

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Édition belge



Paraît 6x par an | P924893 | Bureau de dépôt Turnhout

BEF.DENTAL-TRIBUNE.COM

ANNÉE 1 - NUMÉRO 3 - SEPTEMBRE 2020

Étude

Mauvaise hygiène buccodentaire et tests PCR positifs

Page 3

Incident au fauteuil

Les bons réflexes: action et prévention

Page 4

Billet d'humeur Hilde Devlieger

Une salle d'attente en plein air

Page 5



INAMI

Intervention corona-virus de 20 euros par patient

Page 5

Hypnose

Quelle est sa place en dentisterie?

Page 5

Dentisterie non invasive

L'intérêt des restaurations adhésives céramiques

Page 8

Chambre Syndicale Dentaire (CSD)

Un renouveau incisif

TEXTE: HUGUES HENRY, PHOTOS: HUGUES HENRY

Organisation professionnelle représentative des dentistes francophones et germanophones de Belgique, la Chambre Syndicale Dentaire (CSD) appuie là où cela fait mal pour défendre ses membres et les patients. «Incisif» est le nom de son magazine et de son site web, et ce n'est pas que pour le plaisir du jeu de mots... La preuve avec son Président, Tareq El Sayyed.

Arrivé à la Présidence de la CSD le 27 juillet 2019, un peu «par la force des choses», Tareq El Sayyed s'investit avec conviction dans son mandat, animé par la volonté de moderniser son association.

En tant qu'organisation professionnelle représentative des dentistes, à l'instar de la Société de Médecine Dentaire (SMD), que nous vous présentions dans la précédente édition de Dental Tribune (#2, juin 2020), la Chambre Syndicale Dentaire (CSD) est active dans de nombreux conseils, agences et organisations, tant belges qu'internationaux. Parmi ceux-ci figure bien évidemment l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), où se joue tous les deux ans l'avenir du délicat «accord national dento-mutualiste», dont le programme a un impact sur l'ensemble de la profession... De quoi nourrir de nombreux débats!

L'image qu'a le patient belge du dentiste est bonne: la vision de l'arracheur de dents est passée

Juste une mise au point

En Fédération Wallonie-Bruxelles, il existe deux organisations professionnelles représentatives des dentistes, la vôtre et la Société de Médecine Dentaire (SMD). Comment se passe la cohabitation?

Tareq El Sayyed: J'aimerais avant tout remettre certaines choses au point. J'ai lu votre interview de mon collègue Patrick Bogaerts, Président de la SMD, dans le Dental Tribune publié en juin, et j'ai été interpellé par le nombre déclaré de ses membres qui ne reflète pas la réalité. Nos associations sont toutes deux membres de la Fédération Dentaire Internationale (FDI) à laquelle nous

devons communiquer le nombre de nos membres. Le dernier chiffre remis par la SMD était de 1.424 dentistes, ce qui est loin des 2.426 déclarés dans votre article... La CSD est, elle, à 1.016 cotisants. Ce sont des chiffres officiels et pas des estimations... Nous sommes toutes deux représentatives des dentistes.

Une partie de vos revenus vient des subventions attribuées par l'INAMI lors des «élections des dentistes», organisées tous les 4 ans, au prorata du nombre de votes qui vous sont attribués. À la dernière édition en 2019, la SMD a recueilli plus de votes que la CSD. Cela fait-il de vous de redoutables concurrents?

T.E.S.: D'un certain point de vue, oui, nous sommes concurrents. Mais nous n'avons pas des divergences au point de ne pas nous entendre. En pleine crise COVID-19, nous avons d'ailleurs initié une collaboration historique, notamment par la mise en place d'un réseau de cabinets d'urgence. Simplement, nous ne partageons pas une même vision de l'évolution de la dentisterie en Belgique, nous avons une petite bataille de chiffres et de représentativité de temps à autre, peut-être aussi un peu d'ego de part et d'autre, mais nous nous entendons plus facilement que les présidents de parti qui doivent former un nouveau gouvernement! D'ailleurs, je suis allé suivre un cours à la SMD l'an passé, c'est vous dire (sourire). Cela n'a pas d'incidence. Et au niveau des commissions de l'INAMI et des décisions qui y sont prises, je peux vous assurer que la profession reste relativement soudée.

Toutefois, si nous prenons par exemple la nouvelle profession d'hygiéniste buccodentaire, créée avec l'ambition d'améliorer pour les patients l'accès à des soins buccodentaires préventifs de qualité, cette «soudure» se craquelle...

T.E.S.: Je ne suis pas pour les hygiénistes buccodentaires. C'était effectivement une demande de la SMD et de la Verbond Vlaamse Tandartsen (VVT), qui a été relayée



par la ministre De Block. Les premières formations ont débuté en 2016 en Flandre et en 2019 en Wallonie. Selon moi, le risque est grand d'avoir ce que nous pourrions appeler des «sous-dentistes». Je ne veux pas être méprisant à leur égard bien sûr, mais il nous faut bien identifier le problème. La CSD siège au Council of European Dentists (CED), dont la SMD n'est pas membre, et nous avons des retours des pays européens qui ont déjà créé la fonction d'hygiéniste. Après quelques années, ces hygiénistes demandent plus de responsabilités et d'autonomie. Aux

Pays-Bas et en Grande-Bretagne par exemple, en plus des détartrages et des examens buccaux, ils souhaitent désormais prendre aussi en charge les petites cavités. Vous aurez donc un dentiste qui a fait 6 ans d'études et un hygiéniste qui en a fait 3 qui pourront faire la même chose, sans formation de base pour le dernier cité... Cela pose un problème. On parle souvent de la dentisterie à deux vitesses et nous allons accélérer le processus, en particulier dans les régions qui manquent de praticiens, comme le Luxembourg. Dans «Madame Bovary», le roman de Gustave Flaubert, Monsieur Bovary n'était pas médecin, il était officier de santé. C'est un titre qui a disparu depuis longtemps en Belgique, mais voilà... ce n'était pas un vrai médecin. Est-ce cela que nous voulons? Ce n'est pas une bonne idée et, au niveau européen, les autres associations essaient de rétro-pédaler. Comme toujours en Belgique, nous nous lançons dans quelque chose qui est déjà «has been» ailleurs.

À quand un Ordre des Dentistes?

Il est une question qui vous rassemble, la SMD et vous: celle de la création d'un Ordre des Dentistes.

