

Le patient au centre de l'attention

SSO Dental Conference 2021
@home

L'événement le plus important du calendrier suisse des congrès a été transmis cette année depuis le studio du Stade du Wankdorf à Berne. Grâce au soutien d'une équipe professionnelle, **les vingt exposés, tous extrêmement intéressants, et la table ronde ont pu être suivis en direct ou en différé.**

Texte : Daniel Nitschke, médecin-dentiste
Photos : Martin Bichsel, photographe

Dans son allocution de bienvenue, le président de la SSO, le docteur *Jean-Philippe Haesler*, a expliqué que la décision d'organiser un congrès purement virtuel était déjà prise depuis plusieurs mois afin de pouvoir garantir le bon déroulement de la manifestation, avec le soutien d'une équipe de professionnels des médias. Le président de la Commission scientifique pour les congrès, le professeur *Andreas Filippi*, lui a emboîté le pas, déclarant que les expériences faites lors du premier congrès en ligne, en 2020, avaient été concluantes et que les critiques constructives ont été prises en compte. D'une ma-

nière générale, a-t-il dit, nous avons tous appris beaucoup de choses sur les congrès en ligne en 2020. Cela étant, les organisateurs se sont félicités du grand nombre d'inscriptions, qu'ils attribuent d'ailleurs aussi à l'existence de cette offre numérique.

Prothèses CAD/CAM

Si les couronnes posées en cabinet sont largement utilisées par les médecins-dentistes, les prothèses fabriquées grâce à la technologie CAD/CAM sont toujours vues d'un mauvais œil. Pourtant, comme l'a expliqué le professeur *Murali Srinivasan*

dans son introduction, cette technique est déjà étudiée depuis une trentaine d'années et la recherche a fait d'énormes progrès ces derniers temps.

D'une manière générale, on peut dire qu'il existe deux méthodes de fabrication de prothèses CAD/CAM : l'impression 3D (rapid prototyping) et le fraisage (CNC), les avantages de l'un correspondant aux inconvénients de l'autre, et vice-versa. Pour donner un exemple, le fraisage CNC permet de gros volumes de production, mais nécessite une infrastructure coûteuse. Les prothèses sont très stables et présentent une faible teneur en mono-



La médecine dentaire a pris ses quartiers dans ce studio où habituellement les footballeurs analysent les matches.



Le professeur Andreas Filippi, président de la Commission scientifique pour les congrès de la SSO



« Quels sont les avantages des prothèses issues du processus CAD/CAM? », s'est demandé le professeur Murali Srinivasan.

mère résiduel, mais cette méthode de production génère un certain gaspillage de matière.

Que peut-on attendre de la méthode CAD/CAM? Pour *Murali Srinivasan*, le médecin-dentiste peut s'attendre à des traitements plus simples, plus rapides, voire plus profitables. De son côté, le patient

peut espérer moins de séances et un bon ajustage.

Dans un deuxième temps, l'orateur a présenté le processus avec le système Avadent, qui fonctionne bien, mais nécessite toujours une prise d'empreinte conventionnelle. Un processus entièrement numérisé serait-il possible? *Murali*

Srinivasan estime que « nous sommes proches de la numérisation complète du processus. Mais jusqu'à ce que cette technique puisse être utilisée dans chaque cabinet, il y a encore du travail. »

La fabrication de prothèses par CAD/CAM est d'une grande précision, mais la différence avec les empreintes conventionnelles est faible. Selon les études consultées, l'avantage va parfois à l'impression 3D et parfois au fraisage CNC. Les recherches du docteur *Srinivasan* penchent plutôt pour l'impression en 3D. La rétention des prothèses est généralement bonne, et souvent même meilleure qu'avec des empreintes conventionnelles. En l'espèce, le système CNC a certainement une longueur d'avance. Les deux méthodes permettent de gagner du temps et de réduire les coûts. Restent toutefois quelques défis à surmonter sur le plan de l'esthétique.

Motivation du patient en cas de maladie parodontale

Près de 40 % des patients souffrent d'une manière ou d'une autre d'une maladie parodontale. Le docteur *Christoph Ramseier* a présenté une stratégie de motivation adaptée à ces patients.

Pour lui, l'élément crucial, c'est le temps; un bien précieux pour tout cabinet dentaire. « Nous sommes des professionnels responsables et, à ce titre, nous consacrons une partie substantielle de notre



De gauche à droite : Le président de la SSO, le docteur Jean-Philippe Haesler, avec le docteur Oliver Zeyer, chef du Département Formation et qualité au sein du Comité central de la SSO, et Simon Gassmann, secrétaire général de la SSO



Le docteur Christoph Ramseier a présenté une stratégie de motivation des patients souffrant de parodontite.



