

LES TRAITEMENTS DENTAIRES CONSERVATEURS – DES RESTAURATIONS POUR QUI?

Une contribution à la discussion à propos des directives annoncées en matière de futurs «standards» applicables à la médecine dentaire

FELIX LUTZ, IVO KREJCI et MARIO BESEK

Clinique de Médecine dentaire préventive, de parodontologie et de cariologie, Centre de Médecine dentaire et de chirurgie buccale et des maxillaires, Université de Zurich

(Adaptation française de Thomas Vauthier)

(Bibliographie et illustrations voir texte allemand, pages 19–26)

Les traitements dentaires, et, par conséquent les traitements conservateurs (appelés ci-après simplement «TC»), doivent avoir un objectif clairement défini. En Suisse, cet objectif est la préservation et/ou le rétablissement de la santé buccale, qui est définie comme suit:

1. La santé buccale primaire comprend l'absence de maladies des dents, des tissus de soutien des dents et des muqueuses buccales, ainsi que la bonne fonction de la denture; 2. La santé buccale secondaire est atteinte par la réparation des lésions apparues au niveau de ces structures, le traitement étant destiné à la préservation, respectivement le rétablissement d'un état de bonne fonction (LUTZ et coll. 1997).

Alors qu'il serait possible d'obtenir, à peu près, un consensus à propos de la réparation des lésions, la question de savoir quel niveau il convient d'atteindre en matière du maintien de la bonne fonction, provoque des réponses fort différentes. En tout cas, la définition citée plus haut ne rend pas justice à l'importance de l'esthétique.

Mots-clé: traitements dentaires conservateurs, qualité, «standards», politique de la santé

Une confusion babylonienne

En automne 1996 a eu lieu, à Munich, l'Assemblée annuelle de la «Academy of Dental Materials». Cette réunion a publié un compte-rendu intitulé «Clinically appropriate alternatives to amalgam», portant le sous-titre «Biophysical factors in restorative decision-making». L'ouvrage se compose de 12 publications principales et de 53 abstracts (ADM, TRANSACTIONS 1996). En supposant que ce livre de 280 pages tomberait dans les mains d'un extraterrestre qui, bien que familiarisé avec nos méthodes de médecine dentaire,

n'aurait aucune connaissance en matière des matériaux d'obturation esthétiques, notre confrère provenant d'une galaxie éloignée arriverait probablement aux conclusions suivantes:

– Il n'y a apparemment aucune définition du terme «alternatives à l'amalgame». En dépit du fait que 280 pages de compte-rendu aient été consacrées à ce sujet, il est impossible de comprendre, ni quels matériaux seraient susceptibles de servir d'alternatives à l'amalgame, ni à quels objectifs devraient correspondre ce type présumé de matériaux.

- Manifestement, il existe également des «clinically inappropriate alternatives». Quant à savoir lesquelles de ces alternatives sont «clinically appropriate» et ce qui se cache derrière le terme «biophysical factors», il n'y a aucune indication. Par conséquent, les lignes directrices annoncées, définissant le «restorative decision-making» sont passées sous silence.
- En matière d'alternatives à l'amalgame, l'on reconnaît trois courants d'opinion manifestement et diamétralement opposés: (1) Le champ des supposées alternatives à l'amalgame comprend pour ainsi dire tout; en effet, il s'étend des compomères jusqu'aux inlays réalisés par différents matériaux de couleur esthétique. (2) Il n'y a pas d'alternatives à l'amalgame. (3) Il y a des alternatives à l'amalgame; les recommandations quant à leur application sont cependant fort divergentes. De plus, on dénie, du moins en partie, que les médecins-dentistes possèdent les aptitudes nécessaires à utiliser celles-ci de manière adéquate.
- Il n'y a pas d'objectifs clairement définis dans le domaine des TC: le seul but reconnu d'ici l'an 2000 est l'application en pratique de l'adhésion à l'émail. Concernant le matériau idéal, on trouve des descriptions de ses caractéristiques qui sont empreintes de concepts fantaisistes; de surcroît, il n'est pas du tout clair quelles seraient les exigences au niveau de l'application et du comportement clinique que l'on en attend.

Ce congrès a sans aucun doute été d'un niveau scientifique très élevé. Toutefois, ce genre de propos entraînant davantage de confusion que de clarification est le résultat du chaos qui règne actuellement dans le domaine des TC. De plus, la confusion des langues est complète – de là, le terme «babylonien» vient à l'esprit. Or, sur le fond, le «cahier des charges» à appliquer actuellement en matière des TC est relativement clair. Nous devons partir de l'idée que la médecine dentaire devra se passer du moins en partie, si ce n'est entièrement, de l'amalgame. Il faut trouver des matériaux et des méthodes d'obturation susceptibles de remplacer l'amalgame, tout en offrant une qualité comparable – aux mêmes conditions d'investissement de temps et à un prix de revient similaires (*succédanés de l'amalgame*). Il faudrait en outre définir des types et des techniques de restaurations qui, sous condition d'une utilisation méticuleuse de la technique adhésive quant à la préservation et la protection de la substance dentaire dure, seraient à même de dépasser les propriétés de biocompatibilité et d'esthétique inhérentes à l'amalgame (*alternatives à l'amalgame*) (LUTZ et coll. 1996).

