

DOCUMENT DE SYNTHÈSE

L'interprofessionnalité dans la prise en charge parodontale au cabinet dentaire en Suisse

Date : 9 juin 2023, version 1.0

Société suisse de parodontologie (SSP)

Résumé

L'interprofessionnalité pratiquée par l'équipe du cabinet dentaire est un gage d'efficacité dans la mise en œuvre du traitement parodontal. Le présent document donne une vue d'ensemble de la manière dont les différentes professions dentaires intervenant dans un cabinet dentaire en Suisse s'organisent pour coordonner les activités individuelles et interprofessionnelles de prophylaxie, de traitement et de maintien parodontal à long terme.

Alors que le médecin-dentiste peut, après avoir posé le diagnostic et tout en conservant la responsabilité du cas, déléguer à d'autres membres de l'équipe du cabinet dentaire la prophylaxie parodontale, le traitement parodontal non chirurgical et le suivi (recall), l'équipe du cabinet doit connaître les compétences de chacune des professions en médecine dentaire et, en cas d'instabilité parodontale, orienter le patient vers le traitement indiqué. C'est dans cette perspective que le présent document décrit le rôle du médecin-dentiste, de l'hygiéniste dentaire dipl. ES et de l'assistante en prophylaxie SSO dans la prise en charge parodontale et passe en revue les options de transfert des patients au professionnel le plus approprié.

Par souci de lisibilité, nous renonçons à une écriture inclusive indiquant systématiquement les genres masculin, féminin et divers. Les désignations de personnes valent indifféremment pour tous les sexes.

Mode de citation :

Document de synthèse : L'interprofessionnalité dans la prise en charge parodontale au cabinet dentaire en Suisse, Société suisse de Parodontologie (SSP), date : 9 juin 2023, version 1.0, 1–13

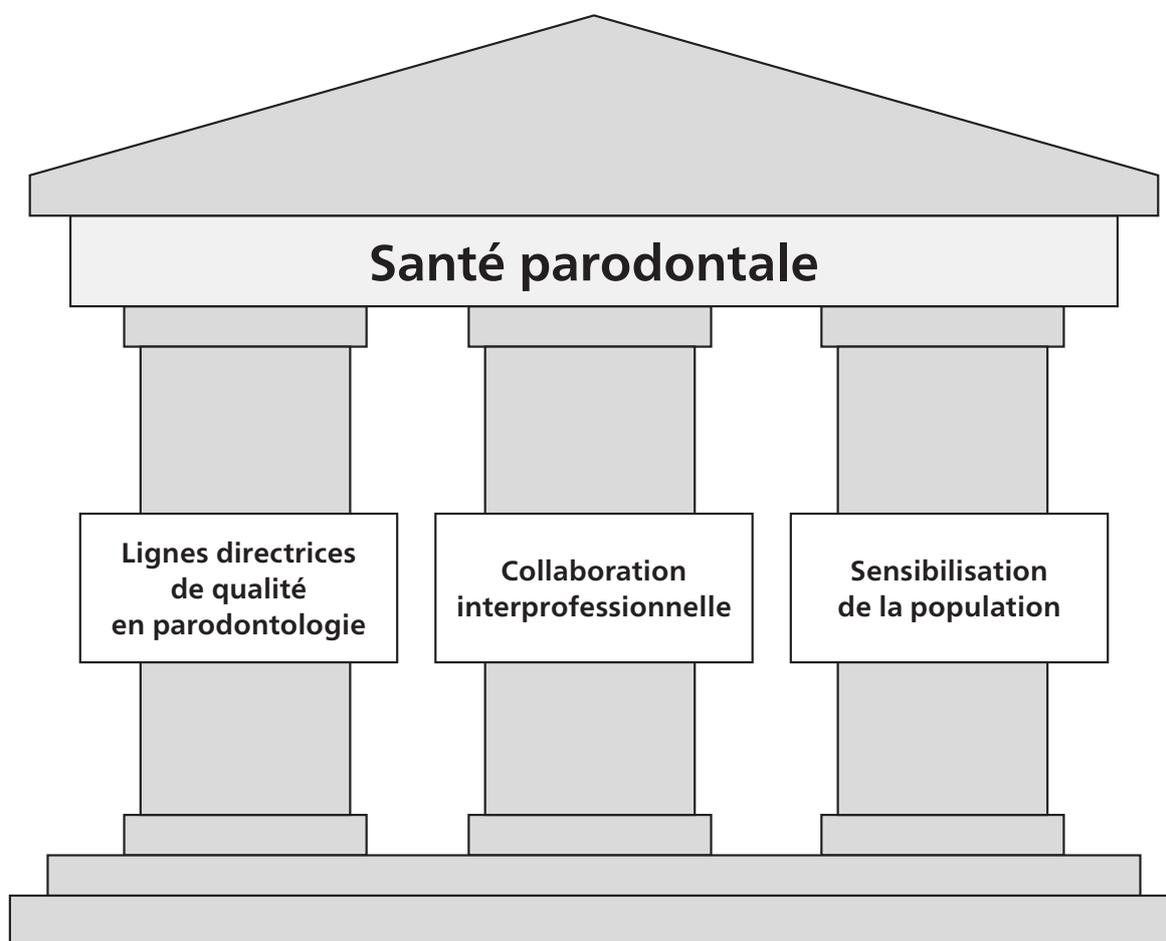
Introduction

Les formations initiales et continues des professions dentaires coexistant dans un cabinet dentaire en Suisse sont toutes réglementées individuellement. En revanche, il n'existe pas de présentation ni d'examen de la dimension interprofessionnelle, autrement dit de la façon dont la collaboration entre ces professions s'effectue au sein de l'équipe du cabinet dentaire. Le présent document donne une vue d'ensemble de la manière dont les activités individuelles et interprofessionnelles s'articulent dans le cas de la prise en charge parodontale, compte tenu des réglementations en vigueur.

Sur le plan de la santé publique en Suisse, la santé parodontale repose sur 1) les mesures de prise en charge parodontale au cabinet dentaire, basées sur les lignes directrices de qualité propres au domaine de spécialité, 2) l'interprofessionnalité au sein de l'équipe du cabinet dentaire et 3) la sensibilisation de la population incitée à se faire examiner régulièrement au cabinet dentaire et à suivre les recommandations émises.

Les *lignes directrices de qualité* en parodontologie de la Société suisse des médecins-dentistes SSO et leurs critères

d'évaluation recouvrent les mesures diagnostiques et thérapeutiques visant à prévenir et à traiter les maladies du parodonte et des tissus péri-implantaires, ainsi que les soins à long terme destinés à stabiliser le parodonte et à prévenir la perte de dents. (MOMBELLI et al. 2014). Toutes les professions dentaires de l'équipe du cabinet dentaire interviennent dans la mise en œuvre *d'un suivi parodontal interprofessionnel*. Après un examen parodontal de base (EPB) entrepris par le médecin-dentiste ou par l'hygiéniste dentaire dipl. ES (HD), ce sera le professionnel le plus approprié pour la prise en charge parodontale qui prendra le relai. Une fois le traitement parodontal effectué, le patient pourra être transféré au membre de l'équipe du cabinet dentaire qui assurera le suivi à long terme. La *sensibilisation de la population* met l'accent sur la prise de conscience de ce que sont de la parodontite et la péri-implantite et de leurs conséquences pour la santé en général. En outre, la presse quotidienne et les médias sociaux informent régulièrement sur les modalités de la collaboration entre professions au sein de l'équipe du cabinet, et sur le rôle assumé par chacun de ses membres dans le cadre de la prise en charge parodontale.



