ses connaissances, il n'y a pas d'évidence scientifique qui montrerait une différence entre les restaurations indirectes inlay/onlay en composites ou en céramique.
- La présentation du professeur *Daniel Thoma* a porté sur les aspects de l'implantologie basés sur l'évidence scientifique. Ainsi, les implants courts sont une option thérapeutique qui fonctionne bien et qui permet d'éviter l'augmentation osseuse, complexe, requise pour des implants plus longs.
- *Philippe Mojon*, médecin-dentiste, dont la présentation a porté sur des aspects de la médecine dentaire reconstructrice basés sur l'expérience clinique, a expliqué qu'il se procure les évidences scientifiques dont il a besoin auprès d'experts universitaires, de ses collègues, de techniciens-dentistes et de représentants de l'industrie.

– Le professeur *Susanne Scherrer* a expliqué que l'examen des zones de fracture permet d'améliorer la compréhension des raisons de l'échec. Tant les médecins-dentistes que les techniciens-

dentistes doivent avoir une bonne connaissance des caractéristiques des matériaux utilisés en médecine dentaire.

- *Nadja Rohr*, privat-docent et médecin-dentiste, s'est exprimée sur l'avenir des matériaux à utiliser en médecine dentaire.

Le congrès annuel virtuel a toutefois été un succès

En conclusion, le premier congrès virtuel de la SSO a été un succès, notamment grâce à la qualité particulièrement convaincante de la technique de diffusion. Même avec des terminaux et appareils anciens, il était possible de suivre les présentations avec la fluidité nécessaire. Il en va de même pour la qualité audio, mis à part quelques problèmes mineurs avec les orateurs présentant à distance, ce qui n'a toutefois pas entravé le transfert de connaissances. La participation du public n'a apparemment pas non plus posé de problèmes. En outre, le respect, à la minute près, de l'horaire des présentations et des pauses a été apprécié. De nombreux participants ont également été positivement surpris par le confort qu'offre ce type de congrès. Il n'y a pas si longtemps, il aurait été inimaginable de pouvoir suivre le congrès de la SSO depuis son canapé à la maison, ou encore de prendre une douche pendant la pause-café. Il est néanmoins probable qu'un retour du congrès au mode présentiel l'année prochaine ne ferait que de rares déçus.