Le manque de succès des traitements dentaires conservateurs est programmé

Les TC sont voués, voire «programmés» à l'échec, puisqu'ils manquent de standards obligatoires et clairement définis. Les TC créent des produits, ce sont les restaurations. Celles-ci sont évaluées en fonction d'un grand nombre d'échelles de mesure (ou étalons), différentes les unes des autres, en partie inadmissibles et incompatibles entre elles.

Pour ce qui est l'étalon «*praticien*», il est de notoriété publique dans une certaine presse de boulevard traitant de divers sujets de dentisterie en se fondant sur des sondages des consommateurs, à l'instar de «Reality» en Allemagne, ou dans les divers «News Letters». Cette presse préconise en premier lieu des méthodes d'obturation simples, peu sensibles aux influences en cours d'utilisation, de surcroît rapides et à haut rendement financier – cette vision de choses s'orientant selon les caractéristiques mécaniques de la technique de l'amalgame. Dans les régions germanophones, on parle de «service de graissage». Cette

orientation des TC est narcissique, immorale, préjudiciable à la bonne réputation, et en dernière conséquence assimilable à un suicide déontologique. Force est d'admettre que genre de médecine dentaire ne nécessite guère cinq ans de formation académique.

En ce qui concerne l'étalon «*matériau*», les critères principaux sont les caractéristiques du matériau, telles que la force d'adhésion, les propriétés physico-chimiques, la biocompatibilité, etc. Cet étalon se trompe de cible: la conformité du matériau à des propriétés précises ne peut pas être l'objectif clinique à atteindre. Certaines caractéristiques précises peuvent tout au plus être la condition préalable permettant d'atteindre le véritable objectif – qui est d'être en mesure de réaliser des restaurations répondant elles-mêmes à des standards précis et qui restent à définir.

Quant à l'étalon «*patient*», les critères importants du traitement sont l'absence de douleurs, l'investissement de temps, l'esthétique, les coûts, l'attractivité, ainsi que la compatibilité biologique et la protection de l'environnement. Le problème fondamental réside dans le fait que le patient n'a aucun moyen lui permettant de juger de manière objective le produit final, la «restauration». Il ne se rend pas compte des critères importants d'évaluation du traitement. En outre, il ne peut pas non plus en pondérer les frais à court et/ou à long terme (MJÖR 1992).

L'intérêt en matière de l'étalon «*Dépenses globales pour la médecine dentaire / médecine dentaire à charge des caisses-maladie*» porte sur le temps à consacrer par geste thérapeutique, les prix de revient réels et les paramètres du tarif dentaire. De telles assertions peuvent exercer des influences considérables sur les conditions pratiques de l'exercice de la profession dentaire, en particulier dans le cadre d'une médecine dentaire régie par les caisses-mala-

Produits de substitution de l'amalgame: la recherche continue

L'amalgame dentaire est devenu, en Europe notamment, un matériau de «fin de série». La recherche de matériaux sensés se substituer à l'amalgame, c'est-à-dire de matériaux d'obturation possédant les mêmes caractéristiques cliniques et le même rapport coûts/bénéfices que l'amalgame – tout en se prêtant aux mêmes techniques d'utilisation que celui-ci – n'a pas été couronnée de succès jusqu'à présent. Au cours de cette recherche on a dû se rendre à l'évidence qu'il existe, dans le domaine des traitements dentaires conservateurs, une confusion non négligeable quant aux objectifs à atteindre; la raison essentielle de cet état de fait sont les inégalités considérables qui sont présentes, de par le monde, au niveau des étalons de mesure servant à évaluer les restaurations dentaires. Force est de constater que toute restauration dentaire vise au moins un but (préservation des tissus dentaires durs), éventuellement deux (préservation des tissus dentaires durs + la fonction), et au maximum trois (préservation des tissus dentaires durs + la fonction + l'esthétique, par des matériaux «invisibles»). Ces objectifs sont définis sous la forme de «standards», et les différents types de restaurations sont classés selon ces standards. En outre, la qualité des restaurations est évaluée de façon quantitative, en tenant compte de la qualité statique de départ et de l'évolution dynamique de la qualité dans le temps. Le présent travail propose une discussion des répercussions positives, tant pour le patient que pour le médecin-dentiste, de l'introduction de tels standards et de définitions de la qualité.