Les soins parodontaux

La prise en charge des patients atteints de parodontite

Le dépistage réalisé lors de l'examen parodontal de base (EPB) permet de constater cliniquement la présence d'une parodontite justifiant l'établissement d'un status parodontal complet. L'EPB est effectué par le médecin-dentiste ou par l'hygiéniste dentaire dipl. ES (HD) compétents pour mesurer les profondeurs de sondage (PD) excédant 4 mm et pour documenter les profondeurs de sondage de grade 3 (PD 4–5 mm) ou 4 (PD > 6 mm).

L'enregistrement complet du status parodontal par le médecin-dentiste ou l'HD, avec la mesure et la documentation de toutes les profondeurs de sondage parodontales, des récessions et des furcations, ainsi que l'examen radiologique de l'os alvéolaire dans les zones atteintes, permet de poser un diagnostic, de planifier le traitement et d'évaluer le coût du traitement jusqu'à la réévaluation parodontale. Le but du traitement parodontal et du suivi ultérieur (recall) est de stabiliser, puis de maintenir l'état du parodonte. Cela présuppose une excellente hygiène bucco-dentaire, avec aussi peu de poches parodontales résiduelles excédant 4 mm que possible et un degré minimal d'inflammation parodontale.

La stabilité parodontale est réévaluée à chaque rendez-vous de maintien. Le bilan minimal pour évaluer la stabilité parodontale comprend la mesure par le médecin-dentiste ou l'HD des poches résiduelles et la détermination du degré d'inflammation. Les intervalles de recall se situent entre trois mois maximum lorsque le degré d'inflammation est élevé et six mois minimum en présence d'un nombre minimal de poches résiduelles et lorsque les facteurs de risque parodontal ont pu être réduits au minimum. Les patients atteints de parodontite font donc l'objet d'un contrôle au moins deux fois par an et le traitement se poursuit en fonction de l'indication posée.

Les patients d'un cabinet dentaire généraliste peuvent être adressés à un spécialiste en parodontologie qui prendra le relai du traitement parodontal, et ce dès l'EPB (dans les cas graves), à la suite du bilan parodontal, après le début du traitement actif ou en phase de maintien. Une fois la thérapie parodontale effectuée, le praticien généraliste, d'entente avec le spécialiste, reprend la suite de la prise en charge.

La prise en charge des patients en bonne santé parodontale et des patients atteints de gingivite

Les patients en bonne santé parodontale ainsi que les patients atteints de gingivite chez lesquels le dépistage a mis en évidence des profondeurs de sondage jusqu'à 3 mm et un grade 0, 1 ou 2 EPB continuent d'être suivis à l'occasion des rendez-vous de prophylaxie parodontale périodiques. La prophylaxie parodontale consiste à réduire au minimum la gingivite grâce au maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire. Au cours de séances de prophylaxie régulières avec un nettoyage professionnel des dents, le patient se fait motiver et enseigner une hygiène bucco-dentaire optimale. En outre, le médecin-dentiste ou l'HD contrôle chaque année si le parodonte est toujours en bonne santé. Sachant que même les patients suivis de longue date en prophylaxie peuvent développer une parodontite (KASSEBAUM et al. 2014), l'évaluation parodontale régulière dans le cadre de la prophylaxie, et donc la collaboration interprofessionnelle, par exemple entre l'assistante en prophylaxie SSO (AP) et le médecin-dentiste ou l'HD, revêtent une importance particulière.

La collaboration interprofessionnelle

La mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle dans les soins parodontaux implique la connaissance des compétences de tous les professionnels de la santé bucco-dentaire. L'orientation des patients vers le professionnel le plus compétent au sein de l'équipe du cabinet dentaire permet à la fois de réduire les temps de traitement et d'éviter les erreurs de traitement.

Le tableau ci-dessous indique les professions dentaires et leurs compétences respectives en matière de soins parodontaux. Les cellules de couleur plus foncée signalent une pondération plus importante de ces compétences. Dans un cabinet dentaire sans assistante en prophylaxie SSO (AP), c'est l'hygiéniste dentaire dipl. ES (HD) qui prend le relai. En l'absence d'HD, mais en présence d'une AP, c'est le médecin-dentiste qui assume les compétences de l'HD.

La collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe du cabinet dentaire permet d'orienter à l'interne le patient vers le professionnel le plus approprié. Alors que le médecin-dentiste conserve la responsabilité du cas, c'est-à-dire la responsabilité juridique du diagnostic posé et de la prise en charge parodontale indiquée, l'HD et l'AP auxquels le patient a été transféré effectuent dans le cadre de la prise en charge toutes les tâches pour lesquelles elles ont reçu une formation continue ou complémentaire spécifique.

Ces tâches seront présentées et examinées ci-après sous l'angle de l'interprofessionnalité dans les soins parodontaux.

	Dépistage	Diagnostic	Prophylaxie	Thérapie	Soins postopératoires
MD	Dépistage avec EBP et, le cas échéant, orientation vers un MDS	Bilan parodontal	Prophylaxie (traitement de la gingivite)	Traitement de la parodontite avec réévaluation et, le cas échéant, orientation vers un MDS	Soins postopératoires
HD	Dépistage avec EBP et, le cas échéant, orientation vers un MDS	Bilan parodontal	Prophylaxie (traitement de la gingivite)	Thérapie parodontale avec réévaluation et, le cas échéant, orientation vers un MDS	Soins postopératoires
AP	Pas de dépistage	Résultat du bilan parodontal (IHB et GI) chez les patients ayant subi un examen parodontal préalable (c.-à-d. après dépistage et contrôle annuel par le MD ou l'HD) En cas de constatation d'une profondeur de sondage augmentée ou de détection de modifications pathologiques autour d'implants dentaire, en référer au MD ou HD pour le diagnostic.	Prophylaxie (traitement de la gingivite)	Pas de traitement de la parodontite	Soins postopératoires En cas de constatation d'une profondeur de sondage augmentée ou de détection de modifications pathologiques péri-implantaires, orienter le patient vers le MD ou HD pour le diagnostic.
MDS	Dépistage avec EBP	Bilan parodontal		Traitement parodontal et réévaluation	Suivi ou renvoi au MD ou HD

MD : médecin-dentiste, HD : hygiéniste dentaire dipl. ES, AP : assistante en prophylaxie SSO, MDS : médecin-dentiste spécialiste en parodontologie, EPB : examen parodontal de base, IHB : indice d'hygiène bucco-dentaire, GI : indice gingival

Le rôle du médecin-dentiste dans le domaine de la prophylaxie et du traitement en parodontologie

La formation du médecin-dentiste formé en Suisse comporte cinq années d'études de médecine dentaire dans une haute école suisse, avec un cycle d'études de Bachelor de trois ans (6 semestres, 180 crédits ECTS) et un cycle d'études de Master de deux ans (4 semestres, 120 crédits ECTS). Au terme des études universitaires, les universités de Bâle, Berne, Genève et Zurich délivrent le titre académique de « Master of Dental Medicine », qui autorise son titulaire à se présenter à l'examen fédéral de médecine dentaire. (FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BÂLE 2023, FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BERNE 2023, FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE 2023, FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE ZURICH 2023). Après la réussite de cet examen, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) décerne le titre supplémentaire de « médecin-dentiste diplômé fédéral », conformément à la loi suisse sur les professions médicales (LPMéd). (OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP) 2023).

