



SSRD

**Directives
pour la formation post-grade en
médecine dentaire reconstructrice**

(Swiss Society for Reconstructive Dentistry)

§ 1 Formation post-grade structurée après l'examen fédéral

a) Objectifs de la formation post-grade

Le médecin-dentiste spécialiste en médecine dentaire reconstructrice doit posséder des connaissances théoriques solides et une expérience clinique en médecine dentaire reconstructrice, en parodontologie, en implantologie orale ainsi que dans les branches connexes de ces disciplines.

Il doit

- connaître la littérature scientifique dans sa spécialité,
- savoir transmettre ses connaissances,
- être conscient des enjeux éthiques et sociaux de son activité
- assumer ses responsabilités envers ses patients et ses confrères

b) Bases

Le candidat doit acquérir des connaissances solides et étendues sur le plan clinique et pratique en médecine dentaire reconstructrice, ainsi qu'une capacité d'évaluation critique de la littérature

spécialisée. Les lieux de formation post-grade sont tenus de proposer un plan des enseignements requis (séminaires, cours etc.). Le candidat tient un log-book dans lequel il consigne toutes ses activités de formation.

La formation post-grade prend la forme d'un enseignement de trois ans comprenant env. 3900 heures de formation post-grade réparties comme suit:

Séminaires, tutorats et présentation de cas	15%
Clinique	50%
Recherche	30%
Enseignement	5%

La prestation pure ne doit pas dépasser 40%.

Des entretiens de qualification (examens intermédiaires) ont lieu en cours de formation.

Après avoir reçu son évaluation finale, le candidat peut se présenter à l'examen en vue de l'obtention du titre de spécialiste. Le procès-verbal d'évaluation établi à cette occasion fait partie intégrante des présentes directives (voir **Annexe**). Il peut le cas échéant être complété et modifié.

Le candidat est tenu de connaître les bases des matières voisines de la médecine dentaire reconstructrice (physiologie du système stomatognathe; étiologie, pathogenèse, diagnostic, prévention et thérapie des pathologies orales). Il est censé posséder des connaissances solides en parodontologie, en implantologie orale et en endodontie. De même, il doit être à même d'identifier les situations présentant des problèmes ou une dimension interdisciplinaire et savoir prendre ceux-ci en compte. Le catalogue des matières correspondantes, figurant dans l'**Annexe**, se limite aux aspects de la reconstruction pure; il est indicatif et non exhaustif.

c) Clinique

Le programme d'enseignement met l'accent sur le perfectionnement clinique, afin que le candidat soit capable,

1. sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, de poser un diagnostic et d'établir un plan de traitement,
2. d'entreprendre le traitement et d'en fournir une évaluation critique,
3. d'acquérir une expérience de longue durée par la réévaluation et le suivi de patients traités dans le passé.

Les traitements achevés et documentés doivent refléter tout le spectre de la médecine dentaire reconstructive.

d) Recherche

Le candidat doit avoir la possibilité de faire de la recherche. Il doit avoir publié au minimum deux travaux scientifiques originaux (voir § 2).

e) Enseignement

Durant sa formation post-grade, le candidat doit acquérir une expérience de l'enseignement.

f) Fréquentation de manifestations de perfectionnement

Le responsable du programme de formation post-grade appréciera s'il est opportun d'autoriser le candidat à fréquenter des manifestations de perfectionnement. Il prendra en considération notamment les manifestations organisées par la SSRD.

g) Programmes d'échange

La fréquentation d'autres lieux de formation post-grade est encouragée.