Tab. I Standards pour les restaurations dentaires (santé buccale secondaire)

| Objectifs à atteindre | Type de restauration | Standards |
|--|--|--|
| Préservation de l'émail, de la dentine, protection de l'organe pulpaire | <ul style="list-style-type: none"> • Technique restauratrice atraumatique • Obturation provisoire non fonctionnelle • Scellement de la carie ^{a)} | Standard 1 Préservation des tissus dentaires durs |
| Préservation des tissus dentaires durs + rétablissement de la morphologie dentaire (contacts interproximaux et occlusion) et de la fonction de la dent | <ul style="list-style-type: none"> • Obturation provisoire fonctionnelle ^{b)} • Obturations des dents de lait • Obturations réalisées par des matériaux succédanés de l'amalgame ^{c)} • Obturations en or, non adhésives, sans imitation de la teinte de la dent naturelle • Obturations fonctionnelles des dents antérieures ^{b)} | Standard 2 Forme + fonction |
| Préservation des tissus dentaires durs + fonction + restitution invisible/esthétique | <ul style="list-style-type: none"> • Restaurations réalisées par des matériaux adhésifs en tant qu'alternative à l'amalgame ^{d)} • Restaurations adhésives sur les dents antérieures, esthétiques ^{e)} | Standard 3 Restitution invisible |

^{a)} Méthode expérimentale, pour le moment (HAMID & HUME 1997)

^{b)} Correspondant aux propriétés cliniques des ciments au verre ionomère autopolymérisants, des ciments au verre ionomère photopolymérisants et des compomères

^{c)} Non disponibles, pour le moment, pour les obturations des dents permanentes lorsqu'elles sont soumises aux forces de l'occlusion

^{d)} Obturations par composites adhésifs, technique directe (scellement étendu des fissures, restaurations adhésives, obturations conventionnelles de Classe I & II); restaurations en composite ou en céramique, technique indirecte (inlays, overlays, couronnes à recouvrement partiel)

^{e)} Obturations par composites adhésifs; facettes (veneers) en composite ou en céramique et couronnes à recouvrement partiel

die, et surtout lorsque ce type de régime ne prend en charge que les gestes à visée thérapeutique, mais non la prévention, le diagnostic et le suivi au long cours des patients. Le résultat de ce genre d'environnement est une médecine dentaire non pas au profit de la santé buccale, mais exercée sous une attitude de comptable.

Pour ce qui est l'étalon «*études cliniques*», respectivement «*niveau d'expérience*», il présente, d'une part, le défaut de ne pas être un critère de mesure ou d'évaluation à part entière et de dépendre fortement de l'appréciation subjective, d'autre part. Ainsi, la durée de survie d'obturations à l'amalgame (fig. 1) est fort variable selon les différentes études (ROULET & LÖSCHE 1996); de même, les résultats inhomogènes ressortant des différentes études à propos d'obturations de Classe V réalisées par un compomère (ELDERTON et coll. 1997, JEDYNAKIEWICZ et coll. 1997) peuvent servir d'exemples illustrant la constatation que les études cliniques ne sont pas à même d'évaluer de manière irréfutable le comportement clinique d'un matériau d'obturation donné. Tant les habiletés de l'opérateur que la technique utilisée jouent un rôle tout aussi important (BAYNE 1992). De plus, ce dernier critère est souvent

décrit de manière insuffisante, et les causes ayant motivé le remplacement des obturations ne sont pas indiquées de façon objective (NOACK & TREIGE 1994). Souvent, les critères appliqués lors de l'évaluation ne sont eux-mêmes pas adéquats: une durée de survie de la rétention supérieure à 95% sur 3 ans est peut-être acceptable dans le contexte d'une médecine dentaire régie par les assurances-maladie; dans le cadre d'une médecine dentaire répondant à des exigences plus élevées, ce résultat serait équivalent d'un échec. Les étalons «*marché dentaire / le praticien en tant que consommateur*» ont des répercussions très défavorables. La confiance aveugle dans les vertus des matériaux provient de la philosophie des cannibales: par l'ingestion d'un ennemi beau et fort, le cannibale s'attend à devenir, à son tour, aussi beau et fort. Par ce geste, et par analogie, on tente de racheter, en quelque sorte, sa propre incompétence et le manque de dextérité. Tout nouveau produit est magiquement assimilé à un parfum de progrès, même si tel n'est pas vraiment le cas. Tout au moins, acheter veut dire se comporter en tant que maître, donc dompter l'industrie – à défaut de pouvoir prétendre d'être capable de maîtriser les matériaux – puisqu'on en manque la compréhension (BRUCKNER 1996). C'est la raison qui pousse constamment les fabricants de fournitures dentaires à mettre sur le marché des nouveaux produits. Même les bon produits et ceux ayant fait leurs preuves ne se vendent que pendant une durée limitée; à l'instar de ce qui se passe dans le monde de la mode, ils doivent continuellement être adaptés au goût du jour, souvent sans apporter de vrai progrès linéaire. Simultanément, et afin de garantir un bon chiffre d'affaires, les caractéristiques du produit doivent en premier lieu être conformes aux désirs de l'utilisateur et non pas correspondre aux besoins du patient. En dernière conséquence, c'est le patient qui se retrouve dupé: il devient simplement une entité de consommation – et il doit en plus en payer l'addition.

