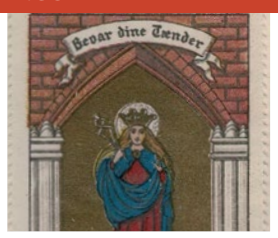
Dental Tribune

The World's Dental Newspaper • Édition belge

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

BEF.DENTAL-TRIBUNE.COM ANNÉE 2 - NUMÉRO 2 - AVRIL 2021

Rubrique philatélique
Sainte Apolline, la patronne des dentistes, brandit une dent sur un timbre
Page 3



Billet d'humeur
Hilde Devlieger et le jargon très personnel des patients
Page 3

Interview
Danielle Van Campenhoudt officie pendant ses vacances avec Dentistes du Monde
Page 4

Interview
Vincent Zanol pratique la dentisterie en prison
Pages 6-7

Étude
COVID-19 et santé buccale des patients hospitalisés
Page 7

Industrie
45 ans de distribution des unités A-Dec dans le Benelux
Page 10

Dr Johan Aps, professeur à la haute école Arteveldehogeschool à Gand:

«On prescrit trop d'antibiotiques et avec trop d'insouciance»

Pages 8-9

La majorité des dentifrices ne protègent pas suffisamment les dents

Deux tiers des dentifrices ne protègent pas suffisamment les dents lors du brossage. Tel est le constat d'un test mené par l'organisation de protection et de défense des consommateurs Test Achats. Seuls 6 des 17 dentifrices testés satisfont aux exigences de base.

Parmi les dentifrices testés, un tiers seulement contiennent la quantité adéquate de fluor, éliminent la plaque dentaire et les taches lors du brossage et n'attaquent pas l'émail.

L'organisation de consommateurs a passé différentes marques au crible. Certaines ne font plus entrer le fluor dans la composition de leurs dentifrices, parce qu'il serait nocif pour la santé. Mais peu de dentifrices contiennent la quantité idéale de fluor. Les produits Everyday au fluor et Sensodyne Complete Protection en contiennent trop peu, tandis qu'Elmex anti caries professional et Apivita en contiennent trop.

Certains dentifrices sont aussi trop abrasifs et dès lors agressifs pour les dents, comme chez Oral-B. Beaucoup contiennent aussi du dioxyde de titane, vervangen door soupçonné d'être cancérigène à l'inhalation. Seuls Denttabs, Meridol et Oral-B ne contiennent pas cette substance. D'après Test Achats, Aquafresh est le meilleur du test. Tandis que la deuxième marche du podium revient au dentifrice maison de Delhaize. Ce produit figure parmi les meilleur marché du test. Ce qui veut dire que le prix n'est pas une indication pour un dentifrice offrant une bonne protection.

(source: Test Achats) ■

Création de l'association belge de dentisterie numérique

LIEDEKERKE L'association DDB, Digital Dentistry Belgium, a été récemment fondée dans le but d'informer et de former les dentistes en matière de dentisterie numérique sur des bases scientifiques et indépendantes. La DDB est une ambassade officielle de la société internationale Digital Dentistry Society.

La dentisterie numérique a connu une croissance exponentielle depuis l'arrivée de la radiologie numérique, des scanners intraoraux, des programmes de planning virtuels et du support de l'intelligence artificielle. À l'échelle mondiale, près de 80% des dentistes sont en train de passer complètement ou partiellement aux techniques CAD/CAM numériques.

La percée de la dentisterie numérique permet beaucoup de choses, mais constitue aussi un nouveau défi pour le dentiste moderne. À l'aide notamment de webinaires et de conférences, DDB se propose d'expliquer certains thèmes et de former les dentistes dans le domaine de la dentisterie numérique. Pour plus d'infos, consultez le site www.digital-dentistry.be.

(source: Digital Dentistry Belgium) ■

La COVID a une influence négative sur la santé buccodentaire des enfants

MICHIGAN, ÉTATS-UNIS D'après le Mott Poll (NDLR l'organisme C.S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health, généralement abrégé en Mott Poll, mesure les comportements, les expériences et les priorités des parents en ce qui concerne les problèmes de santé et les tendances chez les enfants américains), 1 parent sur 3 estime que la COVID-19 a compliqué les soins buccodentaires préventifs chez leurs enfants. L'annulation des contrôles réguliers peut en effet engendrer des problèmes importants. D'autre part, une enquête menée par la VBT (NDLR Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen, c'est-à-dire l'association professionnelle flamande des dentistes) montre que les consultations chez le dentiste sont encore possibles en Belgique, malgré la pression liée à la pandémie de coronavirus.

«Les soins buccodentaires préventifs réguliers aident à garder en bonne santé les dents des enfants et permettent aux prestataires de ces soins de détecter les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent», a déclaré Sarah Clark, co-directrice du Mott Poll. Elle a ajouté que les résultats de l'enquête montrent que la pandémie a perturbé les soins buccodentaires des familles et augmenté les inégalités pour les personnes qui ont des difficultés à être assurées.

Certains parents ont toutefois essayé de maintenir les contrôles réguliers de leurs enfants, mais les temps d'attente pour un rendez-vous étaient longs. Certains cabinets dentaires ont aussi fermé leurs portes pendant la pandémie ou ne traitaient que les urgences. Depuis le début de la pandémie, 60% des parents de l'enquête ont essayé d'obtenir des soins buccodentaires préventifs pour leurs enfants, mais 24% ont été confrontés à des reports et 7% n'ont pas pu obtenir un rendez-vous.

Certains parents (40%) ont déplacé eux-mêmes la visite chez le dentiste, en raison du risque de contamination à la COVID-19. Madame Clarke estime qu'il est utile que les dentistes rappellent aux parents l'importance d'un contrôle régulier de la dentition de leurs enfants, par exemple via des mises à jour sur leur site web, et aussi qu'ils montrent que leur cabinet observe scrupuleusement les mesures de sécurité et d'hygiène.

En septembre dernier, la VBT a mené une enquête portant sur la disponibilité des dentistes en Belgique pendant la pandémie de coronavirus. Elle a montré que dans les cas urgents 64% des patients ont pu voir leur dentiste dans la semaine. Les choses étaient un peu plus compliquées pour les nouveaux patients. Dans les cas non urgents, 60% des patients ont été reçus par un dentiste dans le mois. La VBT a aussi indiqué qu'en raison de l'arrêt des soins buccodentaires au début de la pandémie les cabinets étaient full, mais que les contrôles réguliers étaient encore possibles et indispensables.

D'après le Mott Poll, cette situation a quand même eu aussi un effet positif: 1 parent sur 4 a observé une amélioration dans la façon dont leurs enfants prenaient soin de leur bouche pendant la pandémie: ils se brossaient les dents et passaient le fil dentaire plus souvent et buvaient moins de boissons sucrées. Quand les contrôles sont reportés, il est encore plus important de prendre des mesures supplémentaires à la maison afin d'améliorer les habitudes quotidiennes en matière de santé buccodentaire.

(source: EurekAlert, VBT) ■

PUBLICITÉ

CURAPROX

PERIO**PLUS**+

DES BAINS DE BOUCHE NATURELS.

UNE GAMME À BASE DE CHLORHEXIDINE.

UNE PROTECTION NATURELLE CONTRE LES BACTÉRIES

CITROX®, des bioflavonoïdes issus de l'orange amère, renforce les propriétés antibactériennes de la chlorhexidine contenue dans les produits Perio Plus+. Il confère aussi à ces derniers des vertus antioxydantes et anti-inflammatoires.

