

« Nous avons besoin de nouvelles approches pour la médecine dentaire gériatrique »

Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées est une gageure. **Mandataire SSO pour la médecine dentaire gériatrique, le professeur Martin Schimmel** appelle de ses vœux le lancement de projets de gérontologie sérieux avec un suivi scientifique.

Entretien : Andrea Renggli, Communication SSO ; photos : mäd, Istock

Martin Schimmel, qu'en est-il de la santé buccale de nos aînés ?

Nous ne disposons malheureusement que de données empiriques à ce sujet, car il n'y a pas de données scientifiques éprouvées. Les seuls chiffres représentatifs sont ceux de l'enquête suisse sur la santé que l'OFS réalise tous les dix ans, ainsi que les résultats d'enquêtes effectuées par le docteur Giorgio Menghini dans un EMS zurichois. Sur la base de ces maigres données, nous savons que l'édentement recule. Cela montre que les efforts de prévention déployés depuis le début des années 60 portent leurs fruits. Lors de leurs consultations, les médecins-dentistes constatent toutefois fréquemment que la santé bucco-dentaire des patients en perte d'autonomie est très mauvaise. Il y a donc matière à agir, même s'il n'y a pas de données pour le confirmer.

Et qu'en est-il des pans vulnérables de la population ?

On ne dispose pas non plus de données solides à ce sujet. Je ne peux donc que rapporter ce que j'ai vu de mes propres yeux ou ce que j'ai entendu dire par des collègues. Les enfants qui ont des besoins particuliers sont généralement très bien suivis par leurs parents. Chez les personnes incarcérées que nous traitons aux cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne (ZMK), la santé bucco-dentaire est médiocre. Et pour ce qui est des personnes marginalisées, nous n'en savons rien, mais la situation est probablement comparable. Un grand nombre de *working poor* renoncent aussi à aller chez le médecin-dentiste ou chez l'hygiéniste dentaire pour des raisons financières. Au sein des ZMK, nous réalisons de nombreuses expertises pour le service des affaires sociales et nous avons constaté

que la cavité buccale de ce groupe de population est souvent en mauvais état. Ces personnes présentent en outre de multiples facteurs de risques.

Vous revêtez la fonction de mandataire SSO pour la médecine dentaire gériatrique depuis 2019. Quelles sont vos priorités ?

Je suis salarié de l'université – en quelque sorte un « médecin-dentiste académique ». Je me dois donc d'agir sur la base de faits ou de données. Ma première priorité est la réalisation de la première étude suisse sur la santé bucco-dentaire, en collaboration avec le professeur Guglielmo Campus, qui est titulaire de la chaire patronnée de médecine dentaire préventive et d'épidémiologie orale à l'Université de Berne. En parallèle, nous voulons discuter d'autres projets avec des experts en économie de la santé. J'ai l'ambition de réaliser des projets qui ont des effets sur la politique sanitaire, comme l'introduction des soins dentaires scolaires en son temps. Pour cela, il est impératif d'intégrer tout de suite les souhaits et les besoins des personnes visées et de prendre de la distance par rapport à nos approches empreintes de paternalisme.

Sous l'angle de la politique professionnelle, nous devrions nous concentrer sur quelques thèmes susceptibles d'avoir un impact politique. La prévention des pneumopathies d'inhalation grâce à une hygiène buccale correcte pourrait être un exemple. C'est un sujet sur lequel nous disposons déjà de quelques connaissances et, à Genève, le professeur Frauke Müller a mis sur pied un intéressant projet en gériatrie qui est également conduit à Berne. Nous pourrions donc bientôt fournir des données à l'échelle nationale. Un autre sujet d'intérêt pourrait être la santé

bucco-dentaire en cas de démence. Je souhaiterais aussi impliquer la FMH et les associations de soignants, car ce sont eux qui sont au front et ils peuvent attirer notre attention sur les problèmes qu'ils constatent.

Un autre thème d'importance est la formation postgrade en médecine dentaire gériatrique en Suisse. Nous y travaillons au sein de la Société suisse de gérontologie et soins dentaires spéciaux (SSGS), dans le cadre d'un projet que nous souhaitons mettre en place avec la SSO et ses sections.

Vous êtes d'ailleurs président de la SSGS. Voyez-vous des synergies avec la SSO ?

Il y en a. Un exemple tout simple : la SSO et la SSGS tiennent toutes deux une liste de praticiens qui offrent des soins en médecine dentaire gériatrique et je le sais parce que je suis membre des deux associations. Maintenant, nous allons comparer les deux listes et mettre les informations en correspondance. Il est très important que nous nous accordions sur les approches à recommander et que nous les communiquions clairement.

Est-ce que vous avez des projets qui ne sont pas réalistes ?

Je voudrais que tous les EMS désignent rapidement un médecin-dentiste répondant, mais je sais que cette proposition est politiquement irréalisable pour le moment. Le Canton des Grisons a montré la voie, mais le plus gros obstacle est ici l'absence de prise de conscience du problème dans les EMS.