Le docteur Anne Christin Meyer-Gerspach a fait le point sur la recherche sur le sucre.



Les options thérapeutiques pour soigner les dents oblitérées qui présentent des symptômes de pulpite ou de parodontite apicale ont été évoquées par le docteur Thomas Connert.

temps de travail à informer nos patients. Mais bien souvent, nous n'arrivons pas à les convaincre et ils trouvent toutes sortes d'excuses pour justifier leur propre point de vue. Il arrive aussi qu'ils soient déjà sur la défensive lorsqu'ils entrent dans le cabinet. Il ne sert donc à rien d'être dans la confrontation permanente et de sermonner le patient. »

Le docteur *Ramseier* recommande plutôt de mettre en place une stratégie de traitement personnalisée et progressive, axée sur la durée. Au départ, il faut mettre l'accent sur l'instauration d'un rapport de confiance et passer à l'information dans un deuxième temps seulement, lors des rendez-vous suivants. La motivation viendra ensuite d'elle-même et débouchera sur l'action du patient. Pendant tout ce temps, le médecin-dentiste doit régulièrement se demander à quelle étape de ce processus de maturation le patient se situe.

Plutôt que d'inonder le patient d'informations, il faudrait lui demander la permission de l'informer. En cas d'attitude défensive, il faut en prendre acte et revenir sur le sujet lors du rendez-vous suivant. S'il apparaît que le patient est en train de céder, le médecin-dentiste peut prudemment l'amener à réfléchir aux avantages que peut lui apporter un changement. Après cette prise de conscience, le patient passera à l'action de lui-même.

Actualités de la recherche sur le sucre

Le marché du sucre est de moins en moins transparent. Outre les monosaccharides et les disaccharides courants, il existe aujourd'hui toutes sortes de sucres, en partie industriels, comme le sirop de maïs à haute teneur en fructose ou le sucre de fleur de coco. Il ne faut cependant pas se laisser abuser, car derrière ces appellations aux consonances sympathiques se cache du bon vieux sucre.

Dans son exposé, le docteur *Anne Christin Meyer-Gerspach* a fait le point sur la recherche sur le sucre. En Suisse, la consommation de sucre est très élevée, avec en moyenne 159 g par jour et par habitant absorbés à travers l'alimentation. Seuls les États-Unis ont une valeur plus élevée. La consommation sucrière de la Suisse est ainsi trois à quatre fois plus élevée que la recommandation de l'OMS pour les adultes (entre 25 et 50 g). Le corps n'a pourtant pas besoin du sucre apporté par l'alimentation, car il est capable de produire lui-même le glucose dont il a besoin pour couvrir ses besoins énergétiques.

Dans la suite de son exposé, le docteur *Meyer-Gerspach* a parlé de la (patho)physiologie de la consommation de sucre. L'absorption de glucose et de saccharose entraîne une hausse du taux d'insuline dans le sang, ce qui n'est pas le cas avec le fructose. En revanche, la consommation

de fructose conduit à une augmentation des lipides sanguins et des facteurs inflammatoires. Le fructose entraîne aussi une hausse du taux d'acide urique, raison pour laquelle sa consommation peut aussi être liée à de la goutte. En bref, les effets chroniques néfastes des différents sucres sont analogues, quoique légèrement plus prononcés pour le fructose.

Un autre aspect intéressant relevé par l'oratrice est la problématique des produits terminaux de la glycation ou PTG (advanced glycation end products, AGE). Les PTG se forment par « sucrage » des protéines du corps, qu'ils finissent par détruire, à l'exemple du collagène : ainsi, le « sucrage » de cette protéine peut entraîner le vieillissement de la peau, de l'arthrose et de l'artériosclérose. Une étude de *CHUN ET AL.* (2016) a permis de montrer que la consommation de sucre était un facteur de risque pour l'artériosclérose, indépendamment d'autres facteurs de risque tels que le tabagisme, le surpoids et d'autres.

Guided Endodontics 2.0

Les dents oblitérées qui présentent des symptômes de pulpite ou de parodontite apicale sont des cas exceptionnels et complexes à traiter. Dans son exposé, le docteur *Thomas Connert* a présenté les options thérapeutiques existantes. Les oblitérations sont souvent consécutives à un traumatisme dentaire, notamment après

une luxation dentaire. Mais les lésions carieuses, les préparations, les traitements orthodontiques et les mesures de conservation peuvent aussi conduire à un rétrécissement du canal radiculaire et rendre impossible un traitement canalaire classique.