§ 2 Condition pour l'inscription aux examens

Le candidat à l'obtention du titre de spécialiste en médecine dentaire reconstructrice doit présenter les documents suivants:

1. Diplôme fédéral de médecin-dentiste ou diplôme étranger équivalent, à condition qu'il existe une reconnaissance réciproque des diplômes entre les Etats visés.
2. Preuve d'une formation d'au moins trois ans auprès d'un lieu de formation post-grade reconnu par la SSO.
3. Lettre de recommandation du responsable de la formation post-grade.
4. Présentation d'une documentation concernant le traitement de huit patients en médecine dentaire reconstructrice. Cinq cas sur huit doivent relever du domaine le plus pratiqué par le candidat. Les trois autres cas doivent relever d'au moins deux autres domaines. Dans au moins deux des huit cas, la documentation doit s'étendre sur une durée de suivi d'au moins une année. (Les directives concernant l'étendue de la documentation des cas cliniques en vue de l'obtention du titre de spécialiste en médecine dentaire reconstructrice

sont promulguées par la Commission de spécialisation. On trouvera en annexe une énumération des cas parmi lesquels opérer la sélection).

5. Présentation de deux publications scientifiques en médecine dentaire reconstructrice ou dans ses branches connexes. Un de ces articles peut être un travail de synthèse. Le candidat doit être le premier auteur d'au moins un des deux articles. Les travaux doivent avoir paru dans, ou avoir été acceptés par une revue scientifique qui passe les travaux qui lui sont proposés au crible d'une peer-review.
6. Preuve du versement d'une taxe d'examen dont le montant figure dans le Règlement SSO.

L'acte de candidature doit parvenir au Secrétaire de la SSRD jusqu'au 31.12. de l'année en cours. Le Secrétaire SSRD vérifie si le dossier de candidature est complet. Si les documents fournis correspondent aux exigences requises, il les fait suivre, accompagnés d'une lettre, au président de la Commission de spécialisation SSRD et en informe le Comité central SSRD.

S'il s'avère que le dossier n'est pas complet, le Secrétaire SSRD en informe la SSO. Celle-ci prend alors une décision susceptible de recours (**RFP SSO** art. 15).

§ 3 Procédure d'examen

Evaluation qualitative des documents

Le candidat ayant soumis ses cas cliniques documentés et ses publications, la Commission de spécialisation SSRD les examine dans un délai de deux mois. L'évaluation doit faire l'objet d'un rapport écrit.

La Commission doit déterminer dans quel ordre au moins trois des huit cas présentés seront discutés pendant le colloque. Cette décision ne doit pas être communiquée au candidat. La majorité des cas abordés devra relever du domaine le plus pratiqué par le candidat.

Si la Commission de spécialisation SSRD juge insuffisants les cas documentés, elle met fin à la procédure d'examens. Dans ce cas, la décision de la Commission de spécialisation motivée par écrit est transmise dans les dix jours au Secrétaire SSO. Celui-ci prend une décision susceptible de recours conformément au **RFP SSO, art. 15**. Le Président SSRD reçoit également cette information et la transmet au Comité central SSRD. Le candidat dispose d'encore deux chances

au maximum pour présenter de nouveaux documents.

Le colloque

Le colloque doit se tenir dans les deux mois après la remise de l'appréciation qualitative de la documentation soumise par le candidat. Le colloque est composé de deux parties:

- Présentation et discussion des cas retenus par la Commission,
- Questions portant sur l'ensemble du champ.

De façon générale, le colloque ne dure pas plus de 120 minutes. Il fera l'objet d'un procès-verbal écrit. A la demande du candidat, le colloque peut être enregistré sur un support sonore.

La clé d'évaluation est la suivante:

- Présentation et discussion des cas retenus 50%
- Questions portant sur l'intégralité du champ 50%

Si le candidat n'obtient pas un résultat suffisant au colloque, il a encore deux chances pour se présenter à nouveau au maximum, à chaque fois dans l'année qui suit. La procédure en cas d'échec est définie par l'art. 15 **RFP SSO**.

Les documents soumis, les procès-verbaux d'examen et d'éventuels enregistrements sonores sont transmis au secrétaire SSRD après l'oral. La documentation soumise est retournée au candidat une fois la procédure arrivée à terme. Les procès-verbaux d'examen et d'éventuels enregistrements sonores sont versés aux archives de la Société par le secrétaire SSRD.