CITROX® e clorexidina: insieme per la protezione antibatterica della bocca.

Indiqué en cas d'inflammations gingivales et de parodontites.

Prévient la réapparition de la plaque au niveau des dents, des gencives et des muqueuses.

Un arôme délicat qui n'entraîne aucune perturbation gustative Sans alcool.

SWISS PREMIUM ORAL CARE

WWW.CURAPROX.NL

Rubrique philatélique

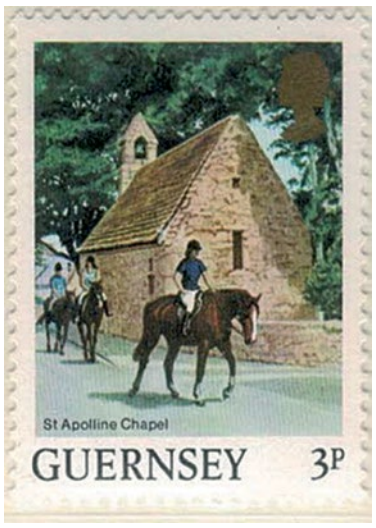
Sainte Apolline, la patronne des dentistes

Nous ne connaissons que peu de choses sur sainte Apolline, une sainte catholique romaine. Son martyre est évoqué dans une lettre écrite d'Alexandrie en ± 249 par l'évêque Denys. Il y décrit une «vierge âgée», Apolline, qui a été arrêtée et à qui

on a brisé les dents, car elle refusait d'abjurer sa foi chrétienne. Elle sera canonisée environ 50 ans après sa mort. À l'époque des croisades, elle est considérée comme la patronne de la douleur associée aux dents. Beaucoup de peintures ont été faites d'elle et de son martyre. Elle y est représentée comme une personne qui traite et extrait des dents ou comme une victime d'extractions dentaires. Elle est fêtée le 9 février.

Ce timbre est sorti à l'occasion du 70e Congrès mondial annuel de la Fédération Dentaire Internationale (FDI) qui s'est déroulé à Vienne (Autriche) du 10 au 16 octobre 1982. On y voit sainte Apolline tenant une dent extraite et lisant un livre. Un cachet commémoratif, créé lors d'un congrès de dentistes à Graz (Autriche), en 1985, agrémente ce timbre.

Le micro-État de Saint-Marin a également édité un timbre à l'effigie de sainte Apolline à l'occasion du XIIIe Congrès International de Stomatologie, organisé en septembre 1979. Il reproduit une gravure sur bois du XVe siècle de la collection Wessler (École Royale Dentaire, Stockholm).



On connaît aussi ce timbre émis en 1984 qui fait partie d'une série de 10 consacrée à Guernesey et est dédié à la chapelle Sainte-Apolline. Construite en 1392, c'est la plus vieille chapelle de l'île.

Ce 4e timbre, également sorti à Guernesey, montre aussi la chapelle. Il a été édité en feuillet en 1991.

Si sainte Apolline fait partie intégrante du monde chrétien, on la retrouve aussi dans d'autres lieux et d'autres religions avec également des références aux dents, comme en Finlande avec une fresque de ± 1510, dans l'église de Lojo. Et au Sri Lanka, où des dizaines de milliers de pèlerins viennent de partout pour assister à la Perahera, la plus grande fête du monde pour les bouddhistes. Au cours d'une procession, une relique sacrée, une dent de Bouddha, est promenée à dos d'éléphant et présentée à la foule. Ce timbre, qui fait partie d'une série de 3 éditée en 1979, montre l'arrivée de la dent sacrée dans le temple. ■

Le Dr Henri Aronis a édité des livres consacrés à la médecine buccodentaire au travers de la philatélie. Pour de plus amples informations, consultez le site http://timbreetdent.eu.

Billet d'humeur

Hilde Devlieger

Un jargon très personnel

C'est évident, la communication entre prestataire de soins et patient ne coule pas toujours de source! Le patient se fiche des termes spécifiques, des déclarations «evidence based» ou des phrases truffées de latin qu'on a dû soi-même exercer pendant un bon moment afin de les rendre quelque peu compréhensibles de derrière son masque.
Non, les patients ont tout simplement un autre jargon professionnel que nous. Et parfois, leurs formulations sont plus hautes en couleur et inventives que leur affection même. Un florilège.
La plaque dentaire devient plaque calcaire, calcaire tout court – un entrepreneur l'a même appelée très sérieusement: «béton concassé».
La gencive devient la dent en viande dans la bouche d'un petit garçon de 7 ans aux gencives enflammées. Mon euro n'est pas tout de suite tombé. Dent crayeuse, je connais, mais dent en viande? Le petit en question m'a alors expliqué de façon très docte qu'il entendait par là la viande rose sur ses dents, et donc les dents en viande. Fin de la discussion!
Le palais devient le paradis, et on se le brûle souvent (ne serait-ce pas plutôt l'enfer dans ce cas?).
Une prothèse devient «mes fausses dents» ou «ma salle à manger».
Passer le fil dentaire devient: enfiler, aller entre les dents avec une *cordelette*, mais généralement c'est plutôt: «Ça, je ne sais pas faire, c'est beaucoup trop difficile!». Le fil dentaire a une réputation exécrable, on en a même parlé à la télé. Et non, ce truc en plastique avec un fil en sandwich, ce n'est pas du fil dentaire, c'est de l'argent gaspillé…
La brosse à dents électrique devient le «machin à l'électricité», cadeau reçu à Noël mais ne figurant pas sur la liste.
Les pivots deviennent des implants, et les implants deviennent des pivots très chers. Les couronnes deviennent des implants, les facettes aussi deviennent des implants. Tout devient des implants.
Une cavité d'extraction récente parfaitement cicatrisée tout en préservant l'os devient l'autodiagnostic: «Il y a encore un morceau de dent dedans!».
Une vis de cicatrisation qui s'est détachée devient sous le ton de l'accusation: «Mon implant ne tient déjà plus et il a été placé il y a quatre semaines à peine!».
Un ado qui fume (et qui ne veut pas que ses parents le sachent) devient un rendez-vous très urgent avec un mal de dent d'enfer, mais se traduit en réalité par un rendez-vous pour polir les colorations.
Une première belle journée estivale devient l'annulation d'un rendez-vous pour des motifs les plus idiots les uns que les autres, et jamais parce qu'en fait le patient a envie de profiter du beau temps à la terrasse d'un café. Ça, c'était avant que le coronavirus ne paralyse l'horeca, aujourd'hui l'excuse la plus fréquemment invoquée est quarantaine obligatoire. Le fils, le petit ami de la fille, l'instit, un collègue ou le nouveau compagnon de maman qui ont été testés positifs: tous les liens de famille possibles et imaginables deviennent soudain très étroits. Comme nous faisons preuve de citoyenneté de ces temps-ci! J'avoue qu'il m'arrive de verser une petite larme devant tant de sacrifice personnel et d'obéissance. Même si le pollen du début du printemps a le même effet sur moi…
J'ai déjà eu ma première dose de vaccin. Une lettre, un e-mail et un SMS m'y ont très amicalement invitée. Je me suis sentie honorée et fière en tant que prestataire de soins d'avoir été convoquée de cette manière. C'est autre chose que la froide convocation aux élections dans sa boîte aux lettres. Il ne reste plus qu'à attendre la seconde dose, et alors…

Alors, tout ira bien, non? ■

Faits & chiffres

En Belgique, 5,8% des antibiotiques dans les soins ambulants sont prescrits par des dentistes

En Europe, la Belgique fait partie des plus gros prescripteurs d'antibiotiques en dehors de l'hôpital. En 2007 et 2008, ce sont la Belgique, le Danemark, le Luxembourg et la Norvège qui ont prescrit les quantités les plus importantes d'agents antimicrobiens dans les tranches d'âge 0-5 ans, et aussi en même proportion chez les 15-20 ans.
Les antibiotiques suivants ont été en moyenne les plus prescrits par les dentistes:

Antibiotique	Part prescrite par les dentistes
Clindamycine	20,1%
Métronidazole	11,6%
Amoxicilline	10,5%
Amoxicilline + acide clavulanique	8,4%

(source: Guide clinique pour la prescription prudente d'antibiotiques en pratique dentaire)

Quiz

1. Lorsque l'usure est telle que la dentine transparaît, c'est une indication de traitement restaurateur.
a. Vrai
b. Faux

2. L'usure physiologique des molaires est environ le double de celle des prémolaires.
a. Vrai
b. Faux

Vous trouverez les réponses de ce quiz à la page 11.