La formation universitaire en parodontologie se base sur les connaissances acquises au préalable dans les disciplines médicales de base au cours des études de Bachelor et comprend les aspects théoriques et cliniques enseignés et approfondis au cours des deux années de Master dans des cours théoriques et un apprentissage en milieu clinique avec soins prodigués au patient. Les médecins-dentistes acquièrent en parodontologie les compétences diagnostiques complètes nécessaires à l'évaluation critique des cas et à la planification du traitement, ainsi que dans tous les traitements cliniques indiqués pour la prophylaxie, le traitement parodontal initial et le suivi parodontal à long terme (recall). Après leurs études universitaires, les médecins-dentistes ont la possibilité de suivre une formation postgrade de trois ans dans l'une des quatre cliniques universitaires de médecine dentaire de Suisse pour devenir spécialistes en parodontologie. Cette formation, également reconnue au niveau fédéral, comprend le diagnostic et la planification du traitement en présence de maladies parodontales graves, ainsi que leur prise en charge pour tous les aspects relevant de la parodontologie et de l'implantologie orale.

Les médecins-dentistes sont soumis à l'obligation de formation continue annuelle de 80 heures par an et assistent donc régulièrement à des manifestations de formation continue en parodontologie, comme le congrès annuel de la Société suisse de parodontologie (SSP), le congrès annuel de la Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) ou d'autres formations continues.

Au sein de l'équipe du cabinet dentaire, le médecin-dentiste assume la responsabilité des cas pris en charge, et la conserve même s'il confie le patient à l'hygiéniste dentaire dipl. ES (HD) ou à l'assistante en prophylaxie SSO (AP) du cabinet dentaire. Dans l'idéal, le médecin-dentiste établit, en collaboration avec son équipe, un modèle d'organisation du cabinet servant de référence pour régler la collaboration interprofessionnelle dans tous les traitements parodontaux ; tout en conservant la responsabilité des cas, le médecin-dentiste optimise ainsi la délégation de la prise en charge au sein du cabinet.

Le rôle de l'hygiéniste dentaire dipl. ES dans la prophylaxie et la thérapie parodontales

L'hygiéniste dentaire dipl. ES (HD) acquiert sa formation en trois ans (5400 heures de formation). La formation est dispensée par une école supérieure (ES) et présuppose un apprentissage professionnel ou une maturité gymnasiale. Le titre professionnel protégé est « HD dipl. ES » (ODASANTÉ – ORGANISATION FAÏTIÈRE NATIONALE DU MONDE DU TRAVAIL EN SANTÉ ET ASSOCIATION DES CENTRES DE FORMATION SANTÉ SUISSE (ACFS) 2021).

Le plan d'études cadre en hygiène dentaire englobe un vaste champ de compétences. Il comprend une bonne partie des aspects dentaires, parodontaux, stomatologiques, masticatoires et prothétiques d'une prise en charge médico-dentaire. Le présent document porte plus spécifiquement sur les aspects parodontaux du travail de l'HD. Dans la section qui suit, il s'agira donc de présenter le plan d'études cadre en hygiène dentaire en vigueur sous l'angle des soins parodontaux interprofessionnels dispensés au cabinet dentaire et de préciser les compétences mentionnées.

L'HD dépiste les modifications pathologiques au niveau des dents, du parodonte, des structures péri-implantaires et de la muqueuse bucco-dentaire. Elle en déduit les mesures prophylactiques et thérapeutiques de son ressort. Elle informe ses patients sur les causes, les conséquences et les possibilités de traitement des affections constatées. L'HD possède les connaissances médicales qui lui permettent d'identifier les manifestations orales des maladies systémiques et connaît les répercussions de la parodontite sur l'état de santé général. Pour les examens qui ne relèvent pas de son domaine de compétence, elle en réfère au médecin-dentiste ou à un médecin.

L'HD conseille et traite des personnes en bonne santé ou nécessitant des soins, quel que soit leur âge et le milieu socioculturel dont elles sont issues. L'HD est qualifiée pour établir avec ses patients une relation thérapeutique à long terme de nature à les motiver, à les encourager à collaborer au traitement et à changer leurs comportements. Dans

son domaine professionnel, elle peut en outre assumer des responsabilités de direction et d'instruction dans le cadre de l'organisation des soins au cabinet et déléguer et évaluer des tâches d'organisation, d'hygiène dentaire ou de prophylaxie.

Comme le stipule le plan d'études cadre, l'HD assure sous sa propre autorité les fonctions abordées et décrites ci-après.

Prévention

L'HD fait le point sur les besoins de ses patients relatifs au maintien de la santé bucco-dentaire et sur leur capacité à assumer une coresponsabilité dans leur prise en charge. L'HD élabore sous sa propre autorité un modèle de prévention et l'applique dans le cadre de programmes d'éducation et d'encouragement s'adressant aux patients du cabinet dentaire, à leurs familles et à différents groupes cibles de la population.

Anamnèse et bilan de santé

L'HD effectue, sous sa propre responsabilité et dans le cadre de ses compétences, les anamnèses structurées adaptées aux patients présentant ou non des risques médicaux ou dentaires. Ces anamnèses comprennent l'anamnèse sociale, l'anamnèse de médecine générale et l'anamnèse dentaire ainsi que, pour connaître les comportements du patient, les anamnèses relatives à l'hygiène bucco-dentaire pratiquée à domicile et – spécifiquement en vue du maintien parodontal – sa motivation à changer son alimentation ou, le cas échéant, à cesser de fumer.

Le bilan bucco-dentaire amène l'HD à identifier et à caractériser les modifications pathologiques au niveau des tissus dentaires durs (p. ex. caries ou érosions), des structures de soutien de la dent (p. ex. gingivite ou parodontite), des tissus péri-implantaires (p. ex. mucosite péri-implantaire ou péri-implantite) et de la muqueuse buccale (p. ex. leucoplasie).

Dans le cadre de l'évaluation clinique de la santé parodontale, l'HD procède sous sa propre responsabilité à l'examen parodontal de base (EPB), autrement dit au dépistage parodontal. En fonction de son évaluation, l'HD aborde ensuite sous sa propre autorité les étapes ultérieures relevant du bilan parodontal, à savoir l'évaluation gingivale ou l'évaluation de la muqueuse péri-implantaire, et le status parodontal requis le cas échéant pour les dents et les implants, avec le relevé complet et méthodique des profondeurs de sondage, des récessions gingivales et du niveau d'attache clinique en plusieurs sites par dent ainsi que la détermination de la mobilité dentaire (MILLER 1950), et l'enregistrement des dents atteintes de furcation (HAMP et al. 1975). Pour l'enregistrement du degré d'inflammation parodontale, l'HD se fonde sur le score de saignement au

sondage (en anglais « Bleeding on Probing », BOP), c'est-à-dire la proportion de sites présentant un saignement au sondage par rapport au nombre total des sites sondés au niveau des dents et des implants. (LANG et al. 1986). La force maximale appliquée pour le sondage autour des dents ne devrait pas excéder 0,25 N, que le parodonte soit sain ou compromis (KARAYIANNIS et al. 1992, LANG et al. 1991). En présence de poches péri-implantaires, l'examen peut être difficile, voire douloureux, selon le type de reconstruction. En outre, la force appliquée au sondage ne devrait pas excéder 0,15 N afin qu'un éventuel saignement au sondage permette de dépister une mucosite péri-implantaire. (GERBER et al. 2009). Seuls les saignements excessifs sont pertinents ici, car des saignements isolés ou des filets de sang très fins s'observent également en présence d'implants sains.

L'HD identifie sous sa propre autorité les indications justifiant la prise de radiographies, la propose lorsqu'il y a lieu et la réalise après s'être concertée avec le médecin-dentiste. L'HD interprète les radiographies, y compris les orthopantomogrammes (OPT), identifie et caractérise les modifications constatées au niveau des dents, des implants dentaires, des structures de soutien des dents et des structures environnantes, et prend, d'entente avec le patient, les décisions qui s'imposent pour la planification de sa prise en charge et du traitement en matière d'hygiène dentaire. Pour les examens effectués à des fins de diagnostic et les traitements plus poussés, l'HD en réfère au médecin-dentiste ou à d'autres spécialistes.