Octroi du titre de médecin-dentiste spécialiste en médecine dentaire reconstructrice

Dans les dix jours après la tenue du colloque, le président de la Commission de spécialisation fait parvenir la décision motivée par écrit de la Commission de spécialisation SSRD au secrétaire SSO. Celui-ci la transmet au Comité central SSRD.

Si la décision est positive, le Comité central SSO propose que le titre de médecin-dentiste spécialiste de médecine dentaire reconstructrice soit octroyé au candidat et ordonne son inscription au registre des médecins-dentistes spécialistes.

Si la Commission de spécialisation SSRD émet un préavis négatif, le secrétaire SSO en informe

le candidat par une décision susceptible de recours. Le candidat peut faire recours contre la décision dans les 30 jours auprès de la Commission de recours formation post-grade de la SSO (Reg. CRF) conformément au „Règlement relatif à la Commission de recours en matière de formation post-grade SSO“.

Liste des médecins-dentistes spécialistes en médecine reconstructrice

L'obtention du titre de médecin-dentiste spécialiste de médecine dentaire reconstructrice fait l'objet d'une publication dans l'organe de la SSO.

§ 4 Commission de spécialisation

Le Comité central SSRD détermine la composition de la Commission de spécialisation (six membres et un président respectivement). Le président et les membres sont des médecins-dentistes spécialistes de médecine reconstructrice. Les universités doivent être représentées par au moins deux sièges dans la Commission. Les membres de la Commission de spécialisation ainsi que son président sont élus pour une durée de fonction de trois ans. Ils sont rééligibles une fois.

La tenue du colloque requiert la présence du président et d'au moins quatre membres de la Commission de spécialisation. Le colloque donnera lieu à l'établissement d'un procès-verbal. Le responsable du programme de formation, ainsi que les personnes ayant directement participé à la formation du candidat ne sont pas autorisés à assister à l'examen de leurs candidats.

Commission de visite

Une autre commission de la Société de spécialité, la Commission de visite, procède à la réévaluation périodique des lieux et des programmes de formation post-grade dans le souci de s'assurer de leur qualité. La Commission de visite est composée du président de la Commission de spécialisation et de trois médecins-dentistes spécialistes en médecine dentaire reconstructrice provenant de plusieurs universités neutres à l'encontre du lieu de formation à examiner. Les programmes et lieux de formation font l'objet d'une vérification sur la base de la check-list

figurant dans l'**Annexe**. Cette liste n'est pas définitive et peut être adaptée périodiquement. La Commission communiquera son préavis concernant la reconnaissance ou non-reconnaissance du lieu de formation à la SSO, qui en informera l'établissement concerné (**Art.23 RFP**). Le lieu de formation post-grade dispose d'un plan de formation post-grade déterminant les objectifs à atteindre pour chaque année de formation. Le candidat en a connaissance. Le lieu de formation post-grade fixe le nombre de candidats à l'obtention du titre de spécialiste dont il peut assurer la formation en même temps.

§ 6 Formation post-grade

Sur les 80 heures de cours de formation post-grade à suivre chaque année, 50 heures doivent être suivies dans le cadre d'un programme structuré selon les indications de la Société de spécialité.

§ 7 Directives pour la documentation des cas

Les directives sont indicatives, elles ne sont définitives ni quant aux durées ni quant aux thèmes à traiter. Ce sont les exigences fixées par la Commission de spécialisation qui font foi. Le catalogue des thèmes figure en **Annexe**. Les études de cas doivent comporter des documents concernant l'anamnèse, les résultats d'examens, le diagnostic, la planification et le traitement de cas complexes.

Il est souhaitable que le candidat présente une documentation sur le cas de patients équipés d'implants endosseux. Des connaissances en matière de diagnostic pré-implantaire, de même que la planification et la réalisation de réhabilitations implantologique et reconstructrice sont requises.

Dans au moins deux cas sur huit, la documentation doit englober un suivi post-thérapeutique d'au moins une année.