Tolérer, sans piper mot, un état de «*confusion*» correspond à une attitude d'auto-préservation académique. Sans les problèmes qu'il s'agit de résoudre, il n'y aurait pas de fonds alloués à la recherche, ni de nécessité de publier des résultats, ni de plate-forme permettant aux jeunes chercheurs de se mettre en évidence (LUTZ 1993). En cas de doute, on doit recourir à la solution consistant à ignorer ou à citer de façon négative, respectivement fausse, la littérature existante, afin de proposer des solutions au problème en instance. Cette manière de faire est appelée du terme anglo-saxon «*trashing the literature*» («*écrabouiller*» ou «*étrangler la littérature*»), une procédure permettant de mettre en évidence quelque problème – que les auteurs auront étudié avec perspicacité, sans qu'ils puissent prétendre, en fin de compte, qu'ils l'aient vraiment résolu. Personne ne saurait s'étonner de l'observation que bien des chercheurs actifs dans le domaine de la médecine dentaire sont davantage capables de mettre en évidence des problèmes que d'en apporter les solutions.

Cette contemplation ne saurait être complète sans évoquer le point de vue de la «*sécurité de l'existence*». A ce niveau, le mot d'ordre est: «*exerçons gaillardement une médecine dentaire sans trop de difficultés, mais assurant un maximum de rentabilité*». Le résultat en est la «*spirale de la mort*» de la dent (fig. 2). Elle est la conséquence d'un état d'esprit typique de la médecine dentaire au sein de laquelle le patient doit se tenir à disposition du praticien et non le praticien au service du patient. Force est de constater que l'idée stipulant que la prévention primaire ne fait que modifier les activités du praticien, sans pour autant le rendre superflu, ne fait pas encore l'unanimité partout, loin s'en faut (LUTZ et coll. 1989).

Après avoir passé en revue ces différents étalons, on en arrive à la conclusion qu'en matière des TC il ne s'agit pas seulement de la recherche de nouveaux matériaux susceptibles, le cas échéant, remplacer l'amalgame. Si les TC veulent effectivement connaître des progrès véritables, il faut dès lors définir des standards bien précis qui devront être respectés tout d'abord par chaque pays à titre individuel, sous réserve, bien entendu, du but ultime qui serait la création de standards internationaux.

Standards applicables en matière des traitements dentaires conservateurs

Les différents produits mis au point pour les TC, dans le cadre de la santé buccale secondaire, poursuivent des objectifs qui doivent être clairement différenciés (Tab. I). Dans ce contexte, chaque échelon (niveau) plus élevé doit impérativement se fonder sur le plein accomplissement des exigences de l'échelon (ou des échelons) précédent(s). Le niveau 1 (standard 1) «préservation des tissus dentaires durs» traite de la conservation des tissus durs restants et de la protection de l'organe pulpaire, par l'élimination ou la neutralisation de la carie. La «technique restauratrice atraumatique» (ART) (FRENCKEN 1995) a été conçue pour répondre à ce but minimal. Les mêmes considérations sont valables pour les obturations provisoires de type le plus simple, qui doivent répondre non seulement au critère d'une durée de survie adéquate, mais qui doivent avant tout être caractérisées par des qualités de protection contre la carie et de stimulation réparatrice de la pulpe.

Le niveau 2 (standard 2) «fonction», outre la préservation des tissus dentaires durs sauvegardés, est destiné au rétablissement de la fonction de la dent affectée. Compte tenu des différentes attentes quant à la durée de vie des restaurations, ce concept s'applique aux obturations provisoires plus sophistiquées, ainsi qu'aux obturations à l'amalgame et en or. Toutes les obturations réalisées par des matériaux de substitution (succédanés) à l'amalgame doivent également répondre aux exigences de ce standard.

Le niveau 3 (standard 3) «restauration invisible/esthétique», s'appuie sur l'accomplissement des conditions préalables de la préservation des tissus dentaires durs et du rétablissement de la fonction. De plus, la restauration doit être (et rester) imperceptible (invisible) comme telle – à la distance normale de conversation. Les restaurations adhésives de haute qualité et les restaurations réalisées par des matériaux alternatifs à l'amalgame doivent correspondre à ces exigences.

Il apparaît, par voie de conséquence, qu'il y a une médecine dentaire divisée en plusieurs catégories. Le niveau 1 correspond à celui des pays en développement, des situations d'urgence, des groupes marginaux, voire des personnes socialement défavorisées et démunies. Le niveau 2 correspond à la médecine dentaire courante à l'ère de l'amalgame, de par le monde. C'est la médecine dentaire des moyens limités, de la formation professionnelle plutôt modeste ou conventionnelle, dirigée par la pensée mécanistique. Elle s'adresse à des patients possédant un «quotient intellectuel dentaire» modeste, et elle est caractéristique des systèmes de soins régis par les caisses-maladie, donc à la charge de la collectivité. En revanche, le niveau 3 est, du moins pour le moment, le domaine d'une médecine dentaire de luxe, située en dehors de tout contexte d'assurances collectives, une «high end dentistry» du plus haut niveau. Elle s'adresse de préférence aux personnes conscientes de leur santé buccale et elle reste réservée aux couches économiquement aisées.