Avec l'âge, bien des personnes ne se rendent plus régulièrement chez le médecin-dentiste ou chez l'hygiéniste dentaire. Des années plus tard, lorsqu'elles entrent en EMS, leur

santé bucco-dentaire est fortement dégradée. Pourquoi en sont-elles arrivées là ?

Ce n'est que spéculation, mais on peut imaginer que ces personnes cumulent les problèmes médicaux, que leur mobilité diminue, qu'elles prennent des médicaments contenant du sucre et/ou réduisant la salivation, qu'elles consomment plus d'aliments cariogènes et, enfin, qu'elles vont plus fréquemment chez le médecin et moins souvent chez le méde-

cin-dentiste. C'est un phénomène que l'on constate dans le monde entier.

Que peuvent faire les médecins-dentistes pour que ces patients ne sortent pas du circuit ?

Nous avons besoin de nouvelles approches. Nous pourrions sensibiliser les médecins et le personnel infirmier au problème et les inviter à examiner également la cavité buccale de leurs patients de manière régulière pour détecter les problèmes de santé bucco-dentaire simples. Le « Manuel d'hygiène bucco-dentaire à l'usage du personnel soignant » édité par la SSO pourrait être un premier pas dans cette direction. On pourrait aussi demander aux services de repas à domicile qu'ils signalent quand un client se met à commander des plats hachés ou mixés. Selon une étude des ZMK de Berne et du CUMD de Genève, cela correspond d'ailleurs à un besoin des personnes en perte d'autonomie : nombreux sont ceux qui souhaiteraient que leur santé bucco-dentaire soit aussi contrôlée lors d'une visite chez le médecin généraliste. Nous nous devons d'adapter notre système aux préférences des patients afin de devenir plus efficaces. En d'autres termes, si nous voulons progresser dans ce domaine, il faut que les médecins-dentistes collaborent plus avec les médecins de famille et les services de soins.

Curriculum vitae



Martin Schimmel, Prof. Dr. méd. dent., est mandataire SSO pour la médecine dentaire gériatrique et président de la Société suisse de gérodontologie et soins dentaires spéciaux (SSGS). Il est né en Thuringe, à Arnstadt, et a étudié la médecine dentaire à l'Université de Mayence tout en travaillant dans le cabinet dentaire de ses parents. De 2003 à 2006, il a exercé en libéral dans plusieurs cabinets en Allemagne et en Angleterre. En 2006, il a été nommé médecin-chef de la Division de gérodontologie et prothèse adjointe de l'Université de Genève, où il a obtenu le master postgrade MAS Oral Biol et le titre fédéral de spécialiste en médecine dentaire reconstructive ainsi que l'autorisation d'exercer pour les cantons de Berne et de Genève. En 2014, il a pris la direction de la nouvelle chaire de gérodontologie de l'Université de Berne ; il a été naturalisé par le Canton de Berne en 2020. Début 2021, il a été nommé professeur ordinaire de médecine dentaire reconstructive et de gérodontologie. Il est également responsable de la formation, directeur de la technique dentaire et vice-directeur exécutif des ZMK de Berne.

Les soins intégrés sont l'un des grands thèmes de la médecine générale et pourtant, les médecins-dentistes ne sont pratiquement pas impliqués dans cette réflexion, que ce soit dans la planification ou dans la mise en œuvre de projets locaux. Pourquoi ?

Je sais que les organisations d'aide et de soins à domicile entretiennent des relations plus étroites avec Swiss Dental Hygienists qu'avec la SSO. Les soins à domicile sont organisés de manière décentralisée, c'est pourquoi les contacts doivent être établis soit au niveau local, soit avec l'association faitière de la branche. Mais la situation est complexe. Frauke Müller a mis sur pied des formations pour le personnel soignant à l'Université de Genève, afin que ceux-ci s'occupent mieux de la cavité buccale des résidents. J'ai cependant eu le sentiment que de nombreux participants n'accordaient eux-mêmes guère d'importance à leur propre santé bucco-dentaire, ce qui est problématique, car il se pourrait qu'ils négligent aussi cet aspect chez les personnes nécessitant des soins. Je crois qu'il peut y avoir un lien.

Les EMS ont des réactions très diverses face aux enjeux liés à la santé bucco-dentaire : certains créent une pièce dédiée aux soins d'hygiène dentaire, d'autres organisent le transport des résidents chez le praticien. Ne serait-il pas mieux d'avoir un seul modèle valable dans tout le pays ?