T.E.S.: Oui, la SMD et la CSD portent



Dr Tareq El Sayyed, Président de la CSD.

avec détermination le projet de création d'un Ordre des Dentistes. Mais il ne faudrait pas que ce soit comme l'Ordre des Médecins... une réunion de copains. Un Ordre des Dentistes doit être ouvert à tous, membres d'une association ou pas, et surtout avoir beaucoup de transparence. Quand une plainte est déposée à l'Ordre des Médecins, vous êtes informé à l'issue de l'affaire que des mesures ont été prises, mais

[Lire la suite en page 6](#)



Interview de Bertrand Dassargues:

Aborder toute situation avec sérénité

Pages 4-5

CURAPROX



SWISS PREMIUM ORAL CARE 

L'incident au fauteuil: comment réagir, mais aussi le prévenir

TEXTE: GWENA ANSIEAU

Bertrand Dassargues, infirmier urgentiste, connaît bien le milieu de la dentisterie: il donne régulièrement des formations sur la gestion des urgences médicales au fauteuil, proposées par la Société de Médecine Dentaire (SMD). Quel matériel faut-il avoir à portée de main, quels gestes poser, comment rassurer le patient? Tour d'horizon des bons réflexes à avoir... et à entretenir!

«Je reste convaincu que si un dentiste se forme régulièrement et s'entraîne, il abordera la problématique avec beaucoup plus de calme et de sérénité que s'il s'est formé 20 ou 30 ans plus tôt. On fait bien ce que l'on fait souvent, qu'on soit fraîchement diplômé ou en fin de carrière.» De l'arrêt cardiaque aux incidents mineurs Bertrand Dassargues présente l'essentiel de ce qu'un dentiste devrait savoir pour aborder toute situation avec sérénité.



Bertrand Dassargues, infirmier urgentiste, anime des formations sur la gestion des urgences médicales au fauteuil.

La véritable urgence: l'arrêt cardiaque

L'arrêt cardiaque chez le dentiste reste heureusement très rare, avec 3,3 cas pour 1.000 dentistes et par année de pratique, en France et en Belgique*. Cette étude a également souligné que 63,6% des dentistes ayant répondu au questionnaire ne se sentaient pas capables de prendre en charge un tel évènement.

Réanimation cardiopulmonaire de base: des normes revues tous les cinq ans

Après le rappel de l'existence de trois niveaux de secours en Belgique (ambulance, Paramedical Intervention Team (PIT) et Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)), Bertrand Dassargues aborde la théorie. «Le European Resuscitation Council (ERC) a été créé en 1989. Il garantit un protocole précis et une formation homogène en Europe, avec des normes de réanimation mises à jour tous les cinq ans, pour suivre l'évolution scientifique de cette prise en charge», explique-t-il. «Les nouvelles normes sont prévues pour novembre 2020. Qu'est ce qui peut changer? Il y a 15 ans, on pratiquait 15 compressions et 2 insufflations. Maintenant, on recommande 30 compressions et 2 insufflations. Des études ont montré qu'avec un cycle de 30 compressions, on obtient une meilleure récupération.»

Après ce premier volet théorique vient un entraînement avec deux mannequins. «Il est essentiel que chacun ressente la sensation de masser un thorax: l'arrêt cardiaque

est un évènement tellement stressant qu'il faut absolument s'exercer pour dépasser ses craintes le jour où on y fait face. Certes, les dentistes reçoivent cette formation pendant leur cursus, mais ils peuvent passer 10 ou 20 ans sans refaire les gestes. Pas évident, en situation d'urgence, de faire appel à des souvenirs anciens et pas forcément en adéquation avec les normes actuelles.»

→ Le +: le Pocket Mask, avec une valve anti-retour (5 €)

Le défibrillateur: dédramatiser son utilisation

Depuis 2007, on trouve des défibrillateurs automatiques externes (DEA) en libre accès dans la plupart des lieux publics. «Mais beaucoup de gens n'osent pas s'en servir, craignant mal faire. Or, s'ils sont accessibles, c'est qu'ils sont inoffensifs: un DEA est programmé pour décider ce qu'il doit faire. Si vous placez les patches du défibrillateur sur une personne qui n'est pas en arrêt cardiaque, la machine ne «choquera» pas. Si le stress vous empêche de bien l'utiliser, la machine décidera s'il faut délivrer un choc au patient. Trop de gens ont peur et ne vont pas chercher le défibrillateur. Pourtant, si vous l'utilisez dans les deux premières minutes de l'arrêt cardiaque, vous augmentez les chances de survie de 60%.»

Par quoi commencer en cas d'arrêt cardiaque? On prévient les secours. «Ensuite, dans un premier temps, on débute la réanimation. Si on sait qu'il existe un défibrillateur accessible, on l'envoie chercher. Dès qu'il arrive, on

arrête le massage et on le branche immédiatement.»

→ Faut-il investir dans un défibrillateur automatique? «C'est un grand débat... Il faut compter 1.000 à 2.000 euros pour la machine, et y ajouter un contrat d'entretien annuel. En France, 8,6% des cabinets en sont équipés, c'est sans doute moins en Belgique.»

Les incidents médicaux au cabinet

Moins traumatisants, et toujours peu fréquents, des incidents imprévus s'invitent parfois au fauteuil. Le stress du patient en est souvent à l'origine.

Le malaise vagal: le plus courant

Le stress, la vue du sang ou d'une aiguille, et le patient perd connaissance, ou se sent «partir». On place le patient en position de Trendelenburg: allongé, la tête légèrement plus basse que le corps. «Dès qu'il revient à lui, on lui demande s'il se sent capable de faire le soin. Je recommande toujours de ne pas forcer quelqu'un qui a fait un malaise vagal lié au stress, car il risque de recommencer. Je conseille plutôt de lui proposer des thérapies brèves, des thérapies cognitivo-comportementales, de l'hypnose, etc. pour l'aider à vaincre cette phobie.»

La crise d'hyperventilation: l'autre classique

Stressé, le patient se met à respirer trop vite, ce qui perturbe les échanges gazeux pulmonaires. Avec calme, le dentiste l'invite alors à prendre de grandes inspirations et expirations, et si cela ne suffit pas, il l'amène à respirer dans un sac pour retrouver un équilibre acidobasique sanguin. «Dans 95% des cas, cela se règle en étant posé et doux avec le patient, en s'exprimant calmement, voire en respirant avec lui.»