Il ne suffit cependant pas de formuler ce genre de standards pour les TC, respectivement de définir les objectifs

nécessaires pour les restaurations réalisées selon les différents échelons de la médecine dentaire. Les standards décrits plus haut ne doivent pas seulement être définis en fonction de critères qualitatifs, mais sont également à évaluer de manière quantitative. Ce faisant, il convient de différencier entre la qualité de départ, statique, et la qualité évolutive, dynamique.

La *qualité statique initiale* est déterminée par le cabinet dentaire (équipement, fournitures, personnel), par le praticien (formation, dextérité, connaissances, maîtrise technique, forme du jour), par les patients (coopération durant le traitement), ainsi que par la technique opératoire et les matériaux utilisés (degré de complexité, sensibilité aux influences d'utilisation, tolérance). La *qualité dynamique évolutive* dépend en premier lieu de la qualité statique initialement atteinte. Les autres paramètres importants influençant le comportement au long cours sont le matériau lui-même (propriétés physico-chimiques, durabilité), le patient (quotient intellectuel dentaire, soins dentaires personnels, habitudes alimentaires et ses boissons, composition de la salive et flux salivaire) ainsi que l'entretien de l'obturation (suivi, recall, nettoyage professionnel non destructeur, finitions ultérieures).

Les qualités mentionnées devraient, si possible, être définies de façon quantitative en tenant compte des critères USPHS, SAMS et AAPD, selon les paramètres résumés dans le tableau 2 (RYGE & CVAR 1971, ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND 1991, AMERICAN ACADEMY OF

Tab. II Critères de l'évaluation quantitative de la qualité statique initiale et qualité dynamique évolutive

(Niveaux de mesure de valeur α , β , γ , δ – analogues aux standards USPHS, SAMS, AAPD; niveaux à atteindre selon le standard et de la pondération au sein du standard)

Standard 1

- Propriétés inhibitrices de la carie (aptitude au scellement ou qualité adhésive, effet thérapeutique)
- Propriétés cariostatiques (libération de fluorures, libération de principes à effet de prévention chimique)
- Compatibilité avec/propriétés protectrices pour les tissus environnants
- Propriétés protectrices et stimulantes pour l'organe pulpaire
- Biocompatibilité
- Durée de vie

Standard 2

(Doit être accompli en plus des critères du standard 1)

- Forme (morphologie dentaire, facilité de l'hygiène, compatibilité avec la santé gingivale)
- Fonction/contacts interproximaux, contacts occlusaux, absence d'interférences fonctionnelles, résistance à l'abrasion, coefficient d'abrasion par rapport aux antagonistes)
- Sensibilité postopératoire
- Etanchéité du joint marginal
- Adaptation de la couleur
- Fractures de la restauration
- Fractures dentaires
- Carie secondaire

Standard 3

(Doit être accompli en plus des critères des standards 1 et 2)

- Texture et brillant de la surface
- Altérations de la couleur/susceptibilité aux colorations
- Colorations des joints marginaux et apparition de défaillances marginales (pour les obturations: interface obturation/tissus dentaires durs; pour les pièces scellées: interfaces tissus dentaires durs/ciment de scellement, ciment de scellement/pièce scellée)

PEDIATRIC DENTISTRY 1996). En ce qui concerne la qualité dynamique évolutive, il conviendrait de définir pour chaque critère la vitesse admissible de la diminution inévitable de la qualité, voire à quel niveau se situe le seuil limite correspondant à une déficience de qualité rendant nécessaire le remplacement de la restauration.

Appréciation qualitative de différents types de restaurations

Pour chaque type de restauration, il faudrait définir le standard, la qualité initiale à atteindre et la durée de vie exigée; de même, en matière de qualité dynamique, il faudrait connaître les limites de qualité au-dessous desquelles la restauration ne devrait pas passer au cours de sa durée de vie exigée. La description exhaustive des différents cahiers de charges dépasserait le cadre de la présente publication. En revanche, les auteurs souhaitent discuter ci-après quelques-unes des restaurations importantes, en les illustrant sous les aspects du «standard» et des «critères d'appréciation de la qualité».