Ces trente dernières années, la problématique du suivi médico-dentaire des aînés a été reconnue et de nombreux praticiens se sont engagés à titre individuel pour trouver des solutions. Si la SSO, la SSGS et les autres associations concernées pouvaient émettre une recommandation commune, cela éviterait de devoir réinventer la roue à chaque fois. Cette recommandation pourrait ressembler au modèle que l'Université de Zurich a défini avec l'association Curaviva. Mais – et c'est là le naturel de l'universitaire qui refait surface – il faudrait bien entendu que ce modèle fasse aussi l'objet d'un suivi scientifique. Car si nous voulons obtenir des résultats sur le plan politique, nous devons pouvoir quantifier les effets d'une meilleure hygiène bucco-dentaire tels





Avec l'âge, bien des personnes ne se rendent plus régulièrement chez le médecin-dentiste. On ne peut que spéculer sur ce phénomène.

que la réduction des coûts de la santé, le maintien de la qualité de vie, la réduction des régimes alimentaires spéciaux, ou encore le nombre de pneumonies évitées. Un tel modèle doit cependant être approuvé par les organes de chacune des associations impliquées, et cela prend du temps.

Depuis quelque temps, vous dirigez aussi la Clinique de médecine dentaire reconstructive et de gérodonologie des ZMK de Berne. Combien d'étudiants s'intéressent à la médecine dentaire gériatrique ?

La gérodonologie fait partie intégrante des études de médecine dentaire, mais aussi du cursus postgrade conduisant à l'obtention du titre de spécialiste fédéral en médecine dentaire reconstructive. J'estime à environ 20 % la proportion des étudiants qui s'intéressent à la médecine dentaire gériatrique. Dans le cursus postgrade, la proportion est nettement plus élevée, car les études se déroulent dans une clinique de médecine dentaire reconstructive et de gérodonologie. Les

étudiants peuvent constater par eux-mêmes que nos patients sont toujours plus âgés : l'âge médian est de plus de 65 ans et il augmente chaque année, et plus de 20 % des patients recevant un implant sont déjà septuagénaires. Chaque jour, les étudiants ont donc affaire à des patients âgés. Celles et ceux qui choisissent cette spécialisation seront de plus en plus confrontés à des personnes âgées, voire très âgées, au cours de leur carrière professionnelle.

Pouvez-vous comprendre les étudiants qui vous disent que cela ne les intéresse pas ?

Je crois qu'il n'y a plus beaucoup de médecins-dentistes – sauf peut-être les orthodontistes – qui n'ont pas de nombreuses personnes âgées dans leur patientèle. C'est ce que nous expliquons dans la série de conférences interdisciplinaires mise en place par l'ensemble des cliniques et quelques gériatres. Si l'on a un minimum d'empathie et un peu de cœur – et j'ose espérer que c'est le cas de la plupart des médecins-den-

tistes en formation –, on se rend bien compte des problèmes de ces patients et la volonté de les aider vient alors d'elle-même.

L'âge moyen de la population suisse augmente sans cesse. Aura-t-on toujours assez de médecins-dentistes pour traiter les personnes âgées ?

Cela va se régler tout seul. À l'avenir, je pense que la gérodonologie ne sera plus l'apanage de quelques spécialistes et que tous les médecins-dentistes offriront des soins dentaires gériatriques, car la structure démographique des patients évolue rapidement. Mes collègues qui exercent dans un cabinet privé pourront se perfectionner grâce au système éprouvé qui existe en Suisse et ils pourront compter sur le soutien et le suivi des sociétés de discipline. Le plus important, c'est que nous leur proposons des modèles et des instruments pour traiter les patients âgés qui soient adaptés à la médecine dentaire de ville, mais qu'ils soient aussi fondés scientifiquement.

Des règles d'éthique pour les ordinateurs

L'intelligence artificielle est un précieux outil pour la médecine. Mais elle met la société face à de nouveaux défis. À l'image des médecins, la technologie a, elle aussi, besoin de règles d'éthique.

Texte : Andrea Renggli, Communication SSO ; Traduction externe

S'agissant de reconnaître un cancer de la peau sur des photos, l'intelligence artificielle (IA) fait aussi bien, voire mieux, qu'un dermatologue. Elle vérifie les données relatives à la pression sanguine et à l'EKG et en signale les anomalies. Elle enregistre les indices de stress émotionnel apparaissant dans le cadre d'entretiens avec des personnes dépressives et aide ainsi à maîtriser les épisodes aigus. Bien que l'IA soit déjà largement utilisée en médecine, beaucoup de gens s'en méfient, craignant par exemple qu'il appartienne à un ordinateur de faire la différence entre la vie et la mort. Une perspective certes effrayante, mais totalement dénuée de fondement. La méfiance qu'inspire l'IA repose presque toujours sur une idée fautive de ce qu'elle est ou non capable.

Ce qui nécessite de leur part sollicitude, empathie et humanité, autant de propriétés que ne possède pas l'IA.

Des règles d'éthique pour les humains et les machines

L'usage des systèmes d'IA que fait la médecine s'attire toutefois des critiques fondées. Tout comme les règles d'éthique s'imposant aux médecins, pour l'IA des règles concernant notamment la protection des données, la transparence et la responsabilité doivent être définies et respectées.