Danielle Van Campenhoudt, Dentistes du Monde

«Prodiguons des soins dentaires pendant nos vacances!»

TEXTE ET PHOTOS: HUGUES HENRY

Dans plusieurs régions du monde, des dizaines de dentistes se consacrent bénévolement aux soins et à l'éducation buccodentaires donnés aux plus démunis. Inde, Cameroun, Burkina Faso…, loin des feux des projecteurs, chaque coordinateur vise à y installer une antenne de dentisterie pérenne. Danielle Van Campenhoudt, investie dans le projet à Bohicon au Bénin, nous y emmène…

Pourquoi avez-vous décidé, dès 2004, de rejoindre Dentistes du Monde pour des missions humanitaires à des milliers de kilomètres de la Belgique?
Je pense que c'est une envie très personnelle de s'engager et de venir en aide: prodiguons des soins dentaires pendant nos vacances! La difficulté était de trouver à l'époque une association qui réponde à cette attente. Le problème lorsque vous êtes dentiste, c'est qu'il vous faut un cabinet dentaire… Là, les choses se compliquent et, un jour, je suis tombée sur un article parlant de Dentistes du Monde. Chacun est aussitôt séduit par leur idée d'installer et de pérenniser un cabinet dentaire, par sa stratégie de formation de personnel soignant local, afin que les personnes sur place, en charge du centre, deviennent autonomes. Tout a ensuite été très vite, sans même savoir si nous allions dormir au sol, au milieu des scorpions et des serpents ou être bien reçus (ce qui est le cas): en 2006, nous partions à quatre à Bohicon au Bénin. Pas tous dentistes d'ailleurs. Les diverses antennes s'associent régulièrement des compétences d'infirmières, assistantes dentaires, enseignants, techniciens… selon les besoins. Sans oublier les prothésistes, dont notre valeureuse Ariane Wissinger, déjà riche d'une mission en Inde et qui se prépare pour le Burkina Faso!

Expliquez-nous, dans les grandes lignes, comment se crée une antenne de Dentistes du Monde.
Chacune des antennes de l'asbl a ses spécificités, ses difficultés, ses aventures et ses réussites. Une fois toutes les questions de nature plus administrative réglées, avec les diverses autorités concernées, le socle commun, c'est la charte mise au point en 1987, selon laquelle chaque antenne a pour objectif de mettre en place un cabinet, de lui fournir les produits utiles, de soigner les plus démunis bien sûr, de les informer également, mais aussi de dispenser des formations, pratiques et théoriques, à des soignants locaux pour que le centre puisse poursuivre sa mission dans le temps en devenant autonome. Ensuite, le fonctionnement de l'antenne repose sur une convention de partenariat, garante en quelque sorte de la pérennité du projet. Chaque semestre, nous recevons un compte rendu d'activités, un inventaire et des photos du cabinet. Cela nous permet de nous assurer que tout se passe bien et d'envisager de quelle façon nous pourrions encore améliorer les choses. Donc, la première étape, la plus rude, c'est l'installation d'un cabinet dentaire, son mobilier et son fauteuil! Chaleur, poussière…, c'est déjà un défi en soi, qui nous amène d'ailleurs, à chaque évaluation, à vérifier si les normes d'entretien et d'hygiène sont bien respectées. Malgré toutes ces conditions difficiles, les différentes antennes évoluent: en Inde, la première des antennes de l'association, coordonnée par Sonja Depret se développe sur les contreforts de l'Himalaya, dans la région du Ladakh, principalement dans les Tibetan Children's Village (TCV) de Choglamsar, Dharamsala, Suja, Rajpur et Mussoori. L'antenne de Bohicon au Bénin est active depuis 15 ans déjà. Au Cameroun, antenne gérée par Justin Tsogo, deux cabinets et presque trois sont déjà autonomes sous la tutelle des dentistes locaux. Au Burkina Faso, Édith Mercier s'occupe d'installer un deuxième cabinet déjà.»

> La première étape, la plus rude, c'est l'installation d'un cabinet dentaire

Une fois sur place et installée, comment une mission s'organise-t-elle au jour le jour?
Une mission type, c'est un demi-jour de dépistage et de sensibilisation le matin. Nous nous rendons dans un village, une école ou une usine, par exemple, avec un matériel didactique succinct, puis nous rencontrons les personnes sur place à qui nous remettons un papier précisant le caractère urgent ou pas de soigner. À Bohicon, nous avons une ancienne ambulance de l'armée belge, entièrement retapée par des habitants de la région, elle est splendide. Eh bien, nous chargeons tous les cas les plus urgents, nous nous plaçons sur la banquette avant, et en route pour le centre où nous passons aux soins dans l'après-midi. Les soins moins urgents s'enchaînent le lendemain et le surlendemain, puis nous recommençons un cycle.

Danielle Van Campenhoudt.

Quel regard les autorités portent-elles sur le travail de Dentistes du Monde?
Nous collaborons avec elles. Au Cameroun et au Burkina Faso, les autorités s'impliquent même très dynamiquement. Au Bénin, nous avons d'excellents contacts au Consulat de Belgique, au Ministère de la Santé, avec le maire de Bohicon. Ils sont heureux qu'une offre de soins dentaires soit proposée dans un lieu qui n'en dispose pour ainsi dire pas. Les questions de santé buccodentaire sont compliquées au Bénin pour les gens. Il doit y avoir une soixantaine de dentistes en activité pour une population proche de celle de la Belgique. Or leurs honoraires sont inabordables pour la majorité des Béninois, dont le revenu mensuel flirte avec les 100 €. Dès lors, qui se fait soigner? Les riches. Et où vont les dentistes? Dans les deux capitales principalement, Cotonou et Porto-Novo. En même temps, nous ne pouvons pas leur jeter la pierre. Ces dentistes ont poursuivi cinq ou six années d'études à l'étranger, car il n'existe pas de cursus de dentiste au Bénin… Puis l'Ordre des Dentistes béninois est tout puissant et veille sur eux, à tel point qu'il est peu favorable à notre démarche bénévole et qu'il considérerait Dentistes du Monde presque comme une concurrence…

Dans le Nord de l'Inde, Dentistes du Monde n'est pas menacé par les conflits, mais la situation sanitaire est assez dramatique en raison de la COVID-19.