Diabète: gérer un déséquilibre

Moins fréquemment, le dentiste peut se retrouver face à un patient diabétique dont la glycémie est perturbée par le stress. «Il arrive aussi que le patient soit déjà déséquilibré en arrivant. En général, ces patients se connaissent, et s'ils sentent venir l'hypoglycémie, ils demandent quelque chose de sucré. On leur donne alors une boisson sucrée, pour l'effet immédiat, mais aussi quelque chose à index glycémique plus faible (tartine, biscuit, etc.), pour éviter une hypoglycémie réactionnelle 20 minutes plus tard.»

La crise d'épilepsie: on oublie les remèdes de grand-mère

La crise d'épilepsie reste impressionnante. «Et là, j'explique surtout ce qu'il ne faut pas faire! Beaucoup de croyances populaires sont erronées, voire dangereuses. Non, il ne faut pas ouvrir la bouche du patient et mettre deux doigts pour éviter que la langue ne bascule en arrière, ce qui ne peut pas se produire. Vous risquez surtout d'être mordu! Oui, le patient épileptique va sans doute se mordre la langue, mais ce n'est pas grave! Que faire alors? Laisser passer la crise et éviter le suraccident: ne pas placer un objet dur entre les dents, ce qui pourrait endommager celles-ci, éloigner tout ce qui pourrait blesser le

Charlotte Delorme, dentiste généraliste, formée à l'hypnose

Temps, confiance et coopération: les clés de la relation thérapeutique



Dr Charlotte Delorme.

«J'ai eu des incidents au fauteuil en début de carrière, et c'est ce qui m'a amenée à faire de l'hypnose. Mais, en réalité, maintenant, je ne l'utilise quasiment jamais! Pourtant, il y a eu un avant et un après l'hypnose dans ma prise en charge des patients. Ces formations m'ont beaucoup apporté en termes de communication: c'est une expérience humaine très intéressante.»

La confiance, clé de la relation

«Je propose des consultations spécifiques "hypnose", et je reçois des patients qui sont demandeurs, suite à des incidents qu'ils ont vécus. Mais, en fait, je ne vais pas forcément recourir à l'hypnose, j'essaie surtout de redonner confiance aux gens. Et si, lors d'une consultation classique, il y a un souci, alors je vais utiliser des techniques d'hypnose, mais sans aller dans de l'hypnose profonde.» «L'hypnose, c'est une manière d'être, une prise en charge différente. C'est compliqué, pour un patient, d'être chez le dentiste: il y a des bruits, des odeurs, une ambiance. Pour chaque nouveau patient, j'adapte ma prise en charge: ma manière d'être, de parler, de l'accueillir, de l'installer d'abord au bureau, etc. J'explique ce qu'on va faire. Le point de départ, c'est la confiance, qui met le patient à l'aise.»

Prendre le temps

«Si un patient fait un malaise vagal, je fais ce qu'il faut pour qu'il aille mieux, et je lui laisse du temps. Une fois que j'ai gagné sa confiance, mon but est de lui donner les clés, la méthodologie, pour qu'il soit autonome. Qu'il sache, quelles que soient les circonstances, trouver le moyen

de se détendre, et de se mettre dans un environnement propice aux soins. Pour chaque individu, j'ai une technique et une manière de faire différentes, c'est principalement une question de feeling. Il faut prendre énormément de temps, c'est pour moi la base: pouvoir dire "O.k., on fait une pause, on écarte tout, on respire". Ensuite on voit si on part sur de l'hypnose, et il y a plusieurs manières de faire. Quitte à faire le soin la fois suivante, le temps de trouver une technique qui apporte le plus de confort au patient et lui donnera l'envie de coopérer.»

«Donc, même lorsque des patients viennent pour de l'hypnose, je n'en fais pas nécessairement, parce qu'il suffit souvent de leur laisser le temps. Pour moi, l'incident arrive quand le patient se sent seul, quand il sent le chrono du dentiste, etc. Si on lui laisse la possibilité d'appréhender la pièce, le fauteuil, de s'installer confortablement, sans lui montrer les aiguilles, etc., en lui présentant le miroir, la lumière, en expliquant ce qu'on va faire, ça se passe bien. C'est devenu une partie intégrante de ma prise en charge. Moi aussi, je me sens bien comme ça: tout le monde est gagnant!»

patient, baisser le fauteuil, se mettre sur le côté pour éviter qu'il n'en tombe, etc. Une fois la crise passée, le patient sera exténué, et il faudra le calmer, lui expliquer ce qui s'est passé.»

L'inhalation d'un corps étranger: appliquer les bons gestes

Le patient avale un tampon de coton ou un composite? S'il passe dans les voies digestives, il sera évacué naturellement. Si, par contre, le patient n'est plus capable de parler, de tousser, et que plus aucun son ne sort de sa bouche, nous sommes face à une obstruction sévère et totale. «Le dentiste pratiquera alors une manœuvre de désobstruction, autrefois appelée manœuvre de Heimlich. La plupart du temps, cette

technique est efficace.» Si malgré cela, l'obstruction n'est pas levée, contactez le 112!

Le choc anaphylactique: en voie de disparition

C'est le plus souvent une réaction causée par l'excipient. La solution? Un stylo auto-injecteur d'adrénaline. «Mais cela arrive de moins en moins, car les sociétés pharmaceutiques sont plus vigilantes sur ce point. La plupart du temps, on constate de simples réactions allergiques (réaction locale cutanée, boutons), pour lesquelles on prévoit un antihistaminique classique.»

* Pour en savoir plus, veuillez consulter le site web www.sfm.u.org.

Béatrice Willot-Leclercq, maman d'une patiente, Bruxelles

«J'accompagnais ma fille qui devait se faire retirer des fils. Je lui tenais la main pour la rassurer, mais à la vue du sang, je me suis sentie mal. J'ai dû lui expliquer que je devais la laisser pour ne pas être un problème, et je suis allée m'asseoir sur une chaise pour éviter de tomber par terre. Cela n'a pas suffi, et je suis allée m'allonger dans la salle d'attente sur un fauteuil. La dentiste m'a parlé tout le temps, même à distance, en continuant les soins, puis m'a apporté de l'eau sucrée. J'étais



Béatrice Willot-Leclercq.

rassurée de voir qu'elle savait quoi faire pour m'aider tout en restant concentrée sur les soins.»

Le b.a.-ba du défibrillateur

Le défibrillateur automatique possède en général deux boutons: «on/off» et «choc». Appuyez sur «on» et suivez les messages vocaux de la machine: débarrasser la poitrine du patient et placer les deux électrodes. Sur celles-ci, un schéma représentant un corps humain montre où les coller, l'une après l'autre. Ensuite, vous les connectez à la machine, qui dira alors «analyse

du rythme cardiaque en cours», puis le cas échéant, «choc recommandé, ne touchez pas le patient», ensuite «préparation du choc», puis «choc préparé, appuyez sur le bouton clignotant orange». Le choc est alors délivré. La machine annonce alors «vous pouvez reprendre la réanimation», et vous recommencez à masser.