Interprétation des données et planification du traitement

L'HD évalue les données relevées lors de l'examen clinique, y compris les données radiologiques. Elle effectue une synthèse sous l'angle de l'hygiène dentaire, compte tenu des facteurs de risque médicaux et dentaires, et établit le plan de traitement et de prise en charge à long terme (cf. Plan d'études cadre, Compétence 3.3 : Interprétation des données, p. 19). Après avoir pris l'avis du médecin-dentiste, elle prévoit le cas échéant des processus de traitement interprofessionnels supplémentaires qui sortent de son champ d'action, par exemple en adressant le patient à un spécialiste pour un examen stomatologique plus approfondi.

Communication et motivation en vue d'un changement de comportement

Dans le cadre de la responsabilité propre qui lui a été conférée par le titulaire du cabinet, l'HD doit faire la part entre les besoins de stabilisation de la santé bucco-dentaire et les possibilités de ses patients. Dans sa communication avec ses patients, l'HD vise à instaurer et à maintenir une

relation de confiance à long terme. Pour ce faire, elle recourt à des outils de la psychologie adaptés à ses destinataires tels que l'entretien motivationnel (MI) selon Miller et Rollnick (2002), afin d'amener les patients à mobiliser leurs propres ressources pour contribuer à l'amélioration de leur santé bucco-dentaire (MILLER & ROLLNICK 2002). L'HD accompagne et soutient ses patients dans l'application conséquente des comportements nouvellement acquis.

Mesures thérapeutiques et instruments

L'HD exécute le traitement d'hygiène bucco-dentaire conformément au plan thérapeutique établi sur mesure pour chaque patient. Que les patients soient en bonne santé parodontale ou souffrent de gingivite, les mesures de l'HD sont axées sur la prophylaxie. Le traitement consiste alors essentiellement en un nettoyage professionnel des dents avec l'élimination des dépôts supragingivaux durs et mous, l'élimination des colorations, la prophylaxie en présence d'implants dentaires, ainsi qu'en un soutien au comportement positif pour réduire les facteurs de risque existants.

Chez les patients souffrant de parodontite ou de péri-implantite, la thérapie initiale (non chirurgicale) est le point fort de la prise en charge. L'HD choisit alors les moyens appropriés pour assurer un nettoyage supra et sous-gingival approfondis, même dans des conditions difficiles. L'élimination des dépôts durs et mous sur les surfaces dentaires se fait par détartrage et polissage radiculaire, le cas échéant en profondeur (surfaçage), dans des régions sous-gingivales où l'anatomie radiculaire n'est pas prévisible dans tous ses détails et où il n'existe aucun accès visuel. Ce stade du traitement parodontal comprend également l'élimination des excès et la correction des contours des obturations. En concertation et en collaboration avec le médecin-dentiste, l'HD prend également en charge le traitement non chirurgical de la péri-implantite.

Lors du nettoyage professionnel des dents (détartrage), l'HD se sert des instruments suivants : 1) instruments manuels (curettes et détartrateurs, impliquant la maîtrise des techniques d'aiguillage requises), 2) appareils à ultrasons avec tous les embouts pour l'élimination supra et sous-gingivale de la plaque ainsi que les embouts pour le débridement mécanique dans les furcations, 3) aéropolisseurs à jet de poudre pour l'élimination supra-gingivale des dépôts, également équipés d'embouts (nozzle) pour l'élimination sous-gingivale des dépôts mous, 4) curettes en fibres de carbone pour le débridement des surfaces implantaires et 5) contre-angles et instruments requis pour l'élimination des excès, le polissage et l'ajustement des obturations.

À condition d'avoir suivi une formation complémentaire en anesthésie, l'HD est habilitée à pratiquer, sous la surveillance du médecin-dentiste et sur instruction de celui-ci, une anesthésie intra-orale et y procède lorsque la situation clinique le demande.

Réévaluation

Lors de la réévaluation, six à huit semaines après la fin du traitement parodontal initial, l'HD évalue les éventuelles inflammations locales ou généralisées résiduelles sur la base des données relevées à l'examen clinique et de l'anamnèse. L'HD décide, en accord avec le médecin-dentiste, s'il convient de procéder à des nettoyages supplémentaires, avec enseignement de l'hygiène bucco-dentaire et désinfection, ou de prendre d'autres mesures. La priorité à ce stade consiste à faire en sorte que la parodontite ou la péri-implantite ne progresse pas et que son impact négatif sur la santé générale puisse être limité.

Suivi parodontal à long terme (maintien, recall)

L'HD prend en charge sous sa propre autorité l'organisation, la planification et la mise en œuvre du maintien (recall) des patients qui lui ont été confiés. Sur la base du bilan établi, elle détermine la périodicité des rendez-vous de maintien et en assure la mise en œuvre.

Lors de la mise en route du maintien, l'HD commence par procéder à l'anamnèse générale pour ensuite relever les données parodontales sous sa propre autorité et responsabilité. Les données comprennent l'évaluation de l'hygiène buccale, les valeurs de sondage des poches parodontales résiduelles autour de toutes les dents et des implants, ainsi que la détermination quantitative de l'inflammation parodontale, l'indice de saignement au sondage (en anglais « Bleeding on Probing », BOP). L'HD relève également les données concernant d'éventuelles récessions, des furcations et des mobilités dentaires. Enfin, elle établit le status des facteurs de risque, et motive les patients moyennant de courtes interventions afin qu'ils réduisent les risques au minimum.

Une fois l'indication posée, l'HD effectue sous sa propre autorité le nettoyage professionnel des dents dans le cadre du maintien. Elle procède au débridement des endroits présentant des saignements au sondage ou des dépôts pouvant être sondés. Selon l'indication posée, l'HD applique également des méthodes de thérapie photodynamique (PDT) autour des dents ou des implants. (LULIC et al. 2009, METTRAUX & HUSLER 2011, METTRAUX et al. 2016).

Après concertation avec le médecin-dentiste, l'HD assure le suivi péri-implantaire qui convient selon la procédure CIST décrite par Lang et collaborateurs (2000). (LANG et al. 2000).

Autres compétences

Dans le cadre du maintien parodontal, l'HD peut, sur instruction du médecin-dentiste, effectuer des gestes supplémentaires, tels que l'ablation de fils de sutures ou des contrôles ultérieurs dans le cadre du maintien parodontal.

Autres dimensions interprofessionnelles de l'activité de l'HD

L'HD assume une responsabilité propre pour le bon fonctionnement de la communication entre patient, dentiste et autres professionnels des soins, ainsi que pour une collaboration partenariale, constructive et efficace. Dans le contexte interprofessionnel, l'HD défend les intérêts de ses patients afin qu'ils bénéficient d'une prise en charge optimale en matière d'hygiène dentaire et s'investit pour instaurer des routines à cet effet au cabinet dentaire.

L'HD veille au succès de la prise en charge des soins parodontaux au cabinet dentaire ; à cette fin, elle a autorité pour fixer le nombre de rendez-vous requis pour chaque traitement ainsi que leur durée minimale. En outre, l'HD est habilitée à planifier le traitement parodontal complet selon l'indication posée et à proposer à ses patients, d'entente avec le titulaire du cabinet, une répartition du travail avec l'AP. Au titre de cette répartition, c'est l'AP qui assure le nettoyage dentaire professionnel supragingival (détartrage) et l'instruction en matière d'hygiène bucco-dentaire, tandis que l'HD achève le travail de débridement en prenant en charge le nettoyage sous-gingival (surfaçage), si possible sans solution de continuité, par exemple au cours du même rendez-vous.