Premièrement, la protection des données des patients. Tout utilisateur de l'IA doit exclure la possibilité que les données qui ont été recueillies donnent lieu à discrimination. Les tierces personnes ne doivent pas avoir accès aux données des patients.

dans le domaine de la santé. L'OMS fait également aux gouvernements, aux développeurs d'IA et aux organisations et entreprises des recommandations visant à prévenir les abus de cette technologie, qu'elle crédite d'un énorme potentiel pour ce qui est d'améliorer la santé de millions de personnes, mais dont l'abus risquerait d'être cause de ravages.

Non à un monde de science-fiction

Les spécialistes divergent quant aux changements que l'IA va apporter à la médecine. S'il est peu probable que la technologie parvienne à vaincre des maladies jusqu'ici incurables, il est certain, par contre, qu'elle va déboucher sur de grandes nouveautés, dont on a l'exemple avec la médecine personnalisée et les applications télé-médicales. Si l'IA devait permettre un jour d'accomplir des tâches complexes, la société aurait à trouver réponse à des questions embarrassantes, telles que celle de l'autonomie et de la responsabilité que nous souhaitons lui donner ou celle de savoir si nous devons rendre possible tout ce qui est techniquement réalisable.

Les médecins ont conscience de cette responsabilité. On en a un exemple avec les recherches que conduit à Berne le Center for Artificial Intelligence in Medicine (CAIM). Rouven Porz, qui dirige à Berne l'éthique médicale et la formation continue des médecins de l'Hôpital de l'île, est formel : « Personne ne veut d'un monde de science-fiction dans lequel l'IA en viendrait un jour ou l'autre à dominer l'homme. » Les décisions médicales seront toujours prises par des êtres humains, à savoir, conjointement, par des médecins et leurs patientes et patients.

Cet article est le résultat d'une collaboration entre SDJ et Politik+Patient, le magazine du Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften (Vedag).

« Les spécialistes divergent quant aux changements que l'IA va apporter à la médecine. »

À la recherche de modèles dans le foisonnement des données

N'ayant ni intelligence humaine, ni intuitions, ni conscience, les algorithmes auto-apprenants – car c'est d'eux qu'il s'agit en général lorsque l'on parle de l'IA – ne sauraient remplacer un médecin. Ils excellent en revanche à repérer des modèles parmi des montagnes de données. Ce qu'ils font inlassablement, sans jamais émettre de jugement de valeur, mais en augmentant sans trêve leurs connaissances.

La médecine aime à recueillir des données. Ne pas les exploiter reviendrait à boudier un trésor gisant au fond de la mer. Charger de ce travail de routine une machine est la raison même et laisse aux médecins plus de temps pour s'occuper de leurs patients.

Deuxièmement, la structure des systèmes d'IA doit être transparente. Les expertes et experts indépendants doivent être à tout moment en mesure d'établir quels sont les critères utilisés par un algorithme.

Troisièmement, les médecins répondent de la décision humaine alors même qu'une IA aurait participé à son élaboration. Pourrait également avoir à se justifier tout fabricant dont le système présenterait de graves défauts. Cependant, les lois correspondantes n'existent pas encore.

L'OMS met en garde contre les abus

L'utilisation de l'IA dans la médecine préoccupe également l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui énumérait dans un rapport récent les défis éthiques liés aux utilisations dont l'IA fait l'objet

Des soins ophtalmologiques même en temps de crise

Au printemps, le projet ophtalmologique de la Croix-Rouge au Kirghizistan a été impacté par un conflit frontalier. Outre les malades du Covid-19, les hôpitaux ont soigné des milliers de blessés. Grâce aux partenariats et au soutien des autorités, la prise en charge des affections oculaires reste assuré.

Texte : Brigitte Müller-Schmid et Anabel Marques ; photos : CRS; Croissant-Rouge kirghize, Klym Raimova ; traduction externe

L'ancienne république soviétique du Kirghizistan fait partie des pays les plus déshérités d'Asie centrale. Son système de santé peine à répondre aux besoins. La prise en charge de la population rurale et âgée en particulier demeure insuffisante, et la cécité liée à la pauvreté est très répandue.

La Croix-Rouge suisse et le Croissant-Rouge kirghize s'engagent depuis 2016 pour le développement local de l'ophtalmologie, en étroite collaboration avec le Ministère de la santé et les hôpitaux. Il s'agit notamment de garantir des soins de qualité dans les régions reculées. En 2017, l'hôpital provincial de Batken, dans le sud-ouest du Kirghizistan, a inauguré

sa propre clinique ophtalmologique. L'équipement moderne a été fourni par la Croix-Rouge, qui a en outre formé le personnel médical aux opérations des yeux. Toujours à Batken, le premier et, à ce jour, seul opticien de la ville a ouvert ses portes avec l'aide de la Croix-Rouge suisse. Depuis, les efforts ont été étendus à tout le sud du pays. La moitié de la population kirghize bénéficie désormais d'un meilleur accès à la prévention et aux traitements. Plus généralement, la Croix-Rouge suisse conseille le Ministère de la santé kirghize dans l'élaboration du programme national en matière de santé oculaire. C'est à cette fin qu'ont été menées pour la première fois des études sur l'incidence et les causes des troubles visuels.