Avec la variante statique de Guided Endodontics, un gabarit de perçage est fabriqué sur la base d'une TVN et d'un scanner intraoral. La dent est ensuite trépanée et préparée à travers cette gaine. ZEHNDER ET AL. (2016) ont pu démontrer que les déviations de l'axe étaient très faibles par rapport à la planification. De plus, le taux de réussite est relativement indépendant de l'expérience du médecin-dentiste. Autre point positif : la perte de matière lors de la trépanation est moins importante qu'avec un travail à main levée.

En raison du manque de souplesse de la perceuse, la technique ne convient que pour les canaux radiculaires droits. Elle peut donc aussi présenter des difficultés pour les incisives inférieures, à cause de l'orientation de la couronne. Le coude et le gabarit de perçage ont besoin de place, de sorte que le traitement des molaires est souvent impossible, même si le canal radiculaire est droit.

En conclusion, on peut dire que cette méthode est intéressante et rapide pour le traitement du canal radiculaire lorsqu'il est oblitéré. Elle nécessite toutefois une infrastructure technique importante, sans



Professeur Daniel Thoma



Professeur Irena Sailer

oublier la dose de radiation reçue lors de la TVN.

Progrès en endodontie

Le docteur *Dan Rechenberg* s'est lui aussi penché sur l'optimisation des traitements endodontiques. Au début de son exposé, il a montré que les traitements du canal radiculaire étaient généralement couronnés de succès. De fait, jusqu'à 95 % des dents traitées peuvent être

conservées pour une durée de huit ans. Il faut néanmoins se demander pourquoi certains traitements endodontiques échouent.

Il convient tout d'abord de mentionner la complexité de l'anatomie du canal. La configuration du canal et des canaux accessoires fait que, dans certains cas, une préparation mécanique adéquate n'est pas possible. Autre source de problème, les erreurs d'instrumentation : une pré-



Les docteurs Riccardo Kraus (à g.) et Dan Rechenberg



Docteur Julia Amato

paration canalaire trop courte, des blocages ou une *via falsa* peuvent affecter la durabilité du traitement. *Dan Rechenberg* a rappelé les progrès réalisés depuis quelques années dans la recherche sur les matériaux. Cela concerne particulièrement les traitements mécaniques. Les fractures racinaires représentent aussi un risque important. On peut agir de manière préventive en préservant la matière dentaire, par exemple en recourant à une

technique moins invasive pour la cavité d'accès.

En règle générale, il faut tendre vers des accès plus étroits et une meilleure désinfection. À cette fin, il convient d'utiliser des canules de rinçage modernes, qui sont plus fines. En outre, on peut renforcer l'efficacité du rinçage par une activation, que ce soit au moyen d'ultrasons ou du laser.

Motivation des patients âgés

Le suivi des patients âgés, tant en cabinet qu'en dehors, représente un vrai défi. En raison de la prévalence croissante de ce groupe de patients, les questions tournant autour de la stratégie de traitement optimale gagnent automatiquement en importance. Dans son exposé, le docteur *Sabrina Maniewicz Wins* a présenté des stratégies pour motiver les patients âgés à s'astreindre à une hygiène bucco-dentaire adéquate et à accepter un traitement utile.

Le processus de vieillissement s'accompagne d'une régression progressive des fonctions, y compris de celle de la cavité buccale et de ses structures annexes comme les muscles de la manducation. Des activités autrefois normales deviennent en outre plus compliquées, comme se rendre chez le médecin-dentiste. D'un seul coup, le revenu disponible diminue également, tandis que la mobilité et la communication avec le ca-

binet deviennent de plus en plus problématiques. Tout cela concourt à faire de la visite chez le médecin-dentiste une opération de plus en plus compliquée. Ajoutons-y encore une perception de soi altérée, comme le confirme *Maniewicz*: « Les personnes âgées sont très tolérantes envers elles-mêmes. Elles accordent moins d'importance à l'état de leurs dents ou de leurs prothèses que des personnes plus jeunes. Elles se satisfont de leur situation et ne voient souvent aucune plus-value dans le traitement proposé. » C'est bien dommage, car ce sont justement les personnes âgées qui peuvent le plus bénéficier des traitements, notamment sur les plans de la qualité de vie et de la socialisation.