Les tâches de l'assistant en prophylaxie SSO en matière de prophylaxie parodontale

L'assistante dentaire (AD) a la possibilité de se perfectionner pour acquérir le brevet d'« assistante en prophylaxie SSO ou d'assistant en prophylaxie SSO (AP)» en suivant un cours de formation complémentaire SSO dans une école reconnue par la SSO, sur une période de neuf à onze mois (environ 350 heures de formation). (SOCIÉTÉ SUISSE D'ODONTO-STOMATOLOGIE SSO 2022). Il est interdit de faire exécuter à une AD des soins de prophylaxie si elle n'a pas suivi un cours de perfectionnement SSO.

Dans son quotidien professionnel, l'AP s'occupe aussi bien des aspects dentaires que parodontaux ; de même, elle participe aux campagnes de prophylaxie menées par exemple dans les écoles ou les EMS. Toutefois le présent document porte principalement sur les aspects parodontaux du travail de l'AP. La section qui suit a donc pour but de compléter le Règlement relatif au brevet SSO d'assistante en prophylaxie SSO (AP) en vigueur en ce qui

concerne les soins parodontaux interprofessionnels au cabinet dentaire, et de détailler les tâches de l'AP énumérées à l'Annexe II.

Comme le stipule le règlement SSO, l'AP exerce les activités mentionnées et décrites ci-après exclusivement sous la direction et la responsabilité du médecin-dentiste et en présence de celui-ci.

Évaluation de l'hygiène buccale

L'évaluation régulière de l'hygiène buccale par l'AP est une étape essentielle dans la prévention de toutes les maladies parodontales. L'AP se sert de révélateurs de plaque pour recueillir les observations sur lesquelles elle se fonde pour instruire ses patients dans les gestes d'hygiène bucco-dentaire et pour les motiver afin qu'ils deviennent plus efficaces dans leurs routines d'hygiène.

Évaluation de l'inflammation gingivale

Pour évaluer l'inflammation gingivale, la parodontologie a mis au point plusieurs indices gingivaux utilisés dans le quotidien clinique. S'agissant des indices gingivaux mentionnés dans le règlement relatif au brevet SSO d'assistante en prophylaxie, Annexe II, chiffre 2.1.2, on dispose notamment de trois indices. L'indice de saignement sulculaire selon Mühleman et Son (1971) et l'indice de saignement papillaire selon Saxer et Mühleman (1975) servent à déterminer le pourcentage d'inflammation gingivale et à motiver les patients en matière de prévention (MÜHLEMANN & SON 1971, SAXER & MUHLEMANN 1975). Le troisième indice gingival, décrit pour la première fois par Ainamo & Bay (1975), consiste à sonder le sulcus gingival avec la sonde parodontale en plusieurs points jusqu'à une profondeur de sondage de 3 mm au maximum. (AINAMO & BAY 1975). L'apparition de saignements au sondage est interprétée comme une inflammation gingivale. L'AP se sert des indices gingivaux pour déterminer l'extension de la gingivite, sur le plan tant topographique que quantitatif.

En revanche, chez les patients atteints de parodontite, c'est le médecin-dentiste ou l'HD qui détermine l'indice parodontal « saignement au sondage » (Bleeding on Probing, BOP) selon Lang et collaborateurs (1986), qui permet de documenter l'inflammation parodontale sur le plan tant topographique que quantitatif. (LANG et al. 1986).

Détection des profondeurs de sondage augmentées

La détection de profondeurs de sondage augmentées au moyen d'une sonde parodontale mentionnée dans le règlement relatif au brevet SSO d'assistante en prophylaxie, Annexe II, chiffre 2.1.3, consiste à établir le constat dichotomique d'une profondeur de sondage excédant 3 mm. Elle amène l'AP à en référer au médecin-dentiste ou à l'HD et

à lui indiquer la localisation de l'endroit concerné. Le médecin-dentiste ou l'HD procède alors à un examen clinique supplémentaire qui lui permet de poser le diagnostic requis et de décider de la marche à suivre le cas échéant en fonction de l'indication.

Lorsque l'AP enregistre l'indice gingival selon Ainamo & Bay (1975), la sonde parodontale pénètre déjà dans le sulcus gingival jusqu'à 3 mm maximum à six endroits différents par dent. Dès qu'il est possible de pénétrer par endroits au-delà de cette valeur maximale, on parle de perte d'attache, autrement dit d'une perte de tissus de soutien de la dent. Lorsque l'AP est amenée à faire, lors de l'examen clinique, le constat dichotomique d'une profondeur de sondage augmentée excédant 3 mm, elle note ce constat comme « > 3 mm » et en réfère au médecin-dentiste ou à l'HD. C'est à ces derniers qu'il revient de mesurer une poche parodontale et de relever les valeurs métriques de la profondeur de sondage clinique.

L'AP ne prend donc pas de mesures métriques des profondeurs de sondage parodontal. Elle notera cependant qu'elle a observé qu'un site parodontal présente manifestement une profondeur de sondage excédant 3 mm et en référera au médecin-dentiste ou à l'HD. À des fins d'harmonisation de la documentation et de transmission de l'information par écrit, on peut consigner systématiquement les données selon le schéma suivant : on coche les sextants où on a relevé des poches excédant 3 mm et on note le détail de leur localisation sur la ligne située en dessous du schéma :

X	X	
		X
PD>3 mm:	14(mb), 12(mp), 36(db)	

On peut également se passer de schéma et communiquer la localisation des endroits aux profondeurs de sondage (pocket depth, PD) augmentées en indiquant **PD>3 mm : 14(mv), 12(mp), 36(dv)**.

L'AP constate les profondeurs de sondage augmentées « >3 mm » au moment d'établir l'indice gingival. Le constat à lui seul ne suffit pas pour poser le diagnostic de parodontite ; cependant il amènera le médecin-dentiste ou l'HD à mesurer les profondeurs de sondage ; la pose du diagnostic intervient en dernier lieu et relève du médecin-dentiste.

Détection et enregistrement des zones de rétention de la plaque dentaire et des dépôts de tartre

Lors de l'enregistrement des données cliniques, l'AP consigne la présence de dépôts de tartre et les zones de rétention de la plaque dentaire dans le dossier des patients, en se servant de l'indice de rétention selon Løe (1967). (Løe 1967). Elle peut également relever et enregistrer des marges de reconstructions implanto-portées défectueuses au niveau de la muqueuse marginale.

Le schéma présenté plus haut peut également servir pour consigner les zones de rétention de la plaque (R) et la localisation des dépôts de tartre (T) :

X R	X	R
	T	X
PD>3 mm: R: T:	14(mb), 12(mp), 36(db) 14(m), 26(m) 33–45(l)	

Détection de modifications pathologiques autour des implants dentaires

Lors du contrôle de l'hygiène bucco-dentaire, l'AP enregistre les dépôts bactériens visibles à l'œil nu ou pouvant être colorés sur une reconstruction ou une fixation d'implant. De même, l'AP repère les rougeurs ou œdèmes au niveau des muqueuses péri-implantaires et elle voit s'il s'échappe du pus au passage de la sonde dans le sulcus péri-implantaire. Elle est aussi capable de reconnaître une fistule au niveau de la muqueuse péri-implantaire et note les éventuelles mobilités des reconstructions ou fixations d'implants.