Quelle place pour l'hypnose en dentisterie?

Le mot «hypnose» fait toujours un peu peur. Pourtant, ses différents outils permettent d'obtenir, entre autres, une hypnoanalgésie, l'arrêt d'un saignement, la gestion des nausées ou une meilleure cicatrisation. «Pour arrêter un saignement, par exemple, j'utilise une métaphore thérapeutique», explique Kenton Kaiser, dentiste, formateur au Centre Universitaire d'Hypnose de Liège dirigé par la Pr M.-E. Faymonville et co-fondateur, secrétaire et formateur de L'Association Francophone d'Hypnose Médicale et Dentaire. «J'accompagne la personne afin qu'elle trouve cet état de processus hypnotique et demande à son cerveau de fermer la baignoire, pour l'empêcher de déborder. Et le saignement s'arrête. Consciemment, nous ne pouvons pas accéder à ces ressources, puisque la circulation sanguine se fait à un niveau non conscient, mais grâce à l'hypnose, nous pouvons recourir à ces outils.»

Communiquer par les mots et le corps

Mais avant d'en arriver à l'hypnose, certaines techniques de communication aident le patient à se sentir bien. «Et là, tout le monde devrait maîtriser ces techniques», insiste Kenton Kaiser. Un exemple? Si je vous dis: "Cela ne fera pas mal", vous penserez automatiquement à la douleur. Mieux vaut l'exprimer autrement: "Cela pourrait être un peu sensible". C'est la même chose, sans connotation négative. Enfin, étant donné que seulement 30% de notre communication passe par la parole, c'est aussi tout un état d'esprit, une corporalité, à avoir. Ces outils sont nécessaires pour accompagner le patient de façon efficace.»

Quand la recherche s'en mêle

L'hypnose, comme la méditation pleine conscience, a rejoint les neurosciences. «Pendant longtemps, on l'a utilisée sans comprendre ce qui se passait. Aujourd'hui, les recherches ont montré que le proces-



Dr Kenton Kaiser, formateur au Centre Universitaire d'Hypnose de Liège.

sus hypnotique produit des ondes thêta, des ondes cérébrales qu'on voit sur un électroencéphalogramme.» Au CHU de Liège, les travaux de la Pr Marie-Élisabeth Faymonville sur l'hypnoanalgésie ont permis de comprendre que le cerveau reçoit la stimulation douloureuse, mais ne la traduit pas. «Nous n'en prenons donc pas conscience! La douleur monte jusqu'au cerveau mais ne "redescend" pas. Ainsi, lors d'une hypnoanalgésie, ce n'est pas la zone du soin qui est endormie, mais une zone du cerveau. Nous avons des outils pour le mesurer: des IRM, des PET scans, etc.»

Préserver la dimension humaine dans un métier technique

L'hypnose est-elle l'avenir de la dentisterie? «Je pense que non, car le mot "hypnose" est amené à évoluer, et nous n'avons pas besoin de tous ses outils. Par contre, la communication thérapeutique qui découle de l'hypnose médicale est essentielle au cabinet. C'est important de le souligner: j'ai parfois l'impression que la dentisterie de ces dernières années est devenue plus technique. Les soins n'en sont que meilleurs, mais il ne faut pas que cela se fasse au détriment de la relation soignant-soigné: nous avons besoin de cette relation thérapeutique de personne à personne.»

Vinciane Debruyne, dentiste généraliste aux Cliniques de l'Europe à Bruxelles et en cabinet privé

«La communication est essentielle»

«Pour moi, ce qui fait la différence, c'est le temps. Face à un patient anxieux, prendre le temps de dialoguer, de le mettre en confiance, quitte à faire le soin à la séance suivante. La communication est essentielle. Je reconnais assez vite le patient qui a peur: il présente parfois des tics nerveux, parle beaucoup ou pas du tout... Il suffit souvent de poser une ou deux questions pour qu'il exprime lui-même son angoisse ou sa panique. Nous ne sommes pas suffisamment préparés à gérer cela. Pour aider ces patients, il faut surtout, dans un premier temps, se sentir concerné par leur situation, et les rassurer. Il existe aussi des formations pour apprendre à



Dre Vinciane Debruyne.

gérer leur stress, mais l'expérience acquise au fil des années facilite fort leur prise en charge.» ■

Une intervention coronavirus pour compenser l'impact financier de la pandémie

TEXTE: ANDY FURNIERE

En raison de toutes les mesures de protection spécifiques nécessaires et de la diminution du nombre de patients, la pandémie de COVID-19 a eu un impact financier sur tous les dispensateurs de soins travaillant en ambulatoire. Les dentistes ont fait partie des groupes les plus lourdement touchés. L'INAMI leur a dès lors accordé une intervention coronavirus plus élevée – 20 euros par patient – qu'à la plupart des autres professions.

Fin juin, le comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé le système visant à offrir un soutien financier aux dispensateurs de soins en ambulatoire. Ces derniers ont dû en effet consentir d'importants investissements pour satisfaire aux mesures de protection instituées dans le cadre de la crise du coronavirus, par exemple pour l'achat de matériel comme les gants, les masques, les blouses, les lunettes, les visières, les appareils de stérilisation, le gel et le spray hydroalcooliques. Parallèlement, ils ont vu nettement moins de patients que normalement. Au total, l'INAMI a dégagé une enveloppe de 150 millions d'euros afin d'accorder une intervention partielle pour les prestations de soins avec contact physique effectuées du 4 mai au 31 août. Les mutualités verseront l'intervention de l'INAMI,

en une seule fois, à la fin de l'année. Seules les attestations remboursées avant le 31 octobre sont éligibles. Il est dès lors conseillé aux dispensateurs de soins de demander à leurs patients de rentrer leurs attestations de soins donnés le plus vite possible auprès de leur mutualité. Alors que les médecins et les kinésithérapeutes reçoivent une intervention de 2,50 euros par consultation, la compensation coronavirus pour les dentistes s'élève à 20 euros par contact patient. Ils pourront demander cette intervention pour 200 contacts patients maximum par mois calendrier, ce qui revient à un maximum de 4.000 euros par mois. Ce soutien est accordé à tous les dentistes, qu'ils soient conventionnés ou non. Cette même disposition est valable pour les médecins spécialistes en stomatologie et en ORL.