Il incombe donc au médecin-dentiste de tenter de mettre le holà à ce laisser-aller, en exposant au patient les avantages du traitement s'il ne les perçoit plus par lui-même. Il faut l'informer de manière objective et neutre. Puis il faut lui donner un peu de temps pour mûrir sa décision. Le traitement devrait être aussi simple que possible, notamment afin de réduire le nombre de séances et, également, les coûts. Mais cela ne veut pas dire qu'il faut toujours et exclusivement proposer des solutions minimalistes. Loin de là, on peut aussi motiver les patients âgés à subir un traitement plus lourd s'ils ont conscience que ce sera vraisemblablement le dernier gros traitement dentaire



Les docteurs Isabelle Windecker (à g.) et Sabrina Maniewicz Wins



Le docteur Anne Wolowski et le professeur Adrian Lussi

de leur vie. Enfin, lors de la conception de la solution, il faut être particulièrement attentif à la simplicité d'utilisation et aux possibilités de nettoyage.

L'art de communiquer un diagnostic désagréable

Il est rare qu'un médecin-dentiste se trouve dans la position difficile de devoir annoncer à son patient un diagnostic qui va chambouler sa vie, voire pire. Néan-

moins, nous pouvons nous inspirer des remarques faites par le docteur *Anne Wolowski* lorsqu'il s'agit de communiquer des nouvelles désagréables.

Au début de son exposé, l'oratrice a relevé que la moitié des médecins ne se sentaient pas suffisamment formés à la communication des diagnostics dits choquants. Un tiers d'entre eux ont déclaré qu'ils se sentaient capables de le faire, mais qu'ils souhaiteraient être épaulés.

Lorsque le patient est confronté à un diagnostic douloureux, a-t-elle poursuivi, la peur déclenche souvent un mécanisme de défense qui peut revêtir différentes formes : déni, rationalisation, projection ou transfiguration positive. Les médecins qui sont confrontés à ces situations tendraient à se réfugier derrière leur travail dès lors qu'ils se sentent dépassés. C'est un problème, parce que ces patients ont justement besoin d'être informés et il est rare que les intéressés souhaitent être épargnés. Ils sont plutôt demandeurs d'informations détaillées sur le diagnostic, le pronostic et les options thérapeutiques. S'ils n'obtiennent pas de réponses lors du premier entretien, cela peut engendrer une perte de confiance. Par ailleurs, un premier entretien mené de manière compétente et avec empathie peut contribuer à la guérison du patient. Les femmes en particulier ressortiraient plus choquées de la communication d'un diagnostic grave, surtout si cela est fait sans empathie.

Un entretien d'information devrait donc toujours être préparé soigneusement. Idéalement, la personne qui mène l'entretien devrait aussi avoir les compétences thérapeutiques pour accompagner le patient sur le long terme. Quant au patient, les informations en sa possession sont souvent insuffisantes, voire fausses. Dès lors, il convient de vérifier l'état de ses connaissances et ne jamais partir du



De g. à d. : Roger Aebli, animateur de la table ronde, avec l'économiste de la santé Rudolf Blankart, le médecin éthicien Giovanni Maio, connecté depuis l'Allemagne, Ivo Krejci, professeur à l'Université de Genève, et le représentant de Straumann Group Daniel Recher

principe qu'il sait déjà ce qu'il devrait savoir. Il faut aussi accepter une attitude de rejet du patient. Le cas échéant, il faudra prévoir une discussion sur la stratégie de traitement lors d'un entretien ultérieur. Le patient devrait être amené à participer à la décision de traitement, ce qui simplifie aussi les choses pour le médecin traitant. Statistiquement, on sait que seuls 25 % des patients souhaitent que le médecin prenne une décision de façon autonome. La conclusion d'Anne Wolowski est que « les patients sont prêts à encaisser s'ils ressentent de l'intérêt et de la compréhension pour leur situation chez leur interlocuteur ».

L'enfant anxieux chez le médecin-dentiste

Qui a le plus peur, l'enfant ou le praticien ? C'est avec cette boutade que le docteur Asin Haschemi a ouvert sa présentation dont le but était de montrer comment calmer au moins les craintes de l'enfant.

Elle a commencé par présenter une vision : des parents compréhensifs et patients attendent dans la salle d'attente un enfant qui vient volontiers au contrôle dentaire et qui doit rarement être soigné. Malheureusement, la réalité est tout autre. Chez les enfants, on peut observer un large éventail de comportements – et encore plus large chez les parents. Pourtant, aucun enfant ne vient au monde en ayant peur du médecin-dentiste. Ce sont



« Qui a le plus peur, l'enfant ou le praticien ? », a demandé le docteur Asin Haschemi.

les parents et d'autres personnes de référence qui transfèrent leurs sentiments négatifs sur l'enfant, que ce soit par leur nervosité, voire en parlant d'expériences douloureuses au cabinet dentaire. Tout cela est contre-productif, car les enfants qui souffrent de stomatophobie présenteraient un risque de caries deux fois plus élevé que ceux qui n'ont pas peur du médecin-dentiste.