L'AP ne mesure pas les profondeurs de sondage autour des implants dentaires. En présence d'implants, elle s'abstient de procéder comme décrit plus haut en présence de profondeurs de sondage augmentées excédant 3 mm. Dans son champ de compétence, l'AP a la possibilité d'utiliser l'indice modifié de saignement sulculaire décrit par Mombelli et collaborateurs (1987) pour déceler une inflammation péri-implantaire. L'apparition de larges filets de sang dans le sulcus péri-implantaire ou de saignements excessifs après le passage de la sonde sont considérés comme des signes de mucosite. (MOMBELLI et al. 1987).

Le constat par l'AP de modifications pathologiques autour des implants dentaires ne suffit pas pour poser le diagnostic de mucosite péri-implantaire ou de péri-implantite ; cependant il amènera le médecin-dentiste ou l'HD à procéder à un examen, et le médecin-dentiste posera le diagnostic.

L'enregistrement des modifications pathologiques autour des implants dentaires (noté avec la lettre «I») peut se faire de la même manière que dans le schéma plus haut :

X R	X	I R
	T	X
PD>3 mm: R: T: I:	14(mb), 12(mp), 36(db) 14(m), 26(m) 33–45(l) 24	

Radiographies

Les radiographies que l'AP reçoit l'ordre de prendre sont indispensables au diagnostic parodontal et péri-implantaire. L'interprétation de ces radiographies est effectuée par le médecin-dentiste ou l'HD.

Motivation et instruction des patients

L'AP informe les patients sur la cause et l'évolution des caries et des maladies parodontales. L'AP motive ses patients à modifier leur comportement à des fins préventives, par exemple moyennant des interventions brèves consacrées au tabagisme (RAMSEIER et al. 2007) ou en dispensant des recommandations diététiques simples. L'AP adapte ses instructions en matière d'hygiène bucco-dentaire à la situation personnelle de chaque patient. Pour apprendre au patient le maniement des moyens auxiliaires, elle se sert de ceux auxquels le patient a lui aussi accès.

Mesures pratiques de prophylaxie et instruments

L'AP élimine les dépôts supragingivaux mous et durs ainsi que les colorations. L'instrumentation sous-gingivale lui est expressément interdite. Pour le nettoyage professionnel des dents (détartrage), l'AP utilise les détartrateurs appropriés, mais pas de curettes. Pour le débridement mécanique, elle se sert d'un appareil à ultrasons avec des embouts pour l'élimination de la plaque supragingivale.

L'AP n'est pas habilitée à polir d'anciennes obturations ni à éliminer les excès d'obturation existantes. L'utilisation d'instruments d'ajustement et de polissage ainsi que de contre-angles à haute vitesse de rotation lui est interdite.

Après le nettoyage mécanique des dents, l'AP se sert de contre-angles à basse vitesse, de brosettes, de cupules en caoutchouc et de pâte à polir pour le polissage des surfaces nettoyées. Puis elle procède à l'application de fluor pour prévenir les caries conformément aux instructions reçues.

À condition d'avoir accompli une formation complémentaire, ou après une formation continue selon le règlement en vigueur, l'AP est en outre autorisée à utiliser un aéro-polisseur. Lorsqu'elle utilise cet appareil sur le pourtour des dents et des implants, elle doit être consciente du risque d'emphysème sous-cutané (BASSETTI et al. 2014).

Soins post-opératoires

Au début de chaque rendez-vous de maintien, et après s'être assurée de l'état de santé général du patient, l'AP procède à ses évaluations sur le modèle de l'examen de dépistage qu'elle est autorisée à effectuer. Elle contrôle et surveille le programme d'hygiène bucco-dentaire individuel du patient, donne de nouvelles instructions, continue de le motiver à changer de comportement ou le félicite afin de renforcer encore l'efficacité du comportement adopté.

Suite à la mise en œuvre de toutes les mesures de prophylaxie, l'AP détermine, d'entente avec l'HD ou le médecin-dentiste, la périodicité des rendez-vous de maintien.

Autres dimensions interprofessionnelles de l'activité de l'AP

L'AP effectue son examen clinique du parodonte au moyen de l'indice d'hygiène buccale et de l'indice gingival chez des patients auprès desquels le médecin-dentiste ou l'HD ont déjà au préalable effectué un examen parodontal de base (EPB). Ce n'est par conséquent pas l'AP qui effectue le dépistage au moyen de l'EPB ni le triage parodontal auprès des patients qui lui sont transmis. Les résultats parodontaux relevés par l'AP n'apportent donc pas la confirmation qu'un parodonte est sain ou malade. Les indices d'hygiène buccale et gingivale utilisés par l'AP servent à motiver le patient ou, si l'AP constate une profondeur de sondage augmentée, à justifier la nécessité d'un examen plus poussé par le médecin-dentiste ou l'HD.

Grâce au fait que l'AP sait non seulement constater des profondeurs de sondage augmentées, mais aussi déceler des modifications pathologiques autour des implants dentaires, elle joue un rôle crucial dans la transmission du patient à l'HD ou au médecin-dentiste.

Discussion sur la répartition des tâches au sein de l'équipe du cabinet

Il doit régner une unité de doctrine au sein de l'équipe du cabinet dentaire pour que l'interprofessionnalité des soins parodontaux puisse être vécue de façon coordonnée par l'ensemble de l'équipe. Des réunions régulières de l'équipe permettent en outre d'harmoniser et d'optimiser en permanence les processus interprofessionnels au quotidien, voire de les simplifier en cas de besoin.

Transmission des patients entre le médecin-dentiste et l'hygiéniste dentaire dipl. ES

L'hygiéniste dentaire dipl. ES (HD) assiste le médecin-dentiste en se chargeant du dépistage parodontal, du bilan parodontal, du traitement parodontal initial (non chirurgical), y compris de la réévaluation et du suivi (maintien).

Les patients atteints de parodontite sont suivis par l'HD dans le cadre du maintien parodontal. Une concertation régulière entre le médecin-dentiste et l'HD permettent d'ajuster au mieux la périodicité des rappels, d'évaluer l'indication pour des traitements parodontaux supplémentaires et d'engager les mesures requises en cas d'urgence parodontale.

Transmission des patients entre le médecin-dentiste et l'assistante en prophylaxie SSO

L'assistante en prophylaxie SSO (AP) est chargée par le médecin-dentiste de prendre en charge les patients en bonne santé parodontale ainsi que les patients atteints de gingivite pour la mise en œuvre régulière de mesures de prophylaxie. Afin de motiver les patients, l'AP établit en général chaque année l'indice de plaque et l'indice gingival, dont les résultats sont mis à la disposition de toute l'équipe du cabinet.

Lorsque l'AP constate une profondeur de sondage augmentée excédant 3 mm, elle sollicite le médecin-dentiste ou l'HD afin que ceux-ci mesurent la profondeur de sondage. En présence de patients considérés comme instables sur le plan parodontal, l'AP les transmet aussitôt à l'HD ou au médecin-dentiste.

On peut partir du principe qu'il existe une marge d'erreur de ± 1 mm lors de la mesure des profondeurs de sondage. (Badersten et al. 1984). En faisant vérifier la profondeur de sondage par l'HD ou le médecin-dentiste respectivement, on arrive à réduire à la fois la fréquence et l'ampleur des erreurs de mesure prévisibles.

Transmission entre l'hygiéniste dentaire dipl. ES et l'assistante en prophylaxie SSO

L'hygiéniste dentaire dipl. ES (HD), d'entente avec le médecin-dentiste, délègue à l'assistante en prophylaxie SSO (AP) les patients en bonne santé parodontale ainsi que des

patients souffrant de gingivite pour l'exécution périodique des mesures de prophylaxie. L'HD pourra ainsi se concentrer davantage sur le traitement et le maintien des patients atteints de parodontite.