Par ce montant plus élevé, l'INAMI reconnaît la situation particulière des dentistes. Ils ont en effet dû prendre beaucoup plus de mesures de protection que les autres dispensateurs de soins en raison de la production d'aérosols pendant les traitements dentaires.

Dans un communiqué commun, les associations professionnelles ont exprimé leur satisfaction à l'égard de ce soutien financier. «Par ce biais, le gouvernement exprime sa compréhension pour les circonstances difficiles dans lesquelles les soins dentaires doivent être administrés», ont-elles déclaré.

Il est aussi important que le coût des mesures prises ne soit pas répercuté sur le patient. L'interdiction de facturer des suppléments pour des mesures et du matériel de protection reste d'application.

Il ne devrait en outre pas être nécessaire de dégager un budget supplémentaire pour les interventions financières. Comme on a consommé nettement moins pendant la crise, ces compensations rentreraient dans les budgets prévus pour 2020. ■

Billet d'humeur

Hilde Devlieger

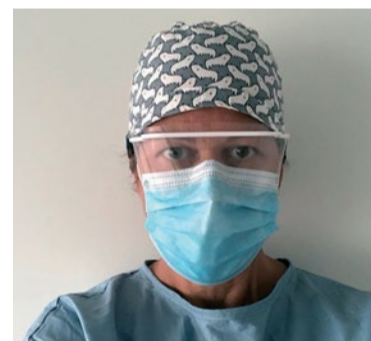
Une salle d'attente en plein air

La COVID-19 domine toujours nos faits et gestes quotidiens. Prenons par exemple l'interdiction de rassemblement. Une salle d'attente est par définition un espace où l'on attend – et autant en profiter pour s'y rassembler en toute convivialité. Mais hélas, trois fois hélas, ce n'est plus possible pour l'instant! Une conséquence de cette interdiction de rassemblement est que le problème s'est tout simplement déplacé à l'extérieur. Nous avons en effet scotché sur notre porte d'entrée une affiche asociale et antipathique reprenant le message que maximum trois personnes peuvent prendre place dans la salle d'attente. Et donc, une nouvelle zone d'attente s'est créée, à rendre jaloux les Colruyt, Delhaize et Aldi!

Je l'observe tous les jours, puisque je travaille à front de rue. Mon cabinet est certes isolé par un film plastique collé sur les vitres, mais j'aperçois et j'entends chaque patient qui arrive au cabinet. Souvent, en pleine conversation sur son smartphone – portant généralement sur le traitement à venir, je peux donc écouter sans vergogne –, puis le dialogue s'arrête brusquement quand ses yeux tombent sur notre horrible affiche!

Malgré elle, il entre. Difficile de faire autrement, car comment peut-il savoir combien de gens patientent déjà dans la salle d'attente? Chez nous, cette salle d'attente est située au beau milieu du cabinet, à l'abri des regards curieux.

J'entends alors la jolie voix de notre réceptionniste dire quelque chose, j'entends ensuite «Ooooh, o.k.,



j'attends dehors alors!», et bim, le patient se retrouve à nouveau à la rue. Une saynète qui se produit actuellement avec la régularité d'une horloge. Car, c'est avec le rouge de la honte aux joues qu'il nous faut bien avouer que nous exigeons l'exactitude de nos patients, mais que nous péchons aussi en prolongeant les rendez-vous!

Après le confinement, nous avons et nous avons encore toujours un énorme retard à rattraper et il fallait et faut mettre les bouchées doubles. L'agenda est plein à craquer et chaque rendez-vous est minutieusement chronométré. Mais comme nous sommes des gens humains, chaque patient doit bien évidemment aussi tailler une petite bavette avant, pendant et après. Et alors nous l'écoutons avec patience et compassion tout en maudissant le jour où nous avons décidé d'installer un petit bureau dans le cabinet, car il n'y a rien qui invite autant à s'asseoir et à raconter votre vie qu'un petit bureau. Et ce malgré le fait que tant le patient que moi, nous devons dire cinquante fois que nous n'avons pas compris, car se comprendre n'est vraiment pas une sinécure.

Pour l'instant, j'expérimente avec des alternatives: «Pardon?», «Que dites-vous?», «Pouvez-vous répéter?», «Sorry?» ou «Mmmmm» si vous perdez tout intérêt.

Donc, les rendez-vous s'éternisent, ce qui entraîne bien vite des scènes hilarantes en dehors du cabinet, c'est-à-dire sous mes yeux. J'aperçois maintenant à travers le film occultant de la vitre des ombres humaines en file, et c'est ainsi que nous sommes parvenus à créer une impression de salle d'attente devant notre porte. On y rit, bavarde joyeusement, parfois l'un d'entre eux bouge avec tellement d'entrain au rythme de la musique de son smartphone que cela me donne envie de faire pareil, ce qui n'est pas idéal quand vous êtes occupée avec des instruments tranchants!

Notre cabinet est situé en face d'un supermarché et, jusqu'il y a quelques semaines, je voyais tous les jours de longues files de gens avec leur caddie attendant qu'on les autorise à entrer pour faire leurs provisions.

J'ai même envisagé de conclure un accord avec le magasin en question afin de lui emprunter des caddies, et je les voyais déjà: patient plus caddie, patient plus caddie = distance physique garantie! Mais qui allait devoir désinfecter tout ça? Nos assistantes ont déjà suffisamment de problèmes respiratoires avec les pulvérisations et le nettoyage... Et quid s'ils font une griffe dans une voiture parquée? Je vois déjà les plaintes affluer.

Bref: où reste ce vaccin?

Bonnes semaines de travail à tous et toutes! ■

PUBLICITÉ

3M Science.
Applied to Life.™



3M™ Filtek™ Universal Restorative

Simpelweg
eenvoudiger.

3M.nl/FiltekUniversal
3M.be/FiltekUniversal

► Suite de la page 1

vous n'en savez pas plus... En ce qui nous concerne, ce serait une avancée positive pour organiser un contrôle des cabinets qui n'appliqueraient pas toutes les normes d'hygiène ou seraient en défaut de certaines assurances. Sans compter les problèmes de publicité, que ce soit sur Internet ou dans les journaux. Il serait préférable que ce soit géré par un Ordre des Dentistes plutôt que par la Justice ou les Commissions médicales provinciales.

Un autre de vos chevaux de bataille n'est-il pas la marchandisation de l'art dentaire, qui serait à l'œuvre à travers la création de cabinets de grande taille?