Un contexte difficile qui exige une grande flexibilité

Au Kirghizistan, cette année a été marquée par plusieurs crises. La pandémie de coronavirus pèse sur le système de santé – et le domaine de l'ophtalmologie n'est pas épargné. Après une première phase difficile au printemps 2020, la situation s'est de nouveau détériorée à la mi-avril 2021 pour atteindre son paroxysme au mois de juillet. La campagne vaccinale nationale a sollicité du renfort en personnel médical alors que le système hospitalier était déjà accaparé par les très nombreux malades. Les interventions non urgentes ont dû être repoussées, les seniors parmi les médecins exemptés pour leur propre sécurité et les ophtalmologues affectés à la lutte contre les infections.

Face à ces défis, le personnel de santé et les bénévoles du Croissant-Rouge font preuve d'une impressionnante force et flexibilité, ce qui leur permet de poursuivre leur travail partout où c'est pos-

sible, en respectant les mesures sanitaires en vigueur. Aux côtés de spécialistes de différentes disciplines, ils sont notamment allés informer le public sur la santé oculaire, le don de sang et la protection contre le coronavirus, à l'occasion d'un événement unique. Malgré la pandémie, ils ont ainsi réussi à aborder les habitants, comme Kairinsa Berdikulova de Sulukta, une ville minière dans le sud-ouest du pays. Lors d'une manifestation en juin 2020, les bénévoles du Croissant-Rouge lui ont expliqué les soins oculaires et les traitements existants. Ils l'ont ensuite invitée à passer un test, la sexagénaire ayant évoqué des problèmes visuels. Très rapidement, un ophtalmologue a diagnostiqué une cataracte bilatérale et recommandé une opération. Comme l'hôpital de proximité était fermé pour cause de quarantaine, le Croissant-Rouge a organisé le transfert de la patiente au prochain établissement. Grâce à l'intervention chirurgicale subie, Kairinsa Berdikulova a finalement recouvré la vue.

Une mobilisation massive en raison d'un conflit frontalier

En avril dernier, le projet ophtalmologique a également été impacté par le conflit entre le Kirghizistan et le Tadjikistan dans la zone frontalière de la région de Batken, qui a fait beaucoup de blessés et de sans-abri. Le Croissant-Rouge kirghize et ses partenaires ont fourni une énorme contribution en réunissant plus de 200 collaborateurs et quelque 800 bénévoles pour aider les victimes. Ensemble, ils ont monté des tentes pour remplacer les maisons brûlées et assuré l'approvisionnement en nourriture et en eau. L'hôpital de Batken saturé, les autres établissements dans le sud du pays étaient tous occupés à accueillir les blessés. Face à cette mobili-

Redonner la vue

Voici comment vous pouvez offrir un traitement à des personnes atteintes d'une affection oculaire : informez vos patients de la possibilité de faire un don à la Croix-Rouge suisse (CRS).

Si le patient donne son accord, placez l'or dentaire extrait (sec) dans une enveloppe prévue à cet effet et envoyez celle-ci à la CRS, franco de port. Merci d'écrire l'expéditeur au stylo à bille ; un tampon s'estompe et est donc inapproprié. Les enveloppes où figure l'expéditeur sont enregistrées par la CRS, qui pourra alors remercier les personnes concernées.

Tous les médecins-dentistes qui donnent de l'or dentaire reçoivent un certificat annuel qu'ils peuvent mettre en évidence dans leur cabinet.

Pour en savoir plus :

www.redcross.ch/ordentaire



Le Croissant-Rouge a organisé le transfert de la patiente au prochain établissement, dans le respect des mesures de protection contre le coronavirus.



Des équipes mobiles mesurent la température du corps.

sation massive de personnel et de bénévoles, il a fallu revoir les priorités et différer les interventions électives devant la nécessité de sauver des vies. Le travail de sensibilisation des dispensaires mobiles a en outre dû être remis à plus tard pour des raisons de sécurité.

L'action a repris dès que la situation l'a permis. Au premier semestre 2021,

1051 patients en tout ont été opérés dans les cliniques ophtalmologiques, soit presque deux fois plus que pendant la même période l'an passé. Dans 716 cas, il s'agissait d'une opération de la cataracte. Des ophtalmologues se sont déplacés dans des régions reculées, accompagnés de bénévoles du Croissant-Rouge, afin d'informer sur la santé

oculaire et d'examiner la population. Cette campagne a permis d'atteindre 24 000 enfants et adultes au cours des six premiers mois de l'année. Par ailleurs, comme l'opticien de Batken jouit d'une bonne fréquentation, l'excédent de recettes est utilisé pour offrir des lunettes aux enfants de familles particulièrement défavorisées.