> Ebola, Boko Haram…, le risque peut s'inviter partout

En raison de l'épidémie d'Ebola, en 2014, vous aviez toutefois dû interrompre vos missions au Bénin. Celles-ci ne sont-elles pas parfois périlleuses?
Le risque peut s'inviter partout, oui. Après cette épidémie, ce sont les djihadistes de Boko Haram qui sont arrivés au Bénin par le Nigéria. Nous suivons les recommandations des Affaires étrangères qui a déclaré à l'époque: «Ebola, vous pouvez vous en sortir. Mais Boko Haram, s'ils apprennent qu'il y a des Blancs dans la région, ils traverseront la frontière et vous disparaîtrez». Nous avons dû nous mettre à nouveau en pause. Heureusement qu'il existe des outils comme WhatsApp pour rester en contact permanent avec les partenaires locaux.

Les autres antennes de Dentistes du Monde sont-elles également confrontées à ces problèmes de sécurité sur place?
Chaque cas est particulier… Dentistes du Monde avait deux antennes au Congo: une à Kinshasa, l'autre dans l'association belge En Avant les Enfants, à la frontière du Rwanda, dans un endroit de rêve proche du lac Kivu. Là, ce sont les problèmes politiques et la corruption qui ont empêché la poursuite de nos actions. C'est triste. Au Burkina Faso, Édith Mercier surveille de près la menace de Boko Haram. Au Cameroun, il y a la guerre civile, et Justin Tsogo doit sélectionner rigoureusement les villages où implanter ses cabinets. Notre consolation, c'est que dans ces trois pays, contrairement au Bénin, vous trouvez des dentistes diplômés. Dans le Nord de l'Inde, où Dentistes du Monde a débuté, nous ne sommes pas menacés par les conflits, mais la situation sanitaire est assez dramatique en raison de la COVID-19.

Lire la suite en page 5

Dentistes du Monde en bref

Origines
- En 1986, des dentistes passionnés voulaient s'engager dans des pays en voie de développement pour y procurer des soins buccodentaires aux personnes défavorisées, en parallèle au service de volontariat en Afrique, organisé à l'époque par e.a. la VVOB, l'APEFE, L'UCOV-UCOS, Withuis… Certains envisageaient même une carrière de dentiste dans le tiers-monde, suivant dans ce but des cours de médecine tropicale.
- Le salon Dentex 1986 a marqué un tournant grâce à la présence parmi les exposants de l'Aide Odontologique Internationale (AOI) et d'Oxfam Belgique. En tant qu'organisateur, Pierre Ravets a pris les devants en faisant équipe avec Bernard Badot, Christine Dauvrin, Alain Domicent, Bénédicte Gorissen, Alain Schlösser, Emmanuel Steinbach, Jan De Troyer et Guido Poriau, actuel Président, pour créer l'association sans but lucratif Dentistes du Monde / Wereld Tandartsen, née officiellement en 1987.
- En plus de 30 ans désormais, ce sont des dizaines de bénévoles qui ont pris part au projet humanitaire.

Motivations
- Plutôt que de mettre en place des projets ponctuels, çà et là, Dentistes du Monde vise à implanter des antennes locales pérennes, par l'installation d'un cabinet dentaire, pour soigner et informer les populations démunies, mais aussi former des soignants locaux qui deviennent partenaires du projet.
- L'association retient également les bienfaits de ses actions sur ses bénévoles de toutes générations, qu'ils soient partis en mission une fois ou dix fois, enrichis d'une expérience inoubliable.

Financement
- Cette asbl accréditée, nationale, bénéficie de dons de confrères et consœurs et de l'aide de diverses firmes pour le gros matériel et les produits indispensables à leurs activités (CMD, Eki'p Dental, GC, Septodont, Deprophar…). Les contributions viennent également du soutien spontané d'autres associations humanitaires (Art Dentaire et Partage, B2Help…), de dons privés parfois récurrents et d'autres de services-clubs où elle tient des conférences.
- Des initiatives propres, en plus des cotisations (déductibles) des membres (dentistes ou non), complètent cet inventaire: concerts, «soupers spaghettis», etc. Tout cela parfaitement géré par une ingénieure civile bien indispensable, Catherine Chantrenne.

www.dentistesdumonde.be (site géré par Thierry Grégoire, ingénieur civil)
www.facebook.com/dentistes.dumonde (suivi par la polyvalente consœur Sonja Depret)

Rappel d'un bain de bouche dangereux en cas de COVID-19

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

SCHAUMBURG, ÉTATS-UNIS Fin décembre 2020, Sunstar Americas a volontairement rappelé un de ses bains de bouche. Cette entreprise, qui fait partie de Sunstar Group, est pionnière dans l'industrie des soins buccaux. Elle a indiqué comme raison du retrait de la vente une contamination bactérienne.

Le 27 octobre 2020, Sunstar Americas avait déjà annoncé le rappel de son produit *Paroex Chlorhexidine Gluconate Oral* Rinse USP 0,12%, avec une date de péremption comprise entre le 30 juin 2022 et le 30 septembre 2022. L'entreprise a désormais étendu son rappel à tous les produits dont la date de péremption se situe entre le 31 décembre 2020 et le 30 septembre 2022.

D'après Sunstar Americas, le produit pourrait être contaminé par la bactérie *Burkholderia Lata*. Alors que cette dernière peut provoquer des infections buccales, voire systémiques, dans la population saine, elle peut entraîner des infections potentiellement mortelles, comme une pneumonie et une bactériémie, dans les groupes à risque.

Jusqu'ici, 29 cas associés au produit ont été rapportés. L'entreprise a communiqué que les patients en question avaient été testés positifs à une infection par *B. lata*. L'utilisation de ce bain de bouche chez des patients souffrant déjà d'une maladie pulmonaire, dont le SARS-Cov-2, a été en particulier classée comme dangereuse.

Ce produit est distribué auprès des cabinets dentaires, des grossistes pharmaceutiques, des écoles de dentisterie et des pharmacies aux États-Unis. Sunstar Americas a prévenu ses clients et veillé au retrait de son produit. Elle a demandé dans un communiqué aux patients, aux pharmacies et aux prestataires de soins de santé en possession du produit d'arrêter immédiatement de l'utiliser et/ou de le distribuer. ■

LE PRODUIT EN QUESTION. (PHOTO: SUNSTAR AMERICAS)

Suite de la page 4

Du monde, mais aussi de Bruxelles et d'Anvers...

- La crise de la COVID-19 a certainement freiné les missions internationales de Dentistes du Monde. En partenariat avec Médecins du Monde, l'association a toutefois pu initier depuis plusieurs années certaines initiatives en Belgique, en vue de prodiguer des soins buccodentaires aux SDF.
- À Bruxelles, une antenne a été créée au Botanique, dans les locaux de Médecins du Monde, grâce à d'anciennes installations des Cliniques de l'Europe (ex-Hôpital Sainte-Élisabeth, à Uccle).
- À Anvers, Sonja Depret organise des soins pour les SDF grâce à un cabinet dentaire mobile.
- En Belgique aussi, Dentistes du Monde a besoin de bénévoles. «Même une fois tous les 2 mois, pendant une demi-journée, ils sont les bienvenus. Avec nos plus de 9.000 dentistes belges, nous pourrions soigner tous les SDF», remarque Danielle Van Campenhoudt.

Quels sont vos projets au sein de Dentistes du Monde?