Quels traitements peut-on offrir aux enfants anxieux ? Il y a tout d'abord des options médicamenteuses comme l'anesthésie générale, la sédation et le gaz hilarant. Chacune de ces méthodes a ses justifications, mais toutes présentent aussi des risques. Le point commun à toutes les méthodes médicamenteuses est qu'elles n'ont aucun effet d'apprentissage positif pour l'enfant.

Asin Haschemi a présenté la stratégie du modèle comportemental, dans lequel soit les parents soit une autre personne de référence sont appelés à intervenir, avec un rôle important. L'enfant perçoit leurs réactions et les analyse inconsciemment. La confiance dans le praticien n'est pas facile à établir. Il faut transmettre à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité. En outre, l'ensemble du cabinet doit dégager une impression de sérénité, de la réception jusque sur le fauteuil de soins.

L'oratrice a réparti les jeunes patients en trois classes d'âge. Les très jeunes enfants, entre deux et quatre ans, sont encore très égocentriques, mais on peut aisément gagner leur confiance avec des histoires. Les enfants un peu plus âgés, entre cinq et six ans, sont déjà potentiellement coopératifs. À cet âge, les compliments peuvent être efficaces. Chez les enfants qui ont entre sept et onze ans, le traitement est souvent bien plus aisé. Ils veulent faire partie de la solution et souhaitent parfois déjà décider sans leurs parents. Mais ils



La transmission et l'enregistrement de la SSO Dental Conference 2021 @home a nécessité une imposante infrastructure technique.



La peur du médecin-dentiste n'est pas rare, a souligné le docteur Klaus Neuhaus.

veulent surtout que le médecin-dentiste les prenne au sérieux.

Comme règle générale, *Haschemi* propose d'abord le principe « expliquer-montrer-faire ». L'intensité du traitement doit augmenter graduellement afin que l'enfant puisse avoir le sentiment qu'il garde le contrôle de la situation. Il faut aussi essayer d'impliquer l'enfant activement

dans le traitement, sachant qu'une certaine distraction ne nuit pas au résultat du traitement.

En revanche, il ne sert à rien d'imposer. Un traitement effectué contre la volonté de l'enfant ne devrait jamais être envisagé, même avec l'accord, voire à la demande des parents.

Le patient adulte anxieux

Le docteur *Klaus Neuhaus* s'est ensuite intéressé à la stomatophobie du patient adulte. Ici aussi, l'éventail des réactions est très large et va des signes d'agitation jusqu'à la peur panique. Les problèmes commencent normalement par des troubles anxieux dysfonctionnels. Ce groupe de patients tend à avoir un comportement d'évitement marqué. Ces patients ne se présentent donc au cabinet que lorsqu'ils ne peuvent plus faire autrement.

La stomatophobie se manifeste souvent en comorbidité avec d'autres troubles anxieux psychologiques. On peut cependant dire que l'anxiété qui précède la visite au cabinet dentaire est assez répandue. Selon l'étude de *MICHEELIS ET AL. (2012)*, environ 60 % des personnes en souffrent sous une forme ou sous une autre, et pour 12 % d'entre eux, la peur est très forte.

Le premier choix thérapeutique qui s'offre en cas de peur marquée est la thérapie comportementale cognitive. Pour

des raisons évidentes, cette option n'est pas appropriée dans les situations aiguës. L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*eye movement desensitization and reprocessing, EMDR*) est aussi une approche de désensibilisation intéressante, quoique moins connue. Quant à l'hypnose médico-dentaire, elle est très répandue, mais elle n'a aucun effet durable.

S'agissant des thérapies pharmacologiques, on recourt généralement à la benzodiazépine, mais il faut faire attention aux contre-indications. Le docteur *Neuhaus* a également présenté l'huile essentielle de lavande comme une option valable. Elle a un effet semblable à la benzodiazépine, mais avec moins de contre-indications. L'utilisation de gaz hilarant augmente la capacité de traitement des patients. Toutefois, comme l'hypnose, le gaz hilarant n'a pas d'effet durable. À noter que le patient peut conduire après le traitement au gaz hilarant, ce qui n'est pas le cas avec la benzodiazépine.

Solution de dernier recours, on peut encore envisager le traitement sous anesthésie générale. Il faut alors prévoir un plan de traitement aussi restrictif et durable que possible. Par exemple, il ne faudrait envisager un traitement du canal radiculaire que sur des dents qui ont un seul canal. Il va de soi que cette méthode n'a, elle non plus, aucun effet d'apprentissage pour le patient.