Obturations des dents de lait lorsqu'elles sont soumises aux forces de l'occlusion

Les obturations des dents de lait situées dans les segments postérieurs, pour autant qu'elles soient soumises aux forces de l'occlusion, doivent répondre aux exigences du standard 2. Pour ce qui est la qualité statique initiale, il faut atteindre des résultats α pour les paramètres forme, fonction, joint marginal et sensibilité postopératoire. Tant les propriétés cariostatiques qu'inhibitrices de la carie doivent être particulièrement élevées. Quant à la qualité dynamique évolutive, l'abrasion et le potentiel abrasif doivent être similaires à celles des dents de lait; la biocompatibilité et la sensibilité ne doivent pas se situer au-dessous de valeurs α . Les joints marginaux ouverts devraient être tolérés, pour autant qu'ils ne représentent pas de risque de carie secondaire, impliquant à son tour une durée de vie significativement raccourcie de l'obturation (fig. 3 à 5). Les obturations doivent persister jusqu'à l'exfoliation de la dent de lait. Actuellement, ces objectifs peuvent être atteints par les compomères (LUTZ et coll. 1996a); certains compomères plus récents se rapprochent probablement encore davantage de ces attentes, en raison de leur libération de fluorures.

Succédanés de l'amalgame

Les matériaux succédanés de l'amalgame doivent (seulement) accomplir le standard 2. Les exigences en matière de compatibilité de la couleur sont faibles, alors que les joints marginaux doivent répondre à la valeur α , en ce qui concerne la qualité statique initiale. En revanche, les propriétés cariostatiques et inhibitrices de la carie sont importantes, puisqu'il faut présumer que les joints marginaux de ce type d'obturation ne restent pas étanches, du moins au long cours. L'opacité radiologique doit être supérieure à celle de l'émail; elle doit, pour des échantillons d'une épaisseur de 1 mm, être équivalente à $\geq 2,5$ mm d'aluminium à 99,9 %. Pour le critère de la qualité dynamique évolutive, les exigences en matière de biocompatibilité et de sensibilité doivent être élevées. L'abrasion et le coefficient abrasif doivent être au moins équivalents du niveau de l'amalgame. Les joints marginaux ouverts devraient être tolérés, pour autant qu'il n'en résulte pas une durée de vie raccourcie de l'obturation ou de risques de carie secondaire. La durée de survie moyenne doit être identique à celle des obturations à l'amalgame, c'est-à-dire de 2 à 10 ans, selon les pays.

Du point de vue de la politique de santé et en tenant compte du niveau de formation professionnelle des mé-

decins-dentistes de par le monde, il est indispensable que les succédanés de l'amalgame remplissent les conditions d'une utilisation simple et aisée et d'une durée de vie appropriée. A l'heure actuelle, ces objectifs ne sont pas atteints, et ils pourront être atteints encore moins si l'on vise le standard 3 pour les succédanés de l'amalgame. Les compomères ne sont pas assez résistants à l'abrasion (fig. 6). Le risque de carie secondaire au niveau des joints marginaux, qui ont tendance à se détériorer après une courte durée en bouche déjà, est trop élevé. Ainsi, ces matériaux ne remplissent même pas les exigences du standard 1. Par conséquent, il faut émettre des doutes quant à l'aptitude des compomères de servir, ne serait-ce comme matériau d'obturation provisoire, sur les dents permanentes soumises aux forces de l'occlusion (fig. 7-9). Le problème pourrait éventuellement être résolu si les compomères pouvaient être dotés de propriétés protectrices marquées contre la carie.

Les composites, même lorsqu'ils sont appliqués de manière simplifiée ou négligente, peuvent suggérer, du moins initialement et pour une courte durée, qu'ils accomplissent le standard 3. Toutefois, les obturations en composite réalisées de cette sorte présentent des joints marginaux en grande partie non étanches; les futures colorations marginales sont ainsi programmées dès le départ. Pour le paramètre de la qualité dynamique évolutive, le standard 3 n'est certainement pas atteint. Faute de propriétés cario-protectrices, le risque de caries secondaires est relativement élevé; là encore, des défaillances par rapport au standard 1 sont inévitables (fig. 10). Dès lors, les composites utilisés à la «va-vite» et sans respect de la technique, ne correspondant ni aux exigences du standard 3, ni même du standard 1, doivent être considérés comme des obturations provisoires extrêmement pernicieuses – et de surcroît chères.

Alternatives à l'amalgame

Pour les matériaux susceptibles de servir d'alternatives à l'amalgame, seul l'accomplissement inconditionnel du standard 3 est acceptable (fig. 11). Afin d'être en mesure d'atteindre l'objectif de la «restitution invisible», des valeurs α pour les paramètres adaptation de la couleur, qualité et texture de la surface et joints marginaux (≥ 90 % de continuité périphérique, mesurée sur l'ensemble du pourtour de la restauration) sont les conditions indispensables (LUTZ et coll. 1996a); de même les standards 1 et 2 doivent être atteints avec des valeurs α . Pour ce qui est de la qualité dynamique évolutive, la qualité élevée du joint marginal doit rester stable sous contrainte, afin de pouvoir exclure de façon prévisible non seulement des colorations disgracieuses qui risqueraient de «démasquer» la restauration, mais également le risque de carie secondaire. La texture de surface, le potentiel de précipitation de colorations, l'abrasion et le coefficient de friction doivent être (et demeurer) similaires à ceux de l'émail; toute altération de la teinte est inacceptable. La durée de persistance en bouche doit être fixée à 10 ans (BAYNE 1992), tout en admettant la nécessité d'un entretien professionnel régulier de la restauration. Il est probable que ces exigences peuvent être atteintes actuellement (LUTZ et coll. 1996a). Les protocoles opératoires correspondants existent et ont fait leurs preuves, de même que les systèmes de matériaux y nécessaires (BESEK et coll. 1997, KREJCI et coll. 1997).