Dans l'immédiat, nous œuvrons pour faire partir trois jeunes diplômés au Bénin. Car Dentistes du Monde a des bénévoles de toutes les générations, Michel le plus âgé ayant fait sa première mission à 73 ans (sourire)! À Bohicon, nous pouvons nous dire que l'autonomie est quasi assurée. Après 15 ans, ce projet béninois est presque mûr pour voler de ses propres ailes, avec notre soutien sur le long terme. Pourquoi ne pas en plus seconder une relève enthousiaste dans son propre projet? Ce n'est pas la demande qui manque! ■

PUBLICITÉ

kulzer.be/try-one

Venus®

ONE FOR THE BASICS

NOUVEAU

ALL FOR THE DETAILS

Commandez votre kit maintenant pour seulement € 99,-

Un Venus Pearl ONE Kit contient 2x 3g seringues ou 30 PLT's et 4 ml iBond Universal

Dr. Edoardo Fossati, Turin, Italie

Venus Diamond / Venus Pearl ONE Shade

La solution pour la majorité des restaurations quotidiennes.

La teinte idéale, à tous les coups ! Grace aux bluffantes propriétés de la teinte ONE, les restaurations deviennent invisibles et totalement incorporées à la dentition environnante.

Facile à modeler et à polir pour un brillant incomparable. Non collant, facile à sculpter et à modeler tout en restant stable ce qui vous apporte une efficience incomparable.

Résistance et durabilité de longue durée. Le TCD monomère unique assure une résistance à la fracture.

KULZER
MITSUI CHEMICALS GROUP

Soins dentaires en prison: plus dans l'urgence que dans la prévention

TEXTE: GWENA ANSIEAU

Notre imaginaire, nourri aux séries, a tendance à s'enflammer rapidement quand il s'agit de vie derrière les barreaux. Les détenus ont bien entendu droit aux soins dentaires comme «à l'extérieur». Nous avons rencontré Vincent Zanol, dentiste, qui a fait le choix de passer un peu de temps chaque semaine dans cet univers particulier. Il nous raconte son expérience.

Comment le détenu peut-il faire appel à un dentiste?
Il suffit de remplir un formulaire de demande de rendez-vous, qu'on appelle «F4», qui vaut pour toute demande de visite médicale (médecin, psychologue, etc.). Ces documents sont récoltés tous les jours et arrivent en nombre chez moi. Je dois alors prendre en charge ce qui est urgent, mais nous n'avons pas le temps de faire des contrôles réguliers.

Qu'est-ce qui caractérise cette population d'un point de vue «santé»?
La population carcérale est très différente de la population extérieure. On y trouve beaucoup de toxicomanes, par exemple, et l'hygiène dentaire n'est pas leur priorité. Le résultat? On est plus souvent dans l'urgence que dans la prévention. Les détenus ont une très mauvaise représentation d'eux-mêmes, et l'hygiène ne suit pas. S'ils ont des douleurs dentaires, elles sont atténuées par leurs drogues: quand ils arrivent chez moi, c'est souvent déjà dramatique.

L'hygiène dentaire n'est pas la priorité de la population carcérale

Pourquoi en arrivent-ils là?
La plupart ne font plus attention à leur apparence extérieure. Nous faisons pourtant de la prévention au niveau drogue, nutrition, sommeil, dans toutes les prisons en Wallonie avec des nutritionnistes, des psychologues, etc., via l'asbl Service Éducation Santé, à Huy, dont je fais partie du Conseil d'administration.

Les détenus sont-ils réceptifs?
Certains se rendent compte de la situation dans laquelle ils se trouvent, et comprennent que pour préparer leur sortie éventuelle, il y a un effort à fournir. Grâce à cette asbl, des détenus ont la possibilité de prendre contact avec un «relais-santé», qui les aide à s'y retrouver dans l'hygiène de vie, l'administration en prison, etc. Ce n'est pas évident pour eux. C'est un milieu inconnu, qui a ses rites. Ces «relais-santé», ce sont des surveillants ou des détenus qui se sentent motivés pour aider les autres, et ont reçu une formation adéquate. Il y a des résultats positifs.

Les dentistes pratiquant dans les établissements pénitentiaires prenant en charge les détenus sont rémunérés par le Service Public Fédéral sur base des honoraires conventionnés.

Que se passe-t-il en cas d'urgence?
Deux cas de figure. Soit ils remplissent le formulaire F4, soit ils se rendent chez le médecin de la prison, parce qu'ils ont mal, et l'infirmière me donne une liste de deux ou trois patients à voir en urgence. Le problème, c'est qu'ils ont compris qu'en passant par le médecin, ça va plus vite. Mais l'urgence reste parfois à prouver. Une vraie urgence, c'est une pulpite, un abcès monumental, une gingivite ulcéro-nécrotique due au stress, au mauvais sommeil.

De quel équipement disposez-vous?
Nous avons un équipement tout à fait classique, avec un fauteuil, et le dentiste commande le matériel à usage unique, les matériaux, les composites, en choisissant la marque qu'il souhaite, par l'intermédiaire de la prison. Je vois un représentant, par exemple, qui me fait un devis, que je propose à la prison. C'est important de pouvoir faire ce choix.

Nous avons un équipement tout à fait classique, avec un fauteuil

Vous arrive-t-il de devoir emmener un patient à l'hôpital?
Cela peut arriver, pour une radiographie par exemple, ou de la stomatologie, pour des dents de sagesse un peu complexes. Il existe des centres médicaux dans les prisons de Lantin, Bruxelles et Bruges, où ils peuvent aussi être pris en charge. Sinon je peux les envoyer à l'hôpital civil, à l'extérieur, pour une radiographie, un scan, etc. Ils sortent alors avec une escorte, et restent sous surveillance.

Quelles sont les pathologies les plus fréquentes?
On trouve surtout des pulpites, des caries, parfois avec le nerf à vif, des abcès et des gingivites. Ces problèmes, en pourcentage, sont plus fréquents que dans la société civile, en raison de la toxicomanie. Dans la population civile, d'après les statistiques, on compte une heure de dentisterie pour 10 personnes et par mois. En prison, on se base sur ces mêmes données. Ce n'est pourtant pas la même population: il faudrait davantage d'heures, car nous avons du mal à suivre.

Comment gérez-vous cette situation?
Cela dépend des établissements. À la prison de Huy, ce sont surtout des détenus en préventive, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas là pour une longue durée. J'arrive à répondre aux besoins en y allant 4 heures tous les 15 jours. Mais à Andenne, au contraire, nous avons une liste d'attente conséquente, d'environ 50 détenus, qui dépasse le mois. J'arrive à suivre pour les urgences, mais pas au niveau prothétique. Je dois choisir. Je ne fais qu'un ou deux détartrages par jour, par exemple, car ce n'est pas ma priorité. Les urgences passent d'abord. Il faut également faire preuve de flexibilité et de patience! Les détenus ne peuvent pas venir au cabinet du dentiste pendant les préaux, ni pendant des mises en cellule ou au cachot parce qu'on doit alors fermer la prison pendant 15 à 20 minutes, pendant les visites, les appels, les comptages, s'il y a un problème disciplinaire, tout cela perturbe le déroulement des soins.

Vincent Zanol.

De qui dépendent les soins de santé en prison?
Ils dépendent du SPF Justice. Nous sommes rémunérés avec un tarif horaire minimum, qu'on peut doubler à la prestation. En prison, on ne pourrait pas être rémunérés seulement à la prestation: il arrive qu'on reste une heure sans rien faire, en fonction des aléas de la prison. Certains détenus, par exemple, ne peuvent pas se croiser dans les couloirs car il y aurait un risque de bagarre. Il faut gérer tout cela, pour les rendez-vous chez le médecin, le dentiste, le psychiatre, l'assistante sociale, c'est un travail monumental. Je peux ainsi être bloqué une heure ou deux, et ma liste d'attente s'allonge… De même, en cas de grève au sein de la prison, l'accès y est interdit, et la liste d'attente gonfle à nouveau. Il faut certainement une fibre sociale pour faire cela, c'est vraiment un monde à part.