Engagé pour les programmes ophtalmologiques de la Croix-Rouge

La Croix-Rouge suisse (CRS) collecte depuis de nombreuses années de l'or dentaire en partenariat avec des médecins-dentistes. Les recettes permettent de financer des programmes ophtalmologiques. Médecin-dentiste de la SSO, Patrik Albert fait partie du groupe de travail « Vieil or pour redonner la vue ». Comme tous les membres du groupe, il s'engage en Suisse pour

faciliter l'accès des personnes malvoyantes ou aveugles aux soins ophtalmologiques dans des pays comme le Kirghizistan. Depuis plus de dix ans, il remet à la CRS les couronnes en or qu'il extrait dans son cabinet et dont ses patients ont fait don. Une manière simple de faire le bien qu'il apprécie.

Qu'est-ce qui vous a incité à vous engager pour la collecte « Vieil or pour redonner la vue » ?

Je ne connais aucun projet semblable qui demande si peu d'efforts pour un tel résultat.

Comment attirez-vous l'attention de vos patients sur la possibilité de faire un don ?

Lorsque je dois extraire de l'or dentaire (plombage, implant ou autre), j'explique au patient qu'on peut aider des personnes déficientes visuelles avec ces résidus. De plus, il y a, dans la salle d'attente de notre cabinet, des dépliants sur l'action de la CRS.

Comment vos patients réagissent-ils ?

En toutes ces années d'engagement dans le groupe de travail « Vieil or pour redonner la vue », je n'ai pas eu un seul patient qui ait refusé le don. Tous sont contents de pouvoir faire une bonne action avec les résidus d'or extrait.



Patrik Albert, médecin-dentiste DF de la SSO et membre du groupe de travail « Vieil or pour redonner la vue »

La science en bref

Matériaux privilégiés par les médecins-dentistes allemands pour les bridges

Rauch A, Schrock A, Schierz O, Hahnel S: **Material preferences for tooth-supported 3-unit fixed dental prostheses: A survey of German dentists.** J Prosthet Dent 2021; 50022-3913 (21): 00135-00139.

Un traitement restaurateur de la fonctionnalité et de l'esthétique permet de remédier à la perte d'une dent. La plupart des dents peuvent être remplacées individuellement par une prothèse fixe à trois éléments (bridge) ou par une couronne sur implant. L'avantage des solutions implantaires est que les dents adjacentes ne doivent pas être préparées et que cela permet de réduire la résorption de l'os alvéolaire. Des considérations financières ou la volonté d'éviter une intervention chirurgicale peuvent toutefois conduire le patient à opter pour une prothèse dentaire fixe (fixed dental prosthesis, FDP), dont la fabrication est plus rapide et moins coûteuse. Les patients qualifient les résultats à long terme de positifs, et ce pour les deux variantes.

Plusieurs types de matériaux peuvent être utilisés pour les FDP, mais on ne dispose pas de données validées concernant les matériaux privilégiés par les médecins-dentistes allemands pour les bridges à trois éléments, et l'on ne sait pas si les préférences dépendent des médecins-dentistes eux-mêmes ou du cabinet. Le but de cette enquête était de déterminer

les préférences des médecins-dentistes allemands concernant les matériaux utilisés pour la fabrication de bridges à trois éléments, et ce en fonction de l'emplacement des piliers et des caractéristiques propres des médecins-dentistes et des cabinets. L'enquête comportait des questions sur les caractéristiques démographiques des participants (sexe, spécialité, groupe d'âge, durée écoulée depuis la fin des études, faculté de médecine dentaire fréquentée, nombre d'habitants de la localité et numéro postal du cabinet) et sur leurs préférences concernant les matériaux utilisés pour la fabrication des bridges à trois éléments. Trois scénarios cliniques ont été présentés (bridge antérieur du maxillaire, bridge postérieur du maxillaire, bridge postérieur de la mandibule) et les participants pouvaient sélectionner l'une des options proposées ou répondre librement. Pour comparer les associations de caractéristiques, le nombre d'habitants a été choisi pour représenter les caractéristiques du cabinet dentaire, tandis que le sexe et la durée écoulée depuis la fin des études ont été choisis pour représenter les caractéristiques des médecins-dentistes. Les comparaisons intergroupes ont été effectuées à l'aide de tests du chi carré ($\alpha = 0,05$). Les questionnaires de 721 médecins-dentistes provenant de toute l'Allemagne ont été reçus et les données de 688 participants ont pu être utilisées aux fins d'analyse. La céramique est le matériau privilégié pour la fabrication de bridges à trois éléments, et ce indépendamment de l'emplacement des piliers. Parmi les céra-

miques, l'oxyde de zirconium stratifié est l'option préférée, la céramique métallique venant en deuxième place. Les participants ayant terminé leurs études il y a quinze ans ont pu être associés à une préférence pour la céramique par rapport à la céramique métallique, pour les dents antérieures ($P < 0,001$).

Conclusions

La plupart des médecins-dentistes ont choisi des matériaux de restauration appropriés pour les différentes situations cliniques présentées dans le questionnaire. Pour les bridges à trois éléments destinés aux dents antérieures, il existe une relation entre le temps écoulé depuis la fin des études et le matériau de restauration privilégié. Quelques médecins-dentistes ont indiqué une préférence pour une céramique en disilicate de lithium pour des situations en dehors du spectre d'indications recommandé.