T.E.S.: Je ne suis pas opposé à la création de grands cabinets, mais j'exprime certaines interrogations: quel est le statut des praticiens qui vont y travailler? Y travailleront-ils sur le long terme ou seront-ils interchangeables? Les réponses à ces questions pourraient mettre en lumière des problèmes en matière de suivi du patient. Celui-ci apprécie son dentiste de référence, en qui il a confiance. C'est important dans notre pratique. Mais s'il arrive dans un grand cabinet où les praticiens se succèdent, qu'advient-il de la relation de confiance? Ensuite, il n'est pas question que le dentiste soit soumis à une pression économique pour réaliser les soins, qu'elle soit suggérée - voire décidée - par les propriétaires du cabinet. Nous devons conserver notre libre arbitre. Pouvoir toujours suivre notre patient et discuter avec lui. La question d'une plus grande communication entre le patient et son praticien fait d'ailleurs l'objet d'une discussion à l'INAMI.

Un mot d'ordre: moderniser

Revenons à la CSD... Mais avant, dites-nous pourquoi vous aviez choisi cette association professionnelle, en 1984, à la sortie de vos études à l'Université Libre de Bruxelles?

T.E.S.: J'ai dû recevoir un courrier où ils proposaient une défense professionnelle et des assurances essentielles à un prix intéres-

Pratiquer dans son cabinet, et au-delà!

Tareq El Sayyed se dirige tout doucement vers sa pension, prévue en 2026. Si certains praticiens décident de partir à l'étranger pour clôturer leur carrière sous des cieus cléments, tels ceux de l'Espagne ou du Sud de la France, il a lui mis le cap sur une tout autre destination...



Dr Tareq El Sayyed.

maintenant associé dans un cabinet à Saint-Petersbourg, où je me rends 10 jours par mois. C'est une ville amusante, à seulement deux heures de vol...»

sant pour un jeune dentiste... Très honnêtement, je n'étais alors pas du tout au fait de l'actualité de la profession. À la sortie de l'université, il me semble que je n'étais même pas conscient qu'il existait des commissions à l'INAMI qui décidaient de tant de choses pouvant influencer notre pratique, et je ne l'ai découvert que plus tard (sourire)...

Cela fait plus d'un an que vous remplissez votre mandat de Président de la CSD et vous semblez, désormais, avoir une vision très claire des actions à entreprendre pour développer votre association.

T.E.S.: Moderniser l'association me semble crucial. Le nom Chambre Syndicale Dentaire nous semble un peu vieillot. Je ne renie pas le passé, auquel nos membres plus anciens sont très attachés, mais il faut aller de l'avant, être plus communicatif, proposer un meilleur site web, etc. Au sein de notre Conseil d'Administration, nous avons trois membres de l'Association pour la Pratique de l'Art Dentaire (APAD): Fabrice Bolland, Vice-Président, Michaël Cesa, Secrétaire Général, et Nathalie Humpers, Administrateur, qui nous apportent leur expertise à différents niveaux. Tout d'abord, en matière de

communication, avec nos membres et vers l'extérieur. L'un de nos soucis est d'arriver à favoriser l'éducation en matière d'hygiène buccodentaire, particulièrement en arrivant à sensibiliser les populations les plus marginalisées, pour qui les soins dentaires restent un gros budget. Ensuite, en matière d'organisation de cours d'accréditation. Cette collaboration n'implique évidemment pas une fusion de nos cours avec ceux de l'APAD. Notre volonté est de dispenser des formations de qualité et financièrement accessibles au plus grand nombre. L'un de nos buts pour les années à venir est d'en proposer en nombre dans les zones où elles font défaut, comme le Luxembourg ou la botte et l'ouest du Hainaut. Ces provinces posent un problème en raison du manque de praticiens et de jeunes qui veulent s'y installer.

Cet abandon, en quelque sorte, ne nuit-il pas à l'image de la profession, qui devrait être présente partout au service des patients?

T.E.S.: C'est effectivement une question d'actualité à laquelle nous devons apporter des réponses. Je pense que globalement l'image du dentiste en Belgique est bonne. La vision de l'arracheur de dents est passée (sourire). Désormais, nous devons donc maintenir une confiance mutuelle entre praticiens et patients. Pour y arriver, il faut éviter les dérapages de part et d'autre. Du côté des praticiens, ce seront par exemple ceux qui estiment mal le prix de leurs soins... Du côté des patients, je citerai notamment ceux qui abusent des réseaux sociaux et de certains sites pour propager des propos désobligeants souvent non fondés. Il peut survenir des contradictions, mais autant privilégier la communication et le respect. Certains commentaires démolissent gratuitement des individus. Je ne comprends pas... Nous avons bien réussi à corriger les tweets de Donald Trump, alors pourquoi ne pourrions-nous pas y arriver ici aussi (sourire)? ■

Avec la collaboration de Michèle Aerden, Administrateur de la CSD, première femme élue Présidente de la Fédération Dentaire Internationale (FDI) qui fête en septembre 2020 ses 120 ans.

Quelques repères historiques (1964-2020)

- 1963-1964: les Chambres Syndicales Dentaires, comme les Chambres Syndicales Médicales, sont constituées lors des événements médico-dento-sociaux provoqués par les projets de réforme de l'Assurance Maladie du ministre Edmond Leburton. Elles sont alors réparties en 5 Chambres autonomes (2 pour la Wallonie, 2 pour la Flandre et 1 pour Bruxelles) réunies dans une Fédération Nationale disparue aujourd'hui.
- 1978: la fusion des Chambres wallonnes donne naissance aux Chambres Syndicales Dentaires de Wallonie qui changent leur nom en Chambre Syndicale Dentaire en 1988.
- 1994: la création d'une nouvelle asbl réunit les praticiens wallons et bruxellois sous le nom de Chambres Syndicales Dentaires. S'ensuivent plusieurs modifications des statuts menant, en 2016, à l'adoption du nom Chambre Syndicale Dentaire (au singulier) et d'un nouveau logo.
- Le rôle de la CSD est depuis ses débuts la défense de l'exercice de

la profession médico-dentaire. Ses représentants étaient, au départ de la Commission Nationale Dento-mutualiste, les seuls négociateurs des accords pour le banc francophone. De même, ils ont toujours joué un rôle important dans les organisations dentaires internationales: Council of European Dentists (CED), Fédération Dentaire Internationale (FDI) et Organisation Régionale Européenne (ORE).