§ 9 Dispositions finales

Le texte qui fait foi

La version allemande des **directives** est le texte original, la version française en est la traduction. En cas de différence entre les deux versions, le texte allemand fait foi.

Révision

Les présentes directives peuvent être modifiées par le Comité central de la SSRD. Les modifications doivent être approuvées par le Comité central de la SSO.

Entrée en vigueur

Les présentes directives entrent en vigueur après leur approbation par le Comité directeur SSO le 31.12. 2005.

Annexe:

Catalogue des matières

I. Prothèse fixe (paradonto-, implantoportée)

1. Diagnostic
2. Planification du traitement (but, déroulement du traitement)
3. Traitement préalable
4. Pronostic
5. Avantages, inconvénients des:
 - Couronnes complètes (design de l'armature; couronne coulée totale, couronne céramo-métallique, couronne tout céramique)
 - Couronnes partielles (pinledge, onlay, facettes laminées)
 - Ponts (design de l'armature et du pontic; coulé, céramo-métallique, tout céramique)
 - Ponts en extension
 - Ponts collés
6. Aspects pratiques tels que:
 - Préparation des piliers (design, conséquences)
 - Procédé de prise d'empreinte (porte-empreinte, matériaux)
 - Enregistrement de l'occlusion
 - Prothèse provisoire (Procédés et matériaux: courte et longue durée)
 - Choix de la teinte / esthétique
 - Modèle de travail et procédés en laboratoire
 - Éléments constitutifs des systèmes implantaires
 - Insertion et suivi

II. Prothèse amovible (parodonto-, implanto-, gingivoportée)

1. Diagnostic
2. Planification du traitement (but, déroulement du traitement)

3. Traitement préalable et restauration provisoire
4. Pronostic
5. Avantages, inconvénients des:
 - Prothèses à crochets
 - Prothèses ancrées sur attachement (extracoronaire, intracoronaire, télescopique, adhésive)
 - Prothèse hybride
 - Prothèse complète
6. Aspects pratiques, tels que:
 - Prise de mesures sur le modèle
 - Préparation des piliers
 - Procédés de prise d’empreinte
 - Enregistrement de l’occlusion
 - Choix de la teinte / esthétique
 - Systématique et directives pour la disposition des dents
 - Eléments constitutifs de la prothèse et de l’implant
 - Design de l’armature
 - Insertion et suivi

III. Myoarthropathies du système masticatoire

1. Etiologie et pathogénèse des myoarthropathies
2. Physiologie de la douleur
3. Diagnostic
 - Enquête anamnestique
 - Examen clinique du système masticatoire compte tenu des structures voisines
4. Diagnostic
 - Diagnostic différentiel de diverses formes de myoarthropathies
 - Diagnostic différentiel des douleurs de la tête, de la face et de la nuque
5. Traitement
 - Traitement de base

- Traitement physique
- Traitement médicamenteux
- Traitement par gouttières
- Traitement occlusal définitif

6. Suivi

IV. Gérontologie et soins bucco-dentaires aux handicapés

1. Troubles du développement (de l'odontogénèse?) (parties dures et molles)
2. Prothèse compensant une résection ou un déficit osseux
3. Problèmes spécifiques au traitement des personnes handicapées et âgées, y compris manifestations orales de pathologies de médecine générale, maladies infectieuses etc.