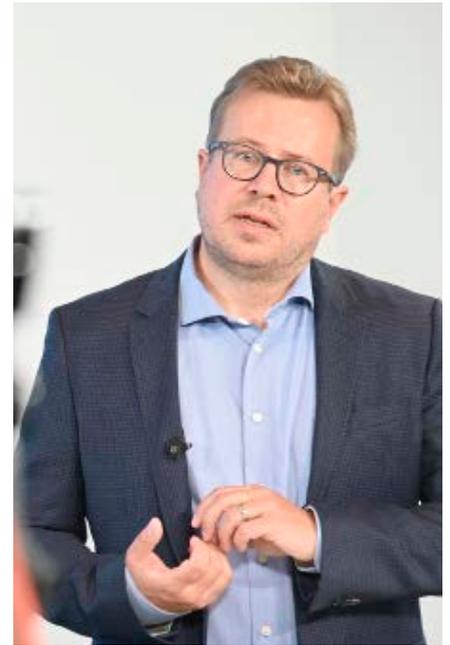
Monika Lang, du secrétariat des cours et congrès de la SSO (à d.), avec le docteur Rino Burkhardt (au milieu) et Roger Aebli (à g.)



Le professeur Martin Schimmel au sujet des soins dentaires pour les patients ayant subi un AVC



Le professeur Vivianne Chappuis a parlé des aspects esthétiques de la régénération des tissus durs et des tissus mous après une extraction.



Les désirs du patient restent aussi prioritaires dans la phase des soins palliatifs, a souligné le professeur Tuomas Waltimo.

AVC et médecine dentaire

D'entrée de jeu, le professeur *Martin Schimmel* a rappelé que l'accident vasculaire cérébral (AVC) était une maladie fréquente et sérieuse. Les AVC sont responsables de presque 10 % des décès chez les personnes d'âge moyen à avancé, où cette maladie est prévalente. Il a aussi rappelé qu'une grande partie des handicaps acquis à l'âge adulte étaient dus à des AVC. Entre 15 et 30 % des patients décèdent déjà dans les trente premiers jours et ceux qui survivent ont souvent des séquelles graves. Cela concerne aussi le médecin-dentiste puisque les conséquences orofaciales d'un AVC peuvent entraîner une détérioration majeure de la qualité de vie. Le patient peut par exemple souffrir de dysphagie et de déficiences de la fonction autonettoyante de la cavité buccale. L'efficacité de la mastication et le contrôle des prothèses peuvent aussi être affectés. Enfin, les déficits musculaires des extrémités ont un effet négatif supplémentaire sur l'hygiène bucco-dentaire. En raison d'une mobilité réduite, les patients se présentent aussi plus rarement au cabinet dentaire. Tout cela se traduit par des modifications de l'écosystème de la cavité buccale. Pour aider le patient, une coopération interdisciplinaire avec les autres soignants est impérativement nécessaire, a conclu *Martin Schimmel*.

Médias numériques : rapport coûts/efficacité en médecine dentaire reconstructive

La transition numérique fait son chemin dans la médecine dentaire. D'ailleurs, la SSO s'était déjà penchée sur ce sujet lors de son congrès annuel 2018. Pendant son intervention, le docteur *Riccardo Kraus* s'est demandé si les nouvelles technologies permettaient aussi de travailler de manière plus profitable. Il a tout d'abord défini la notion de rapport coûts/efficacité comme « la réalisation d'un chiffre d'affaires et de bénéfices les plus élevés possible à un coût le plus faible possible ». Dans le domaine de la santé publique, l'aspect financier ne doit cependant pas forcément être interprété de façon aussi stricte. Les questions à se poser sont plutôt : est-ce que la transition numérique accroît l'efficacité ? Et si oui, cette efficacité accrue justifie-t-elle d'éventuels coûts additionnels ? Et est-ce qu'une moindre efficacité est acceptable si les coûts baissent en parallèle ? La définition des coûts pour le patient ne peut cependant pas se limiter au montant de la facture. Il faut aussi tenir compte de la durée du traitement éventuellement prise sur le temps de travail du patient. L'orateur a illustré cette pesée d'intérêts entre coûts et efficacité à l'aide de différents traitements. À titre d'exemple, on mentionnera ici les reconstructions en cabinet. Pour une couronne Cerec, les frais du médecin-dentiste sont un peu plus élevés, mais le patient économise

sur le matériel et les frais de laboratoire. De plus, il faut généralement moins de séances. Pour ce qui est de l'efficacité du traitement, la réussite du traitement et la satisfaction du patient sont au même niveau que pour les couronnes de laboratoire. Ainsi, bien qu'il faille éventuellement faire des concessions en matière d'esthétique pour les dents visibles, le rapport coûts/efficacité peut être qualifié de positif pour la transition numérique dans le domaine des reconstructions en cabinet.