- Depuis sa création, l'histoire de la CSD est émaillée de combats et de victoires, qui vont de la réduction de moitié de la taxe de l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire (AFCN) sur les appareils à rayons X, à d'importantes campagnes de promotion de la santé buccodentaire, en passant par des procès pour exercice illégal, par la lutte contre la publicité ou, plus récemment, par sa forte implication dans la gestion de la pandémie de COVID-19.
- La CSD dispense également des cours et formations qu'elle souhaite accessibles au plus grand nombre.

Contacts

www.incisif.be
071/31 05 42
csd@incisif.be

LES NOUVELLES INNOVATIONS DE G·U·M®

LA MARQUE N° 1 DU NETTOYAGE INTERDENTAIRE

TRAV-LER®



- ✓ +25% DE PLAQUE ÉLIMINÉE*
- ✓ BRINS ANTIBACTÉRIENS

Disponible en 10 tailles différentes:



Notre **nouvelle** brosse
ISO 7 maintenant disponible



1 BROSSE
2 POSITIONS

VOTRE
CHOIX!

- ✓ +25% DE PLAQUE ÉLIMINÉE*
- ✓ BRINS ANTIBACTÉRIENS
- ✓ MEILLEURE ERGONOMIE

BI-DIRECTION

Disponible en 3
tailles différentes:

0,7 mm - ISO 1

0,9 mm - ISO 2

1,2 mm - ISO 3



*Par rapport à un filament normal

NOUVELLE GÉNÉRATION
PLUS DE CONFORT & PLUS DE CONTRÔLE

Intérêt des restaurations adhésives céramiques en dentisterie non invasive

TEXTE: DR DAVID HACMOUN

Cet article est extrait de *Dental Tribune France*, édition 2020-6.

Les principes contemporains de la dentisterie actuelle doivent s'inscrire dans la notion de « gradient thérapeutique ». Édité en 2009 par les Drs G. Tirlet et J.-P. Attal, ce principe propose de choisir lors du plan de traitement les méthodes les moins invasives pour nos patients. C'est dans ce sens que nous proposons aujourd'hui davantage en dentisterie esthétique le recours à l'éclaircissement, aux aligneurs et aux restaurations adhésives en céramique.

Les dernières évolutions des biomatériaux nous offrent des possibilités de reconstitutions indirectes qui répondent à la fois aux critères de solidité, de biocompatibilité, de pérennité et d'esthétique. Actuellement les coûts proposés pour ces onlays par les laboratoires de prothèse de nouvelle génération qui intègrent en leur sein des centres d'usinage hautement équipés sont très accessibles. Ils nous permettent de démocratiser une dentisterie performante de qualité pour l'ensemble de nos patients grâce à leur équipement high tech pour notre activité quotidienne. Je tiens à remercier le laboratoire Crown Céram (en Alsace) avec lequel nous avons réalisé ce traitement. En plus d'être équipés en usineuse, imprimantes 3D, four de cuisson, etc. des plus performants sur le marché, ils disposent de compétences humaines grâce à leur équipe d'ingénieurs, de prothésistes designers, de céramistes, et de chef de production qui réalisent des contrôles qualité tout le long de la chaîne de production. La visite d'un tel laboratoire nous en dit long sur l'évolution du métier de prothésiste ! Expérience que je vous invite à vivre...

Cas clinique

Une patiente âgée de 34 ans consulte pour une demande esthétique. Elle est adressée par son chirurgien plasticien pour notre avis sur son état dentaire et d'éventuelles possibilités de dentisterie esthétique.

À l'examen clinique, nous notons une déviation mandibulaire et un sourire asymétrique. Au niveau parodontal, on note un parodonte tuméfié et inflammatoire ainsi que de multiples récessions parodontales: le diagnostic de parodontite à progression rapide est posé. Au niveau occlusal, il existe

un articulé inversé sur 12, un léger encombrement incisive mandibulaire et une bécane postérieure droite importante.

Plan de traitement

1. Dans un premier temps nous réduisons l'inflammation parodontale par plusieurs séances de lithotritie parodontale sous microscope et mise en place d'une désinfection quotidienne des tissus mous adaptée à la perte des volumes gingivaux. La réévaluation après 3 mois nous aura permis de commencer les mouvements orthodontiques.
2. Secondairement, une amélioration de l'agencement dentaire est obtenue par le port d'aligneurs orthodontiques pendant 6 mois, suivi de la phase de contention.
3. Enfin l'occlusion est stabilisée par le calage postérieur via des table top en Emax.

Contenu de la bécane résiduelle sur les dents 47,46 et 45 de 2 à 3 mm, nous avons opté pour un matériau céramique collé pour un minimum de préparation et une bonne résistance à l'usure lors de la mastication. C'est donc par l'utilisation de feldspathique enrichie en disilicate de lithium Emax (Ivoclar Vivadent) que les contacts sont retrouvés. C'est une solution de compromis acceptée par la patiente qui a refusé un traitement orthodontique plus lourd et une chirurgie orthognathique. Cette option permet

en deux séances et en respectant le principe d'économie tissulaire, de retravailler la forme occlusale des dents 47, 46, 45. Une légère réduction homothétique des cuspidés de 47, majoré d'un large congé pour 46 et 45 pour une stabilisation de la restauration, nous ont permis de rester dans l'émail, de simplifier la forme occlusale pour une bonne adaptation et de contrôler l'épaisseur disponible pour la céramique

Étapes cliniques des réalisations des table top en Emax

Séance 1:

Réduction occlusale en respectant les principes d'homothétie. Les préparations doivent présenter des réductions d'au minimum 1 mm d'espace occlusal en tout point de la préparation. Si cet espace existe déjà, une simple mise à plat de la face occlusale est réalisée pour faciliter la conception de la céramique. De larges congés sont réalisés sur les dents 46 et 45 pour donner une stabilité au table top. Dans la même séance, l'empreinte a été réalisée par scanner numérique (Itero scanner), puis envoyée directement par mail au laboratoire de prothèse (Crown Ceram). Un screenshot du wax up numérique est à ce stade demandé pour contrôler la morphologie des futures céramiques. Les préparations étant superficielles et amélaire, aucun système provisoire n'est utilisé.

Séance 2:

Réception des table top, vérification des pièces prothétiques sur le modèle et essai en bouche sans mettre en occlusion car il est difficile de manier ces table top dans le secteur postérieur. La conception des pièces prothétiques prend en compte l'exigence d'occlusion souhaitées: rétablir les contacts occlusaux pour stabiliser l'occlusion postérieure. Le contrôle occlusal est réalisé en fin de séance après dépose de la digue. La vérification des adaptations a été faite sous microscope Zumax à fort grossissement.