Dans certains cas, en présence des profondeurs de sondage de 3 mm maximum et lorsque le patient se présente régulièrement à ses rendez-vous de maintien, il est envisageable de déléguer à l'AP, d'entente avec le médecin-dentiste responsable du cas, également les patients atteints de parodontite en bon état de santé parodontale dite secondaire. On notera que la littérature actuelle considère que ces patients atteints de parodontite et en bonne santé parodontale secondaire conservent, après le traitement parodontal, ce que l'on appelle des « poches fermées » avec une profondeur de sondage allant jusqu'à 4 mm sans saignement au sondage. (TOMASI & WENNSTRÖM 2017). Lors d'une prise en charge parodontale interprofessionnelle dans un cabinet dentaire suisse, les patients entrant dans cette catégorie nécessitent l'application d'une valeur-seuil plus stricte de 3mm, qu'il y ait ou non saignement au sondage.

Critères de stabilité parodontale

La stabilité parodontale est associée aux critères suivants :

Au niveau des patients

- Bonne hygiène bucco-dentaire avec un indice de plaque <20%. (BERTL et al. 2022)
- Nombre minimal de poches résiduelles excédant 3 mm et périodicité des contrôles adaptée en conséquence entre 3 et 12 mois. (RAMSEIER et al. 2019)
- Faible degré d'inflammation avec BOP% <20% (non-fumeurs, ex-fumeurs : <23% resp. fumeurs : <16%) (RAMSEIER et al. 2015)
- Réduction optimale des facteurs de risque (LANG et al. 2015)

Au niveau des sites parodontaux individuels

- Profondeur de sondage ponctuelle de 4 mm maximum sans saignement au sondage (TOMASI & WENNSTRÖM 2017)
- Atteinte de furcation de degré 1 maximum (profondeur de pénétration horizontale <3 mm) (SALVI et al. 2014)

En cas de profondeurs de sondage excédant 3 mm ou de détérioration prolongée des indices de plaque et gingivaux, l'AP en réfère à l'HD ou au médecin-dentiste. Les patients jugés instables sur le plan parodontal sont pris en charge par l'HD ou le médecin-dentiste jusqu'à ce que les profondeurs au sondage soient inférieures à 4 mm et que le patient puisse à nouveau être confié à l'AP.

Exemple 1

Trois ans après la réalisation du traitement parodontal chez l'HD, une femme de 55 ans non fumeuse présente une bonne hygiène bucco-dentaire et se présente régulièrement tous les six mois aux rendez-vous de maintien. Elle n'a plus jamais présenté de profondeurs au sondage excédant 3 mm et le BOP% est régulièrement inférieur à 20%. De temps en temps, elle montre des faiblesses dans son hygiène bucco-dentaire et elle présente régulièrement du tartre au niveau des dents antérieures mandibulaires.

L'équipe du cabinet décide, d'entente avec la patiente, que les rendez-vous autres que les contrôles annuels effectués par le médecin-dentiste ou l'HD, soient pris en charge par l'AP aussi longtemps que la situation parodontale reste stable.

Exemple 2

Un patient de 65 ans est suivi depuis de nombreuses années par l'AP. Celle-ci observe depuis un certain temps une détérioration de l'hygiène bucco-dentaire. Au niveau de la dent 36 côté lingual, la sonde n'atteint plus le fond du sulcus à 3 mm. Interrogé, le patient évoque en outre une dégradation de son état de santé général et la prise de nouveaux médicaments.

Comme l'AP identifie une profondeur de sondage augmentée et que l'état médical général de son patient nécessite également un examen plus approfondi, l'AP informe l'HD de l'équipe du cabinet du changement de situation et lui transmet le patient pour un examen plus approfondi.

Absences temporaires au sein de l'équipe du cabinet médical

Si l'HD est temporairement absente, ses patients ne sont pas pris en charge par l'AP, mais par le médecin-dentiste. Le tarif applicable dépend du professionnel qui effectue les soins. Autrement dit, le travail de l'HD fourni temporairement par le médecin-dentiste est facturé à la valeur du point tarifaire applicable chez le médecin-dentiste. De

même, lorsque c'est l'AP qui est temporairement absente, ses patients sont pris en charge par l'HD ou le médecin-dentiste. Ce travail est également facturé en fonction du prestataire ; autrement dit, le travail de l'AP qui a été fourni temporairement par l'HD ou par le médecin-dentiste est facturé en fonction de la valeur du point tarifaire chez l'HD ou le médecin-dentiste.

Responsabilité du cas

Comme mentionné précédemment, au sein de l'équipe du cabinet dentaire, ce sont les médecins-dentistes qui assument la responsabilité du cas pour les soins prodigués. Cette responsabilité englobe tous les travaux réalisés par l'AP ou l'HD, en tenant compte de leur expérience professionnelle individuelle et ne se limite donc pas uniquement aux compétences acquises lors de la formation de base. Même dans les cabinets où une HD ou une AP expérimentée élargit ses compétences tout en respectant les directives qualité de la SSO en parodontologie et l'interprofessionnalité discutée ici, la responsabilité du cas reste toujours entre les mains du médecin-dentiste.

Ainsi, pour effectuer le diagnostic, tous les examens disponibles réalisés par l'ensemble de l'équipe du cabinet peuvent être pris en compte. Par exemple, si une AP cliniquement expérimentée détecte une profondeur de sondage accrue lors de la réalisation de l'indice gingival et que son instrument indique une valeur de 5 mm, cette valeur peut être notée par elle et présentée à l'HD ou au médecin-dentiste afin d'initier un examen clinique.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement les collègues suivants pour la relecture de ce manuscrit ainsi que pour leurs précieuses suggestions lors de sa rédaction :

Claudia Altorfer-Sigrist, Dr. Beat Annen, Sandra Augustin-Wolf, Barbara Blaser, Dr. Barbara Carollo, PD Dr. Norbert Cionca, Dr. Christoph Epting, Dr. Jean-Philippe Haesler, Dr. Petra Hofmänner, Dr. Patrick Isler, Dr. Fabiola Krebs Rodriguez, Dr. Hrvoje Jambrec, Claudia Jeanneret, Dr. Pascale Lecoultre-Stadelmann, Dr. Nenad Lukic, Dr. Roger Naef, Daniel Piguet, Edith Pulfer-Rechsteiner, PD Dr. Philipp Sahrman, Monika Salzmann Wüest, Dr. Dorothee Schär, Prof. Patrick Schmidlin, Conny Schwiete, PD Dr. Alexandra Stähli, Dr. Antje Straub, Dr. Peter Suter, Dr. Alkisti Zekeridou