Quelques chiffres

- 37 dentistes collaborent avec la Direction générale des Établissements pénitentiaires, soit un dentiste pour chaque établissement pénitentiaire.
- Sur les 35 établissements pénitentiaires belges, 33 disposent d'un cabinet dentaire entièrement équipé.
- 1,5 million d'euros, c'est le budget annuel pour les soins dentaires dans les prisons.
- Un détenu ne contribue pas aux soins dentaires. Une participation pour les prothèses dentaires est possible.

Vincent Zanol, la fibre sociale chevillée au corps

«À l'âge de 4 ans, je voulais être dentiste. Pour moi, cela coulait de source. Rien à voir avec mes parents, pourtant, qui étaient ouvriers à Cockerill. Avant d'ouvrir mon cabinet à Seraing, j'ai travaillé 17 ans comme dentiste civil pour la Défense, de 1994 à 2011, ce qui m'a permis de partir pour des missions à l'étranger. Je suis ainsi allé au Liban comme casque bleu. Je suis toujours réserviste actif. Aujourd'hui, je travaille bénévolement pour une association, «Le maillon humanitaire». Nous nous rendons chaque année au Maroc, dans l'Atlas, pendant une dizaine de jours. Mon rôle est alors d'extraire des dents, entre 1.000 et 1.500 sur la semaine, et les gens font encore la file dans la rue.
En 2011, j'ai vu une annonce pour travailler en prison. Dans l'idée d'élargir un peu mes horizons, j'ai commencé, une demi-journée par semaine, puis une journée. Je répartis mon temps entre les prisons de Huy, de Namur, et d'Andenne, selon les circonstances et les besoins.
J'ai toujours pensé qu'en tant que profession médicale, nous devions rendre ce que nous avons reçu, et aider. Depuis 4 ans, je fais partie du Conseil pénitentiaire de la santé.»

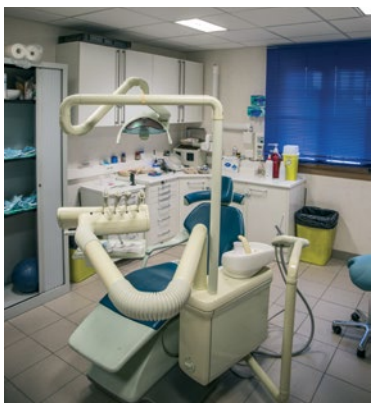
Comment se comportent les détenus face aux traitements?
Comme dans la population extérieure, certains suivent leur traitement, d'autres non. On sait que des détenus vont voir le médecin en cas d'urgence dans le seul but d'obtenir des antidouleurs ou des antibiotiques, mais ne veulent pas se rendre chez le dentiste ensuite, même si le problème est récurrent, et même si le médecin le leur demande. Pourquoi? Cela ne tient parfois pas à grand-chose: ils n'ont pas envie de mettre leur uniforme pénitentiaire pour arriver au cabinet du dentiste, c'est tôt le matin, etc. Ont-ils vraiment mal, ou ont-ils juste besoin d'un antalgique dérivé des opiacés, on peut aussi se poser la question.

Avez-vous déjà été confronté à de la violence?
Depuis 10 ans que j'y suis, je n'ai rédigé qu'un seul rapport disciplinaire. Les détenus estiment parfois, à tort, qu'ils ne reçoivent pas la même qualité de soins qu'à l'extérieur. Et il faut aussi leur faire comprendre qu'on ne peut pas voir le dentiste sur le champ, qu'il y a une liste d'attente de plusieurs semaines, etc., alors qu'ils ont accès au médecin ou au psychiatre beaucoup plus rapidement.

Lire la suite de la page 7

Suite de la page 6

Êtes-vous seul avec votre patient?
Non. Depuis un moment, on m'a fortement conseillé de prendre un assistant. Il prend en charge une bonne partie du travail administratif, et assure également une présence sécuritaire. Et il y a toujours un surveillant dans le couloir. De plus, dans l'éventualité d'un problème, nous disposons d'un bouton d'urgence, sur lequel nous pouvons pousser pour que six gardiens arrivent tout de suite. C'est une alerte silencieuse, donc le détenu ne l'entend pas. Il m'est d'ailleurs arrivé, un jour, d'appuyer dessus par erreur, sans m'en rendre compte, et de voir débarquer la sécurité. Personnellement, je n'ai jamais eu à y recourir. Il s'agit aussi de savoir comment prendre les détenus.



Comment faites-vous?
Petit à petit, j'ai développé une manière de leur parler. Je garde toujours un peu d'humour. Beaucoup les tutoient ici, mais je continue à les vouvoyer, comme mes patients ordinaires. Je pense qu'il faut les respecter, même si, de leur part, cette notion de respect n'est pas toujours réciproque. Mais je crois malgré tout que le respect amène le respect. De manière générale, je gagne leur confiance. Mais il en reste toujours qui se sentent marginalisés par rapport à la population normale.

Depuis 10 ans que j'y suis, je n'ai rédigé qu'un seul rapport disciplinaire

Que diriez-vous à un collègue qui se pose la question de venir travailler en prison?
Qu'il vienne! C'est un travail comme à l'extérieur, même s'il y a des contraintes liées au lieu, même s'il y a des barreaux aux fenêtres. Certes, je dois passer plusieurs portes électroniques avant d'arriver au cabinet, et il faut accepter de se faire fouiller en entrant. Mais c'est une expérience vraiment intéressante sur le plan humain. C'est un reflet de la société... ■

Une collaboration vous tente?

La Direction générale des Établissements pénitentiaires recrute des médecins dentistes. Pour plus d'informations, prendre contact avec werner.vanhout@just.fgov.be et francis.desmet@just.fgov.be.

Impact de la COVID-19 sur la santé buccale des personnes hospitalisées

TEXTE: VINCENT LIÉVIN

Une étude de l'Universita Vita-Salute San Raffaele (Milan) dévoile une prévalence importante de l'ectasie des glandes salivaires chez les patients COVID-19. Il faut toutefois la prendre avec un peu de recul.
Parue dans le Journal of Dental Research (JDR), cette étude attire l'attention des dentistes sur les patients ayant été hospitalisés à la suite d'une infection au coronavirus. Il faut dire qu'à ce stade on sait relativement peu de choses sur les caractéristiques de l'atteinte de la cavité buccale par le virus. Pourtant, comme l'étude le rappelle, on sait que «les cellules de la muqueuse buccale et des glandes salivaires sont des cibles connues pour la réplication directe du coronavirus (SARS-CoV-2) et que la présence du virus dans la salive est une source de transmission de l'infection».
L'objectif de l'étude a donc été d'examiner la présence et la prévalence des manifestations buccales chez les survivants de la COVID-19 dans un hôpital universitaire milanais. «L'ectasie des glandes salivaires était étonnamment fréquente. Les manifestations buccales étant détectées chez 83,9% et l'ectasie des glandes salivaires chez 43% des survivants de la COVID-19. L'ectasie des glandes salivaires reflète la réponse hyper-inflammatoire au SARS-CoV-2, comme le montre la relation significative avec les niveaux de protéine C-réactive (CRP) et de lactate déshydrogénase (LDH) à l'admission à l'hôpital, et

Lire la suite en page 10

PUBLICITÉ

Sens et non-sens des antibiotiques en pratique dentaire

On prescrit trop d'antibiotiques et avec trop d'insouciance

TEXTE: DR JOHAN APS, PROFESSEUR À LA HAUTE ÉCOLE ARTEVELDEHOGESCHOOL, GAND

La publication du Guide clinique pour la prescription prudente d'antibiotiques en pratique dentaire par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a un impact direct sur la dentisterie et la santé publique. Il est dès lors important de réfléchir à l'utilité de cette étude particulièrement intéressante, dans le cadre de laquelle ont aussi été consultés des dentistes, des professeurs d'université, des organisations professionnelles et des académies de dentisterie, de médecine et de pharmacologie.