Le cabinet dentaire du futur

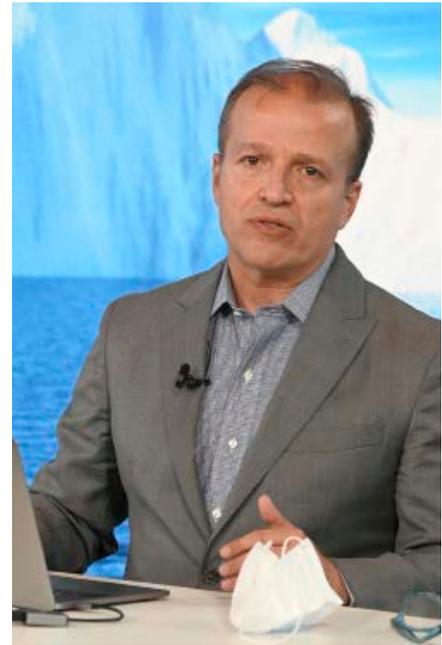
Après deux journées riches en enseignements, la SSO Dental Conference 2021 @home s'est conclue par une table ronde animée par *Roger Aebli*, journaliste à la Radio SRF, à laquelle ont participé les professeurs *Giovanni Maio* (Université de Fribourg en Brisgau), *Ivo Krejci* (Université de Genève) et *Rudolf Blankart* (Université de Berne), ainsi que *Daniel Recher* (Straumann Group). Le sujet de la discussion était le cabinet dentaire du futur, et les avis étaient beaucoup plus tranchés que ce que la plupart des spectateurs s'étaient imaginé. Le professeur *Giovanni Maio* a présenté sa vision d'un cabinet dentaire qui resterait un lieu dans lequel il puisse reposer sa confiance, et où on l'accueillerait comme un demandeur de conseils plutôt que comme un client. Il se refuse à voir le médecin comme un vendeur et a expliqué



Le docteur Richard Steffen parlant de radiologie pédiatrique



Le docteur Norbert Cionca a consacré son exposé à la thérapie antibiotique chez le patient souffrant de parodontite.



Le professeur Andreas Stavropoulos s'est penché sur la gestion des péri-implantites.

que même les interventions esthétiques nécessitent un conseil approprié et impliquaient une responsabilité de l'intervenant. La médecine dentaire n'est pas un bien de consommation et, sans un conseil professionnel, sans personne pour lui expliquer ce qui est le mieux pour lui, le patient est livré à lui-même et ne va pas très loin. *Giovanni Maio* ne voit pas les solutions simplistes d'un bon œil (« une gouttière va me rendre heureux »). Selon lui, le rachat sauvage de cabinets dentaires et leur intégration dans de grandes chaînes de cabinets ne sont pas dans l'intérêt des patients, car à son avis, cela entraîne une perte du lien de confiance. Pour lui, l'idée d'une médecine dentaire axée sur les besoins du client, sans volonté primaire de maximiser les bénéfices, n'est pas désuète, mais au contraire portuse pour l'avenir.

Le professeur *Ivo Krejci* a largement contredit ces propos et son intervention en aura surpris plus d'un par sa fermeté. Pour lui, la médecine dentaire est sur une voie qui l'éloigne de la spécialisation individuelle au profit des systèmes experts. Cela va casser les monopoles des spécialistes, qui deviendront superflus, et la position du généraliste sera revalorisée. Lui-même est explicitement favorable à cette évolution, car elle se traduit par une démocratisation de la médecine dentaire. L'objectif est donc d'avoir des généralistes bien formés, qui peuvent bénéficier du soutien de systèmes experts.

Daniel Recher partage l'opinion du professeur *Krejci* quant à l'importance des systèmes experts dans le futur, mais il estime que les cabinets individuels ont encore un bel avenir devant eux, car le médecin-dentiste peut y jouer un rôle pivot entre les divers (systèmes) experts. Cette position n'étonnera personne dans la mesure où *Recher* représente l'industrie. Or, de nombreux cabinets individuels ont besoin de plus de systèmes experts que quelques centres de médecine dentaire.

Les déclarations du professeur *Rudolf Blankart* n'étaient pas non plus très encourageantes pour les médecins-dentistes. Pour lui, l'avenir sera fait de différentes chaînes de médecine dentaire répondant à différents besoins et exigences des patients. La position du professeur *Maio* lui a rappelé celle de la branche des voyages il y a une vingtaine d'années, lorsque les agences pensaient encore que les voyageurs ne pourraient jamais organiser leurs vacances sans le conseil d'un professionnel.