Remarque

Seuls quelques matériaux céramiques sont autorisés pour la fabrication de bridges en plusieurs éléments. Les médecins-dentistes sont invités à tenir compte de l'état clinique du patient et à respecter les recommandations d'utilisation du fabricant ainsi que les directives officielles concernant les exigences de base pour la réussite des interventions cliniques

Alessandro Devigus, D^r méd. dent.

Cet article est déjà paru en allemand dans la revue Quintessenz 72 (5): 612-613 (2021).

Bain de bouche pour désactiver les coronavirus

Koch-Heier J, Hoffmann H, Schindler M, Lussi A, Planz O: **Inactivation of SARS-CoV-2 through treatment with the mouth rinsing solutions ViruProX and BacterX Pro.** *Microorganisms* 2021; 9 (3): 521.

Le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) est l'agent pathogène qui provoque le COVID-19. Cette maladie, avec plus de 111 millions de cas confirmés et plus de 3 millions de morts à travers le monde (état en avril 2021), a été qualifiée de pandémie et représente une menace considérable pour la santé dans le monde entier (tableau de bord de l'Organisation mondiale de la santé, OMS, à l'adresse <https://Covid19.who.int>; consulté le 28 avril 2021). À cause de la forte charge virale présente dans la cavité buccale, les personnes infectées peuvent transmettre le SRAS-CoV-2 tout simplement en respirant, en parlant, en toussant ou en éternuant. Le défi était donc de taille pour la mise en place de procédures de contrôle de l'infection dans les cabinets dentaires. En raison de la proximité physique avec les patients et de la formation d'aérosols durant les traitements, les médecins-dentistes et leur personnel sont exposés à un risque d'infection très élevé et peuvent à leur tour transmettre la maladie. Des mesures spéciales de contrôle des infections ont donc été introduites dans les cabinets dentaires, comme l'utilisation d'équipements de protection indivi-

duelle, ou des bains de bouche avant traitement visant à réduire la charge virale intraorale.

Un bain de bouche à la chlorhexidine (CHX), au chlorure de cétalpyridinium (CPC) ou à l'eau oxygénée (H_2O_2) d'une durée de 30 à 60 secondes effectué avant une intervention permet de réduire la charge virale et de protéger le personnel du cabinet dentaire. Cette étude a examiné l'effet virucide in vitro des bains de bouche ViruProX (0,05 % CPC et 1,5 % H_2O_2) et BacterX pro (0,1 % CHX, 0,05 % CPC et 0,005 % NaF [fluorure de sodium]). Les bains de bouche désactivent efficacement les particules infectieuses de SRAS-CoV-2, l'agent pathogène du COVID-19, en 30 secondes. Pour déterminer les composants qui agissent efficacement contre le SRAS-CoV-2, les auteurs de l'étude ont également testé la CHX, le CPC et l' H_2O_2 seuls ainsi qu'une combinaison de CHX et CPC. Si la combinaison de CHX et CPC, de même que le CPC seul entraînent une réduction significative des particules infectieuses, l' H_2O_2 et la CHX seules n'ont eu aucun effet virucide contre le SRAS-CoV-2.

Conclusions

On peut partir de l'idée qu'un bain de bouche avant traitement de type ViruProX ou BacterX pro réduit la charge virale à l'intérieur de la cavité buccale et permettrait donc de réduire le risque de transmission du SRAS-CoV-2 dans le cabinet dentaire. Des études cliniques sur l'efficacité virucide de ces deux solutions devraient toutefois encore être menées

afin de consolider les résultats de la présente étude. Il conviendrait notamment de déterminer la durée de la réduction de la charge virale dans la cavité buccale, afin de s'assurer qu'elle est au moins aussi longue que la durée d'un traitement dentaire ordinaire. Sur la base des résultats obtenus, il serait judicieux de mettre à jour les directives qui recommandent un bain de bouche avant traitement avec des solutions à base d' H_2O_2 ou de CHX.

Alessandro Devigus, D^r méd. dent.

Cet article est déjà paru en allemand dans la revue *Quintessenz* 72 (2): 612 (2021).