Alexander Fleming découvre la pénicilline en 1928 par hasard, mais ce sont Howard Florey et Ernst Chain qui parviendront à produire de la pénicilline pure. Ces trois scientifiques reçoivent le prix Nobel de Médecine en 1945. L'avènement des antibiotiques inaugure une nouvelle ère, avec l'espoir euphorique de pouvoir éradiquer ou combattre un jour toutes les infections bactériennes. Aujourd'hui, nous savons que l'utilisation généralisée des antibiotiques génère une résistance bactérienne, même si Fleming avait déjà prévenu le monde en 1928 avec ces termes illustres et visionnaires: «*The greatest possibility of evil in self-medication is the use of too small doses so that instead of clearing up infections, the microbes are educated to resist penicillin and a penicillin-fast organism is bred out which can be passed on to other individuals and from them to others until they reach someone who gets a septicaemia or a pneumonia which penicillin cannot save*». D'ailleurs, en 1947, on enregistre déjà le premier cas de résistance à la pénicilline avec *Staphylococcus aureus*.

L'effet de l'industrie alimentaire

Dans les années 1950, les antibiotiques sont utilisés en masse dans l'industrie alimentaire (surtout dans l'élevage bovin) afin de pouvoir fournir plus de nourriture et plus vite à la population mondiale. En 2009, 13,1 millions kg d'antibiotiques (tétracyclines, sulfonamides, aminoglycosides, bêtalactamines et macrolides) sont utilisés dans l'élevage bovin, et 3,3 millions kg sont administrés à des patients. La Commission européenne avait déjà imposé des règles en 2007 afin de cartographier la résistance bactérienne, ce qui a résulté en 2013 en une baisse de l'utilisation des antibiotiques de 56% chez les animaux. La restriction de l'utilisation des antibiotiques dans l'élevage bovin est essentielle dans la lutte contre les gènes de résistance dans les bactéries. Ces germes résistants peuvent d'ailleurs se transmettre de l'animal à l'homme et vice versa. Près de 600 tonnes d'antibiotiques aboutissent via l'urine des animaux dans le lisier et des résidus de médicaments aboutissent via l'urine des hommes et des animaux dans les eaux usées, puis finalement dans l'eau potable. Nous sommes donc constamment exposés de façon non contrôlée aux antibiotiques et nous courons de ce fait en permanence le risque de développer des germes résistants. En raison de la mobilité de la population mondiale, le risque de propagation rapide n'est pas inconcevable. Un scénario identique à celui de la COVID-19 en fait, mais dans ce cas avec des bactéries. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) estime que, chaque année, près de 25.000 personnes décèdent en Europe des suites d'une résistance bactérienne.

> La prise d'antibiotiques sans traitement est déconseillée

L'apparition de la résistance

Cette résistance naît de la transmission horizontale de gènes (des mutations spontanées de l'ADN de la bactérie qui, par la suite, sont transmises à la génération de bactéries suivante), mais peut aussi être causée par conjugaison (transfert d'une partie de l'ADN muté d'une bactérie à une autre si bien qu'elles sont temporairement réunies), par transfert de plasmides (petits fragments d'ADN en dehors des chromosomes) et par transduction (des bactériophages transmettent de l'ADN modifié à d'autres bactéries). Il est clair que ces mutations peuvent se produire vite quand on sait qu'*Escherichia coli* engendre 10 générations de bactéries en 3 heures et 20 en 7 heures. Les micro-organismes produisent certaines enzymes lorsqu'ils entrent fréquemment en contact avec des agents antimicrobiens, ces médicaments sont alors moins efficaces ou deviennent même inactifs. Cela se produit avec la pénicilline et le chloramphénicol. Des modifications apparaissent dans les récepteurs cellulaires et parfois aussi d'autres modifications de la perméabilité de la paroi cellulaire se produisent, ce qui perturbe le transport intracellulaire et la résistance bactérienne s'installe.

La prescription d'antibiotiques

Les dentistes prescrivent des antibiotiques pour différentes raisons: en cas d'abcès avant drainage (69%), en cas d'abcès après drainage (23%), en cas de pulpite aiguë (12,5%), pour une gingivite marginale chronique (3,3%), en cas de manque de temps pour l'exécution d'un traitement (30,3%), en cas d'incertitude à propos du diagnostic (47,3%) et en cas de report forcé d'un traitement (par exemple parce qu'ils ne sont pas arrivés à anesthésier correctement une dent) (72,5%). La thérapie antimicrobienne sert en fait de support au traitement (thérapie locale), et il faut dès lors procéder au préalable à une culture de l'agent pathogène. Ce n'est qu'alors qu'un traitement peut être initié avec un antibiotique ciblé (à spectre étroit) (ne jamais associer plus de 2 types) de 5 à 10 jours, qui ne peut être prolongé qu'exceptionnellement. Après 48 heures, l'efficacité de l'antibiotique doit être mesurable. Il est d'emblée évident qu'un abcès péri-apical, un abcès parodontal, une pulpite, une péricoronarite, une alvéolite sèche et une extraction de dent de sagesse ne justifient pas la prescription d'antibiotiques parce qu'ils exigent un traitement dentaire. Attention, un abcès péri-apical ou parodontal incisé et drainé peut entraîner une septicémie (cellulite dans les loges du cou ou dans la zone infra-orbitale ou flegmon), qui doit être combattue avec des agents antimicrobiens (association d'aminoglycoside et de bêta-lactamase: Métronidazole et Vancomycine).

Une situation dangereuse

La prescription d'antibiotiques non ciblée et non fondée par les médecins et les dentistes engendre des situations dangereuses. Prescrire pour rassurer les patients est une démarche totalement erronée, mais parfois la pression est grande parce que les patients ont des «attentes». Il a été démontré qu'en 2007 et en 2008 en Belgique, au Danemark, au Luxembourg et en Norvège, les plus grandes quantités d'agents antimicrobiens ont été prescrites dans la tranche d'âge 0 - 5 ans, de même que dans la tranche d'âge 15 - 20 ans. Un fait intéressant à noter est qu'en Belgique on a besoin d'un certificat du médecin ou du dentiste pour être en incapacité de travail, ce qui favorise apparemment le comportement de prescription des agents antimicrobiens. Il y a 20 ans, le nombre de prescriptions était trois fois plus élevé en Belgique qu'aux Pays-Bas, par exemple. Les infections des voies respiratoires semblent être la raison majeure de prescription d'un antibiotique. Aux États-Unis, à cause du «comportement de prescription», le pourcentage de résistance à la pénicilline pour *Streptococcus pneumoniae* se situe désormais autour des 17%, tandis qu'en Belgique et aux Pays-Bas il se situe autour des 2%.