Autres exposés présentés à la SSO Dental Conference 2021 @home

Le professeur *Vivianne Chappuis* a parlé des aspects esthétiques de la régénération des tissus durs et des tissus mous après une extraction. Elle a montré que l'épaisseur de la paroi osseuse vestibulaire du maxillaire supérieur frontal avant l'opération était déterminante dans la perte de tissus verticale postopératoire. Si l'épaisseur de

la paroi osseuse mesure un millimètre ou plus, on n'observe généralement que de légères variations. Mais si elle est plus fine, il peut y avoir une perte de tissus significative qui s'accompagne d'une densification des tissus mous péri-alvéolaires. Il convient donc de porter l'attention sur la stabilisation postopératoire de la paroi osseuse vestibulaire.

Le professeur *Tuomas Waltimo* a abordé les stratégies de motivation chez le patient oncologique. Ces patients-là sont en situation de crise et leur motivation représente a priori un défi. Le but de la stratégie de motivation est d'améliorer la qualité de vie en se concentrant sur les besoins de base, ce qui ne veut pas dire que l'on doit se limiter au strict nécessaire. Les désirs du patient restent aussi prioritaires dans la phase des soins palliatifs.

Le docteur *Richard Steffen* s'est penché sur la prise de clichés radiographiques chez l'enfant. Pour des raisons évidentes, il y a peu d'études ou de recherches sur la radiologie pédiatrique. Chez les enfants, l'indication doit être définie de manière stricte et être bien documentée. Il ne faudrait donc faire une radiographie que si cela peut déboucher immédiatement sur une thérapie. Chez les enfants, on ne saurait se contenter d'un « nice to know ». Le docteur *Norbert Cionca* a consacré son exposé à la thérapie antibiotique chez le patient souffrant de parodontite. Il a expliqué que l'administration d'antibio-



Le docteur Nadja Naenni a abordé les différentes étapes précédant une implantation.



Le docteur Heinz-Theo Lübbers s'est intéressé à la dose de radiation inhérente aux techniques d'imagerie modernes.



Le docteur Lorenzo Reali a fait le point sur les nouveautés du DENTOTAR.

tiques dans le cadre de thérapies non chirurgicales permettait d'améliorer les résultats cliniques et de réduire les traitements complémentaires. De plus, le recours à des antibiotiques dans la phase précoce de la maladie accélère la guérison et réduit la nécessité d'interventions chirurgicales ultérieurement.

Dans son exposé, le professeur *Andreas Stavropoulos* s'est penché sur la gestion des péri-implantites. Cette maladie est souvent plus agressive qu'une parodontite et il convient donc de ne pas trop tarder avant de prendre une décision thérapeutique.

Le professeur *Bernd Stadlinger* a parlé longuement de l'entretien préopératoire en chirurgie orale. En Suisse aussi, on observe un durcissement des obligations du médecin qui s'accompagne d'une jurisprudence favorable aux patients. Les attentes des patients ont également augmenté. Tout cela concourt donc selon lui à la nécessité d'un entretien d'information préopératoire approfondi et personnalisé.

Le docteur *Nadja Naenni* a abordé les différentes étapes précédant une implantation. Pour cela, elle s'est surtout intéressée à l'évolution de la résorption osseuse, affirmant que les mesures de préservation de la crête alvéolaire étaient efficaces pour réduire la résorption osseuse.

Le docteur *Heinz-Theo Lübbers* s'est intéressé à la dose de radiation inhérente aux



Le professeur Bernd Stadlinger en direct de Zurich

techniques d'imagerie modernes. Il a expliqué que les clichés devaient être pris en fonction d'une indication stricte et que la dose de radiation devait être aussi faible que possible, mais suffisamment intense pour obtenir une qualité d'image permettant de poser un diagnostic.

Le docteur *Lorenzo Reali* a fait le point sur les nouveautés du DENTOTAR, indiquant que le Service central des tarifs médicaux (SCTM) avait exigé une révision du catalogue des prestations peu après son entrée en force. Il a pris différentes positions tarifaires pour illustrer les conséquences

que cela avait sur les décomptes avec les institutions.

Divers intervenants ont également pris la parole lors du séminaire de formation continue pour les AD. Le professeur émérite *Andrea Mombelli* a parlé d'hygiène au cabinet dentaire, le docteur *Irène Hitz* des points de friction entre les médecins-dentistes cantonaux et les cabinets dentaires, le docteur *Dorothea Dagassan* des risques lors des prises de clichés radiographiques et le docteur *Valérie Suter* de radioprotection.