Traduction

Dr. Hrvoje Jambrec, Mme Irène Kruse, Mme Cécile Riedweg, Dr. Alkisti Zekeridou

Littérature

- AINAMO J, BAY I: Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 25: 229-235 (1975)
- BADERSTEN A, NILVEUS R, EGELBERG J: Reproducibility of probing attachment level measurements. *J Clin Periodontol* 11: 475-485 (1984)
- BASSETTI M, BASSETTI R, SCULEAN A, SALVI G E: Subcutaneous emphysema following non-surgical peri-implantitis therapy using an air abrasive device: a case report. *Swiss Dent J* 124: 807-817 (2014)
- BERTL K, PANDIS N, STOPFER N, HARIRIAN H, BRUCKMANN C, STAVROPOULOS A: The impact of a «successfully treated stable periodontitis patient status» on patient-related outcome parameters during long-term supportive periodontal care. *J Clin Periodontol* 49: 101-110 (2022)
- FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE : Plan d'études applicable au Master en médecine dentaire. 1-8. www.unige.ch/medecine/dentaire/application/files/4216/6323/0230/PlanEtudesMasterMD2022.pdf
- GERBER J A, TAN W C, BALMER T E, SALVI G E, LANG N P: Bleeding on probing and pocket probing depth in relation to probing pressure and mucosal health around oral implants. *Clin Oral Implants Res* 20: 75-78 (2009)
- HAMP S E, NYMAN S, LINDHE J: Periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol* 2: 126-135 (1975)
- KARAYIANNIS A, LANG N P, JOSS A, NYMAN S: Bleeding on probing as it relates to probing pressure and gingival health in patients with a reduced but healthy periodontium. A clinical study. *J Clin Periodontol* 19: 471-475 (1992)
- KASSEBAUM N J, BERNABE E, DAHIYA M, BHANDARI B, MURRAY C J, MARCENES W: Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res* 93: 1045-1053 (2014)
- LANG N P, JOSS A, ORSANIC T, GUSBERTI F A, SIEGRIST B E: Bleeding on probing. A predictor for the progression of periodontal disease? *J Clin Periodontol* 13: 590-596 (1986)
- LANG N P, NYMAN S, SENN C, JOSS A: Bleeding on probing as it relates to probing pressure and gingival health. *J Clin Periodontol* 18: 257-261 (1991)
- LANG N P, SUVAN J E, TONETTI M S: Risk factor assessment tools for the prevention of periodontitis progression a systematic review. *J Clin Periodontol* 42 Suppl 16: S59-70 (2015)
- LANG N P, WILSON T G, CORBET E F: Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. *Clin Oral Implants Res* 11 Suppl 1: 146-155 (2000)
- LÖE H: The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. *J Periodontol* 38: Suppl:610-616 (1967)
- LULIC M, LEIGGENER GOROG I, SALVI G E, RAMSEIER C A, MATTHEOS N, LANG N P: One-year outcomes of repeated adjunctive photodynamic therapy during periodontal maintenance: a proof-of-principle randomized-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 36: 661-666 (2009)
- MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BASEL: Ordnung für das Masterstudium Zahnmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel. 1-8. (2023) www.unibas.ch/dam/jcr:8eec29f0-9eb2-41c3-bd02-c62bc1d5efb4/446_345_05.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BERN: Studienplan für den Masterstudiengang Zahnmedizin an der Medizinischen Fakultät. 1-11. (2023) www.unibe.ch/e152701/e154048/e191232/e205435/e457489/med_sp_ma_dent_final_ger.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT ZÜRICH: Studienordnung für das Bachelor- und Masterstudium an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. 1-16. (2023) www.zzm.uzh.ch/dam/jcr:fffff9d37-6529-ffff-ffffd08e3ac7/Studienordnung_MeF_UZH_2020.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- METTRAUX G, HUSLER J: Implementation of transgingival antibacterial photodynamic therapy (PDT) supplementary to scaling and root planing. A controlled clinical proof-of-principle study. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 121: 53-67 (2011)
- METTRAUX G R, SCULEAN A, BURGIN W B, SALVI G E: Two-year clinical outcomes following non-surgical mechanical therapy of peri-implantitis with adjunctive diode laser application. *Clin Oral Implants Res* 27: 845-849 (2016)
- MILLER S C (1950). *Textbook of Periodontia*. Philadelphia: Blakiston Co.
- MILLER W R, ROLLNICK S (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- MOMBELLI A, SCHMID J, WALTER C, WETZEL A: SSO Qualitätsleitlinien Parodontologie. 1-7. Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO (2014) https://parodontologie.ch/wp-content/uploads/2021/08/Qualitaetsleitlinien_Paro_SDJ_2014-02_d.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- MOMBELLI A, VAN OOSTEN M A, SCHURCH E, JR., LAND N P: The microbiota associated with successful or failing osseointegrated titanium implants. *Oral Microbiol Immunol* 2: 145-151 (1987)
- MÜHLEMANN H R, SON S: Gingival sulcus bleeding – a leading symptom in initial gingivitis. *Helv Odontol Acta* 15: 107-113 (1971)
- ODASANTÉ – ORGANISATION FAÏTIÈRE NATIONALE DU MONDE DU TRAVAIL EN SANTÉ ET ASSOCIATION SUISSE DES CENTRES DE FORMATION SANTÉ (ASCFS): Plan d'études cadre pour les filières de formation des écoles supérieures «Hygiène dentaire» Titre protégé «Hygiéniste dentaire diplômée ES» «Hygiéniste dentaire diplômé ES» 1-42. (2021) www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Hoehere_Berufsbildung_und_Hochschulen/DH/Rahmenlehrplan_DH_HF.pdf.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP) : Schweizerischer Lernzielkatalog Zahnmedizin gemäss MedBG. 1-10. (2023) www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/eidg-pruefungen-universitaerer-medizinalberufe/zahnmedizin/lernzielkatalog-zahnmedizin.pdf. download.pdf/lernzielkatalog-zahnmedizin.pdf Traduction française: Catalogue des objectifs d'apprentissage "Médecine dentaire - Suisse" (2017) <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/eidg-pruefungen-universitaerer-medizinalberufe/zahnmedizin/lernzielkatalog-zahnmedizin.pdf> .
- RAMSEIER C A, KLINGLER K, SAXER U P, BORNSTEIN M M, WALTER C: Tabakprävention und -entwöhnung in der zahnmedizinischen Praxis. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 119: 253-278 (2007)
- RAMSEIER C A, MIRRA D, SCHUTZ C, SCULEAN A, LANG N P, WALTER C, SALVI G E: Bleeding on probing as it relates to smoking status in patients enrolled in supportive periodontal therapy for at least 5 years. *J Clin Periodontol* 42: 150-159 (2015)
- RAMSEIER C A, NYDEGGER M, WALTER C, FISCHER G, SCULEAN A, LANG N P, SALVI G E: Time between recall visits and residual probing depths predict long-term stability in patients enrolled in supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 46: 218-230 (2019)
- SALVI G E, MISCHLER D C, SCHMIDLIN K, MATULIENE G, PJETURSSON B E, BRÄGGER U, LANG N P: Risk factors associated with the longevity of multi-rooted teeth. Long-term outcomes after active and supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 41: 701-707 (2014)
- SAXER U P, MÜHLEMANN H R: Motivation and education. *SSO Schweiz Monatsschr Zahnheilkd* 85: 905-919 (1975)
- SOCIÉTÉ SUISSE DES MÉDECINS DENTISTES SSO: SSO-Weiterbildungsreglement «Prophylaxe-Assistentin SSO» und «Prophylaxe-Assistent SSO». 1-24. (2022) www.sso.ch/de/media/2196/download?attachment. (Datum: 12.03.2023)
- SOCIÉTÉ SUISSE DES MÉDECINS DENTISTES SSO : Règlement relatif au brevet SSO d'assistante en prophylaxie. 1-24. (2022) www.sso.ch/de/media/2196/download?attachment. (Date : 12.03.2023)
- TOMASI C, WENNSTRÖM J L: L'utilisation de différences dans l'ampleur du gain de CAL est-elle appropriée pour tirer des conclusions sur l'efficacité des moyens thérapeutiques non chirurgicaux ? *J Clin Periodontol* 44 : 601-602 (2017)

Adresse de correspondance :

PD Dr. med. dent. Christoph A. Ramseier, MAS
Cliniques de médecine dentaire de
l'Université de Berne
Clinique de parodontologie
Freiburgstrasse 7, CH-3010 Berne
Téléphone +41 31 684 07 28
Courrier électronique : christoph.ramseier@unibe.ch