Seuls les patients prêts à mettre le prix ont leur mot à dire

Force est de constater que les restaurations sont assimilables à des produits, dont certains ont un caractère de luxe; par conséquent, il n'y a pas seulement des patients

au cabinet dentaire, mais également des clients. Ainsi, il va de soi que le patient/client a aussi son mot à dire, ce d'autant plus lorsqu'il paye de sa propre bourse l'ensemble, ou presque, des honoraires. Pour ces motifs, le monde professionnel ferait bien de créer des échelles d'évaluation de la qualité qui soient compréhensibles pour le patient/client. Pour ce faire, les critères professionnels de mesure, divisés en quatre niveaux, α , β , γ , δ (RYGE & CVAR 1971, ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND 1991, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY 1996), pourraient être simplifiés sous la forme d'un schéma à deux valeurs: vert = positif / rouge = négatif, par exemple. Des illustrations adéquates seraient le moyen le plus approprié pour expliquer les critères et les paramètres individuels. Résumée sous forme d'un manuel, cette approche permettrait, d'une part, au patient de reconnaître les bonnes prestations médico-dentaires en tant que telles et de les apprécier à leur juste valeur. Il aurait, d'autre part, la possibilité, le cas échéant, de manifester à temps son éventuelle désapprobation à l'encontre de restaurations récemment réalisées qui présenteraient des défauts manifestes de qualité. Il aurait aussi son mot à dire en cas d'apparition ultérieure de défaillances de la qualité intrinsèque exigée de celles-ci. De plus, le patient aurait la chance de reconnaître et de diagnostiquer lui-même la nécessité de remplacer certaines restaurations, avant même l'apparition de lésions secondaires, voire de contester toute indication d'un tel geste lorsqu'il jugerait superflu le remplacement.

Discussion

En ce qui concerne l'évaluation de la qualité, dans le cadre de la santé buccale secondaire, il convient de poser une question fondamentale: Est-ce qu'il vaut mieux, afin de garantir la qualité, soumettre à certaines normes les procédés cliniques et pratiques, voire, le cas échéant, des méthodes du laboratoire odonto-technique? Ou serait-il préférable que l'assurance de la qualité se limite à la seule évaluation de la prestation réalisée auprès du patient? Des normes définies selon les procédés permettent, sans aucun doute, d'obtenir des améliorations considérables dans toute forme d'entreprise. L'entreprise «cabinet dentaire privé» en fait pas exception. Cependant, l'évaluation du résultat du traitement est mieux à même de servir comme critère d'assurance de garantie, puisque celle-ci doit, quant à elle, pouvoir différencier entre la qualité minimale garantie, la qualité normale et la qualité exigible au plus haut niveau (KOCHER 1997). Sur le fond, force est d'admettre que comme dans bien d'autres domaines, il n'existe pas de recette unique et exclusive en médecine dentaire non plus qui permette d'atteindre l'objectif visé; ce d'autant moins que ni le praticien ni le patient ne peuvent être quantifiés par quelque norme que ce soit. Il y a fort à parier que les étalons de mesure définis en fonction des résultats du traitement puissent être utilisés bien plus longtemps que des normes établies selon des procédés qui devraient de toute manière être constamment adaptées à court terme, en fonction de l'apparition de nouveaux matériaux et de techniques plus récentes (WEILL 1997).

En restant réaliste, il faut admettre qu'il est peu probable qu'il soit possible de définir, pour les TC, les standards 1 à 3 (préservation des tissus dentaires durs, fonction, restauration invisible/esthétique) sur un plan international et de façon quantitative. Nul ne saurait contester le fait qu'il n'a même pas été possible de définir, au niveau international, la qualité statique initiale exigible pour les obturations à l'amalgame, et encore moins des critères applicables à leur qualité dynamique évolutive.

Les choses se présentent tout autrement sur un plan national. En Suisse, les médecins-dentistes devront se soumettre, d'ici l'an 1999, à de telles définitions et à de tels cahiers de charge, non seulement dans le domaine des TC, mais dans l'ensemble des spécialités en médecine dentaire; cette vision d'avenir inclut en outre les critères de la qualité d'accès aux soins et de la qualité des indications thérapeutiques (KOCHER 1997). Cette concession est le prix à payer pour le tarif horaire, généreux, tel qu'il est actuellement en vigueur et appliqué pour les prestations dentaires en Suisse, qui, ne l'oublions pas, sont financées à 95% sur une base privée.