Étapes de collage

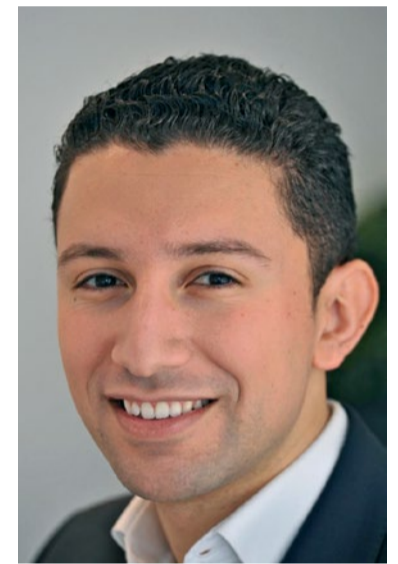
Respect du protocole des produits de la firme Ivoclar Vivadent. Avec mise en place d'un champ opératoire (Nic Tone heavy) et ligature au fil dentaire ciré, application d'un gel acide fluorure 4,5% pendant 30 secondes dans l'intrados des pièces prothétiques, Silanisation (Monobond Plus 60 sec), Adhésif (Excite). Les préparations sont mordancées (etching 30 sec), rincées, séchées légèrement et adhésif (Excite) non polymérisé. Utilisation du Variolink Esthetic DC. Polymérisation flash. Élimination des excès à la lame 12C et polissage des joints sous microscope Zumax à fort grossissement avec les compules en silicone Diatech. Enfin l'occlusion est réglée en relation centrée et en latéralité avec papier d'occlusion Bauch 80 microns.

Conclusion

Comme détaillé dans ce cas clinique, les restaurations adhésives en céramique auront permis grâce à leur propriété adhésive de rétablir la fonction, de préserver l'organe dentaire et de sécuriser les réhabilitations esthétiques.

La qualité des restaurations qu'a pu réaliser mon laboratoire de prothèse a satisfait à la fois nos exigences fonctionnelles et esthétiques.

La prise en charge dans sa globalité d'un pareil traitement esthétique nous apporte toujours, en tant que praticien, une réelle satisfaction. C'est ce plaisir procuré et ressenti que j'ai voulu vous faire partager, en toute humilité, à travers ce cas clinique iconographique. J'espère que j'aurai le plaisir de vous retrouver et d'échanger sur mon compte Instagram DRDavidHACMOUN. ■



Dr David Hacmoun.

Pratique privée exclusive à Antibes
E-mail: doc.hacmoun@hotmail.fr

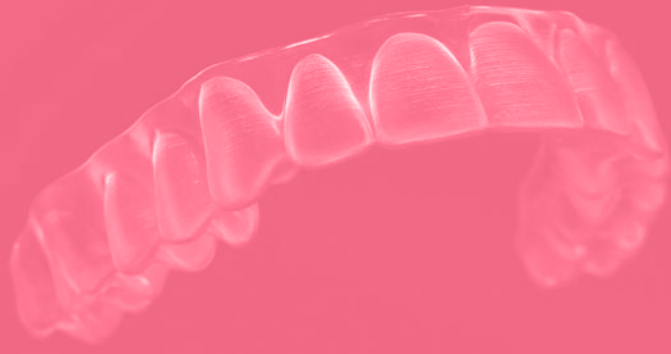


Fig. 1 : Vue de face préopératoire. **Fig. 2 :** Vue latérale préopératoire. **Fig. 3a :** Vue latérale post aligneur. **Fig. 3b :** Vue de face post aligneur. **Fig. 4a :** Vue des préparations pour table tops. **Fig. 4b :** Vue des préparations.

Fig. 5 : Wax-up virtuel. **Fig. 6 :** Wax-up virtuel et contrôle de l'occlusion. **Fig. 7 :** Restaurations sur modèle imprimé. **Fig. 8 :** E-max usinée et maquillée. **Fig. 9 :** Essai sous digue Nic Tone Heavy. **Figs. 10a & b :** Essai. **Fig. 11 :** Mordançage de l'intrados à l'acide fluorhydrique 4,5% pendant 20 secondes. **Fig. 12 :** Intrados rincé, séché, puis application d'un silane (Monobond Plus 60 secondes), puis d'un adhésif Excite non polymérisé. **Fig. 13 :** Mordançage à l'acide orthophosphorique 30% pendant 30 secondes, rincé, séché. **Fig. 14 :** Préparations mordancées avant application de l'adhésif Excite non polymérisé. **Fig. 15 :** Avant polymérisation flash, application de la colle Variolink Esthetic DC. **Fig. 16 :** Collage et finition effectués. **Fig. 17 :** Vue endo-buccale finale. **Fig. 18 :** Vue latérale endo-buccale finale. **Fig. 19 :** Sourire final. **Fig. 20 :** Sourire final, vue latérale.

Bibliographie:

- Restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures: approche biomimétique. Magne P, Belser U. Quintessence International 2003
- Tirlet G.; Attal JP. Le gradient thérapeutique: un concept médical pour les traitements esthétiques. L'information Dentaire Spécial Esthétique 2009; 91: 2561-256



ALIGNER+ ORTHODONTICS

Mini Series

OR



TRADITIONAL ORTHODONTICS

Comprehensive Series

WE DENTISTS **CAN** DO GREAT ORTHODONTICS

Thousands of dentists prove we all can

Aligners **OR** **Traditional**

Choose your program...
or take **both!**

Aligner+ Series

- 4 seminar mini-series (totaling 12 days)
- Gain a foundation in orthodontics
- Treat aligner cases and aligner-braces cases to a high ABO standard
- Use instructor consulting to minimize your time analyzing and designing the case
- Limited software access since you rely on instructors to do the bulk of diagnosis

CONTACT US
for more information

Traditional Ortho Series

- Comprehensive series (totaling 48 days or 12 days + 300 hours online)
- Comprehend 90% of orthodontics
- Treat fixed orthodontic cases at a high ABO level
- Use instructor consulting as an optional way to check your analysis and refine your plan
- Full software access to do more of your own diagnosis on cases

FREE INTRO CLASS!
NEW SERIES START

March 20th, 2021
April 16-19th, 2021

aligner+

EDUCATION + MENTORING



Progressive Orthodontic Seminars
is designated as an approved
KRT program provider.

RSVP AT



posortho.com/intro

0800 022 3359 (HOLLAND)

0800 767 220 (BELGIUM)

+31 (0)6-829 85 149

posholland@posortho.net