IMPRESSUM

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen /
Pour les indications dans les bibliographies:
SWISS DENTAL JOURNAL SSO
Innerhalb der Zeitschrift / Dans la revue: **SDJ**

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

SWISS DENTAL JOURNAL SSO, Postfach,
3000 Bern 8
Für Express- und Paketpost:
Postgasse 19, 3011 Bern
Telefon 031 310 20 88
Telefax 031 310 20 82
E-Mail-Adresse: info@sso.ch
Website: www.swissdentaljournal.org

Chefredaktor / Rédacteur en chef

Prof. Dr. Matthias Zehnder, Klinik für Zahnerhaltung
und Präventivzahnmedizin, Zentrum für Zahnmedizin,
Plattenstrasse 11, 8032 Zürich

Editorial office «Research and Science»

Editor in charge: Prof. Dr. Matthias Zehnder, Zürich

Editors:

Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel; Prof. Dr. Susanne
Scherrer, Genève; Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern

**Redaktion «Praxis und Fortbildung» / Rédaction
«Pratique quotidienne et formation continue»**

Verantwortlicher Redaktor / Rédacteur responsable:
Dr. Alessandro Devigus, Bülach

Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Susanne Scherrer, Genève; Prof. Dr. Adrian
Lussi und Dr. Markus Schaffner, Bern («Thema des
Monats» / «La présentation du mois»); PD Dr. Dr.
Heinz-Theo Lübbers, Winterthur («Materialien und
Medikamente» / «Matériaux et médicaments»)

Übersetzer / Traducteur:

Jacques Rossier, Seftigen

Redaktion «Zahnmedizin aktuell» /**Rédaction «L'actualité en médecine dentaire»**

Verantwortliche Redaktorin / Rédacteur responsable:
Andrea Renggli, Bern

Übersetzer / Traducteurs:

Michel Jacot-Descombes, Orvin (chef du service de
traduction de la SSO); Patrick Burkhard, Cormon-
drèche; Jan Mahner, Berne; Frédérique Scherrer,
Soleure

Autorenrichtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren von Beiträgen für die
Rubriken «Forschung und Wissenschaft», «Thema
des Monats», «Materialien und Medikamente»
sowie «Praxis und Fortbildung» finden Sie auf der
SDJ-Website: www.swissdentaljournal.org
Vous trouverez les instructions pour les auteurs
des rubriques «recherche et science», «La
présentation du mois» «Matériaux et médi-
caments» et «Pratique quotidienne et for-
mation continue» sur la page d'accueil du
SDJ: www.swissdentaljournal.org

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Präsident / Président: Dr. med. dent. Jean-Philippe
Haesler, Estavayer-le-Lac
Generalsekretär / Secrétaire général:
Simon F. Gassmann, lic. iur. Rechtsanwalt LL.M.,
Münzgraben 2, 3001 Bern
Telefon 031 313 31 31
Telefax 031 313 31 40

Inseratenverwaltung /**Service de la publicité et des annonces**

FACHMEDIEN – Zürichsee Werbe AG, SWISS DENTAL
JOURNAL SSO, Laubisrütistrasse 44, CH-8712 Stäfa
Telefon 044 928 56 11
Telefax 044 928 56 00

E-Mail: zahnmedizin@fachmedien.ch

Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.
Insertionstarife / Probenummern: können bei
der Inseratenverwaltung angefordert werden.
Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois
précédant la parution.
Tarifs des annonces / Exemplaires de la revue:
sur demande au Service de la publicité et des
annonces.

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den
Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben
ab. Äusserungen unserer Gesprächspartner
geben deren eigene Auffassungen wieder. Das
SDJ macht sich Äusserungen seiner Gesprächs-
partner in Interviews und Artikeln nicht zu eigen.
L'éditeur décline toute responsabilité quant aux
informations dans les annonces publicitaires. Les
déclarations exprimées par nos interlocuteurs
reflètent leurs propres opinions. Le SDJ n'assume
pas les affirmations de ses interlocuteurs dans
les entretiens et les articles publiés.

Gesamtherstellung / Production

Stämpfli AG, Kommunikationsunternehmen,
Wölflistrasse 1, Postfach, 3001 Bern, staempfli.com

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli AG, Kommunikationsunternehmen,
Wölflistrasse 1, Postfach, 3001 Bern,
Telefon 031 300 62 55, staempfli.com

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse:
pro Jahr (11 Ausgaben) /
par année (11 numéros) CHF 284.80*
Studentenabonnement /
Abonnement pour étudiants CHF 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé CHF 35.85*
* inkl. 2,4% MwSt. / inclus TVA 2,4%

Europa / Europe:

pro Jahr (11 Ausgaben) /
par année (11 numéros) CHF 298.–
Einzelnummer / Numéro isolé CHF 35.–
+ Versand und Porti

Ausserhalb Europas / Outre-mer:

pro Jahr (11 Ausgaben) /
par année (11 numéros) CHF 319.–

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildun-
gen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur
mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung
der Redaktion und des Verfassers gestattet.
Toute reproduction intégrale ou partielle
d'articles et d'illustrations est interdite sans
le consentement écrit de la rédaction et de
l'auteur.



«Gütesiegel der Fach- und
Spezialpresse»
ausgezeichnet vom Verband
Schweizer Medien
Gewinner des Q-Awards 2017

2021 – 131. Jahrgang / 131^e année –
Druckauflage / Tirage: 5650 ex.
WEMF/SW-Beglaubigung 2018
Total verbreitete Auflage / Tirage distribué: 4641 ex.
Total verkaufte Auflage / Tirage vendu: 4641 ex.

ISSN 2296-6498