On peut supposer que les conséquences pour le domaine de la médecine dentaire dans tout pays ayant défini les standards et descriptifs de qualité évoqués seront les suivantes:

- Il sera possible de quantifier la santé buccale secondaire. Il sera ainsi possible de définir non seulement les objectifs précis en matière des traitements et de la politique de santé, mais également d'en calculer les coûts.
- Le médecin-dentiste praticien doit se conformer aux standards et aux exigences en matière de qualité. Par conséquent, il doit maîtriser les techniques opératoires nécessaires à atteindre les objectifs selon les standards en vigueur. Cette contrainte permet en outre de justifier l'application d'un tarif établi selon les unités de temps consacrées à chaque acte thérapeutique.
- Comme évoqué plus haut, à l'avenir, le patient sera à même d'apprécier, selon des critères simplifiés et en tant que non professionnel, la qualité des prestations dentaires. Ceci déclenchera à coup sûr un relèvement du niveau de la qualité, contribuant en même temps à l'assurance de la qualité. Les patients se sentiront également moins démunis face au monde de la médecine dentaire qui leur n'était pas familier jusqu'à lors. Cette nouvelle donne pourrait considérablement améliorer la relation praticien/patient, de même que la confiance dans les soins dentaires, relevant du coup la bonne réputation des praticiens.
- A l'avenir, les mêmes exigences minimales en matière de qualité s'appliqueront également aux systèmes régis par les caisses-maladie. Dans le domaine des TC, la pondération insuffisante des prestations dentaires a toujours entraîné une augmentation du nombre de restaurations de qualité défaillante. Ainsi, une obturation MOD à l'amalgame est actuellement remboursée à niveau de 50 DM par les assurances-maladie en Allemagne, ce montant étant calculé sur la base d'un investissement de temps de 7,5 minutes consacré à la réalisation d'une telle restauration. Ce genre de médecine dentaire serait dorénavant rendu impossible, en raison des critères de qualité proposés (EVANS 1996).
- La nécessité du remplacement éventuel d'une obturation pourrait être objectivée. Selon le niveau du standard applicable, la décision thérapeutique ou opératoire opterait en faveur d'un simple polissage, d'une adaptation ou de la réparation d'obturations existantes. L'indication du remplacement serait limitée aux situations dans lesquelles il y aurait un risque à l'encontre de la préservation des tissus dentaires durs, voire de la forme ou de la fonction. Le même critère s'appliquerait en cas de perte de l'invisibilité d'une obturation esthétique.
- Cet environnement permettrait à la recherche de se concentrer en fonction des standards. A condition que l'on arrive, par exemple, à faire accepter par tout le

monde un standard 2 et les qualités correspondantes pour les matériaux de substitution à l'amalgame, un tel produit pourrait être mis au point presque immédiatement. D'un autre côté, l'industrie serait contrainte, lors de tout nouveau lancement de produit, de fournir des preuves attestant de l'accomplissement des standards – initiaux et à moyen terme – pour les indications visées, qui devraient en plus être rendues publiques. Ainsi, hommage serait rendu aux critères scientifiques, qui l'emporteraient nettement sur les arguments commerciaux.

- Le domaine de l'enseignement, c'est-à-dire tant la formation professionnelle que la formation complémentaire et continue, devrait également se soumettre aux standards. Il serait nécessaire de fournir des preuves de la performance de chaque concept clinique préconisé. Ainsi, certaines recommandations d'utilisation simplistes, telles qu'elles sont préconisées par la presse de bas de gamme pour les composites notamment, ne seraient plus acceptables. Force est de constater que les obturations réalisés de la sorte, selon des «recettes de cuisine» réduites à outrance, ne répondent pas – même pas à moyen terme – aux impératifs ni de

la préservation des tissus dentaires durs, ni de l'esthétique. Dès lors, l'état des connaissances en matière des techniques ne serait plus dicté par des courants de mode ou du goût du jour de certains groupes. Il s'agirait d'arriver à accomplir des standards précis par des matériaux sélectionnés à cet effet.

Conclusions

Le Congrès de la SSO 1999 aura lieu dans un an et demi. Les TC feraient bien de bien mettre à profit le temps imparti d'ici là. Tant la confusion babylonienne que le manque de succès programmé des TC pourraient être éliminés sur le champ, à condition que l'on arrive à formuler des standards applicables aux restaurations, y compris des critères correspondants permettant d'en évaluer à la fois la qualité statique initiale et la qualité dynamique évolutive. Dès lors, la médecine dentaire restauratrice serait à même d'assumer les objectifs auxquels elle est confrontée. Une amélioration supplémentaire de la santé buccale – sans coûts additionnels – en serait le résultat.