Choix de cas

A) Prothèse fixe

1. Prise en charge prothétique complète de cas complexes avec couronnes unitaires (partielles, complètes) et/ou ponts
2. Prise en charge prothétique complète de cas complexes impliquant le recours à des matériaux spécifiques

B) Prothèse amovible

1. Prise en charge prothétique complète de cas complexes avec:
 - Prothèse à crochets
 - Prothèse partielle ancrée sur attachment
 - Prothèse hybride
 - Prothèse complète
2. Prise en charge prothétique complète de cas complexes impliquant le recours à des matériaux spécifiques

C) Myoarthropathies du système masticatoire

Prise en charge complète de cas MAP complexes

D) Gérodontologie et soins bucco-dentaires aux handicapés

1. Prise en charge de médecine dentaire et équipement prothétique de cas complexes pluridisciplinaires de patients gériatriques et/ou de pensionnaires d'EMS.
2. Prise en charge de médecine dentaire et équipement prothétique de cas complexes présentant des pathologies de médecine générale (p.ex. manifestations orales).
3. Prise en charge prothétique complète de cas complexes avec status post-traumatique ou ablation chirurgicale d'une tumeur (prothèse compensant une résection ou un déficit osseux)

Documentation de cas

Etendue

Tous les cas traités par le candidat lui-même doivent faire l'objet d'une documentation *complète* avec anamnèse, status (initial, de réévaluation, final), *adaptée* aux besoins de la planification et du déroulement du traitement. Le candidat fournira des copies originales (et les originaux sur demande) pour documenter les points suivants:

a) Anamnèse générale

1. Facteurs de risque
2. Facteurs limitants

b) Anamnèse bucco-dentaire

1. Problèmes principaux
2. Souhaits
3. Expérience préalable de traitements dentaires

c) Status cliniques

1. Extra-oral
2. Intra-oral
 - dentaire, parodontal, gingival / muqueux
 - Analyse directe de la fonction

d) Radiodiagnostic et imagerie médicale avec compte-rendu d'examen

1. Radiographie
2. Status photographique intra-oral (au moins status des premières prémolaires)
Clichés de profil, de face seulement avec l'accord écrit du patient
3. Imagerie dentaire
4. Tomodensitométrie
5. Imagerie par résonance magnétique (IRM)

e) Documentation des modèles

- Modèle initial (maxillaire supérieur et mandibule)
- Analyse du modèle (analyse indirecte de l'occlusion)
- Modèles diagnostiques
- Maquette en cire
- Set-up
- Intervention chirurgicale sur le modèle??
- Combinaison(s)
- Modèles de travail (maxillaire supérieur et mandibule)
- Modèle final (maxillaire supérieur et mandibule)

f) Diagnostic / Diagnostic hypothétique

- Diagnostic relatif à une dent unitaire ou à un problème affectant la dent unitaire
- Diagnostic global ou portant sur le problème majeur

g) Pronostic fondé sur une évaluation réaliste de la situation initiale, pour

1. Dent unitaire ou problème concernant une dent unitaire
2. Ensemble du cas??

h) Etiologie

Il s'agit d'exposer les causes de la pathologie et d'évaluer les facteurs influençant le déroulement du traitement et le pronostic.

i) Planification du traitement, fondée sur

1. Conclusion du/des examen(s)
2. Diagnostic(s)
3. Souhait(s) du patient
4. But du traitement
5. Déroulement du traitement

j) Documentation du déroulement

1. Avec une description détaillée et la chronologie du traitement mis en oeuvre
2. Dans tous les cas, le candidat entreprendra une réévaluation après le traitement préalable resp. avant la prise de l'empreinte définitive (cf. status clinique)

k) Fin du traitement

1. A documenter par un status clinique final (mêmes paramètres que pour le status clinique initial)
2. Les principaux aspects cliniques et relatifs aux matériaux doivent être mentionnés dans un résumé et faire l'objet d'une discussion lorsqu'il s'agit d'un cas particulier.

Si le candidat fait un status à l'occasion d'un contrôle, il appliquera les mêmes paramètres que lors du status clinique initial.

l) Status final

Le status final doit être documenté de la même façon que le status initial. Le résultat du traitement (succès ou échec) et la prise en charge ultérieure doivent faire l'objet d'une épiscrise.

m) Status post-thérapeutique

Dans au moins deux cas, le candidat présentera la documentation du bilan effectué une année après la fin du traitement restructeur. Il doit être capable d'identifier les autres options existant pour le traitement et d'en discuter le pronostic.