> 25.000 Européens décèdent chaque année d'une infection bactérienne

PHOTO: 123RF/OLGA YASTREMSKA

Les facteurs de risque

La prescription fréquente d'antibiotiques à large spectre favorise le mécanisme de résistance, mais les séjours de longue durée à l'hôpital, les lésions cutanées, les prothèses intravasculaires et les cathéters intravasculaires font aussi partie des facteurs de risque d'apparition d'une résistance bactérienne. Le sous-dosage des antibiotiques constitue un autre risque. Cela concerne dans ce cas tant la dose que la durée de la prise. Cette durée peut être trop courte parce que le prescripteur l'a estimée trop courte ou parce que les patients ont terminé trop tôt la cure prescrite. Près de 50% des patients ne termineraient pas leur cure et 40% ne la débuteraient même jamais. Il est clair qu'il faudrait mener des recherches supplémentaires sur le traitement adéquat le plus court possible pour éviter les situations mentionnées plus haut.

Malheureusement, la détermination in vitro de l'efficacité et de la résistance d'un antibiotique ne correspond pas toujours à la situation réelle in vivo, en particulier dans la bouche où nous sommes confrontés à un biofilm complexe. Ce qui complique l'administration systémique d'agents antimicrobiens pour les affections buccales. En premier lieu, il y a une différence énorme entre les taux sanguin et salivaire du médicament. Deuxièmement, le biofilm complique l'obtention des concentrations efficaces du médicament administré systémiquement. En troisième lieu, le taux d'acidité du milieu où apparaît l'infection joue aussi un rôle et beaucoup d'agents antibactériens sont inactivés. Quatrièmement, il existe la possibilité que des agents antibactériens ne soient plus bactéricides mais seulement inhibiteurs de croissance en raison de l'activité métabolique en évolution rapide de grandes quantités de bactéries. Cela favorise la résistance, car des mutations apparaissent dans le biofilm. C'est pourquoi l'amoxicilline, la doxycycline et le métronidazole ne sont plus efficaces contre *Porphyromonas gingivales*. L'élimination mécanique du biofilm (brossage des dents) provoque sa modification si bien que les agents antimicrobiens redeviennent plus efficaces.

Les réactions allergiques

L'allergie aux antibiotiques existe aussi. La possibilité de réagir de façon allergique est déterminée génétiquement, tandis que le risque de réaction allergique est déterminé par une exposition à des antigènes. L'allergie liée aux antibiotiques peut être réduite à trois formes: l'allergie Ig-E médiée, l'allergie non Ig-E médiée et la réaction allergique retardée. Il y a en outre les effets secondaires que les antibiotiques peuvent avoir sur d'autres médicaments (par exemple une efficacité réduite des contraceptifs) ou sur la flore gastro-intestinale (provoquant une diarrhée).

Les patients dont le système immunitaire est affaibli (par exemple après une greffe d'organe ou à la suite d'une infection par le VIH) risquent de contracter ce que l'on appelle des infections opportunistes, qui sont provoquées par des micro-organismes peu ou pas pathogènes (*Prevotella intermedia, Tannerella forsythensis, Peptostreptococcus micros, Fusobacterium nucleatum, Candida* et aspergillose). Ces patients risquent une propagation d'infections généralisées par la bouche, qui à leur tour peuvent entraîner des complications médicales. L'âge joue aussi un rôle dans l'apparition des infections opportunistes. À partir de 65 ans, nos défenses immunitaires s'affaiblissent et vers l'âge de 80 ans elles sont fortement diminuées chez la plupart des gens. Ces surinfections ou super-infections, qui sont souvent des infections bénignes en plus de l'infection initiale, peuvent également provoquer des complications sévères qui complexifient le traitement de l'infection initiale. En ce qui concerne la dentisterie, la principale super-infection est due aux *Candida species*, qui sont désormais dans certaines parties du monde résistantes au traitement classique avec la nystatine et le fluconazole (à ne pas utiliser en association avec des anticoagulants).

Le SARM

En dentisterie, nous sommes confrontés sur trois plans à des micro-organismes résistants: (1) le patient est porteur de souches résistantes intra-orales, (2) contamination de l'espace du cabinet et

Est-ce que je prescris un antibiotique en cas de:	Recommandation O = oui N = non	Exception ou considération	Quel antibiotique prescrire dans ce cas?
pulpite irréversible symptomatique des dents de lait	N		
abcès odontogène des dents de lait	N	Signes d'extension locale ou signes d'infection systémique (lymphadénopathie, fièvre, malaise, cellulite)	Amoxicilline 75-100 mg/kg de poids corporel/jour (3 prises) pendant 5 jours Allergie à la pénicilline non IgE-médiée: Céfuroxime axétil 30-50 mg/kg de poids corporel/jour (3 prises) pendant 5 jours Allergie à la pénicilline IgE-médiée: Azitromycine 10 mg/kg de poids corporel/jour (1 dose) pendant 3 jours
pulpite irréversible symptomatique des dents définitives	N		
périodontite apicale symptomatique des dents définitives	N	Signes d'extension locale ou signes d'infection systémique (lymphadénopathie, fièvre, malaise, cellulite)	Amoxicilline 500 mg, 3x/jour, pendant 3 à 7 jours Allergie à la pénicilline: Azitromycine 500 mg/jour pendant 3 jours ou Clarithromycine 500 mg, 2x/jour, pendant 7 jours
abcès apical aigu symptomatique des dents définitives	N	Signes d'extension locale ou signes d'infection systémique (lymphadénopathie, fièvre, malaise, cellulite)	Amoxicilline 500 mg, 3x/jour, pendant 3 à 7 jours Allergie à la pénicilline: Azitromycine 500 mg/jour pendant 3 jours ou Clarithromycine 500 mg, 2x/jour, pendant 7 jours
réimplantation des dents définitives après avulsion	N		
traitement non chirurgical de la parodontite agressive	N	Les antibiotiques peuvent être envisagés après discussion approfondie du pour et du contre avec le patient.	Amoxicilline 500 mg plus Métronidazole 500 mg, 3x/jour, pendant 3 à 7 jours Allergie à la pénicilline: Métronidazole 500 mg, 3x/jour, pendant 3 à 7 jours
abcès parodontal des dents définitives	N	Signes d'extension locale ou signes d'infection systémique (lymphadénopathie, fièvre, malaise, cellulite)	Amoxicilline 500 mg, 3x/jour, pendant 3 à 7 jours Allergie à la pénicilline: Azitromycine 500 mg/jour pendant 3 jours ou Clarithromycine 500 mg, 2x/jour, pendant 7 jours
placement d'implants dentaires	O		1 dose de 2 g d'Amoxicilline 1 heure avant l'intervention Allergie à la pénicilline: 1 dose de 600 mg de Clindamycine 1 heure avant l'intervention
extraction des dents définitives	N		
chez les patients à (haut) risque d'endocardite infectieuse lors d'une intervention dentaire	O pour les interventions invasives (cfr texte)	Patients avec: • prothèse valvulaire ou matériel prothétique utilisés pour réparer une valve cardiaque • antécédents d'endocardite infectieuse • maladie cardiaque congénitale (cardiopathie congénitale cyanotique, sans intervention chirurgicale, ou avec défauts résiduels, dérivations ou conduits palliatifs; cardiopathie congénitale entièrement réparée avec du matériel prothétique/ matériel prothétique, placé chirurgicalement ou par voie percutanée, jusqu'à 6 mois après la procédure; défaut permanent au site d'implantation du matériel prothétique ou d'un appareil, qui a été implanté par chirurgie cardiaque ou via une technique percutanée)	**Enfants** 50 mg/kg de poids corporel d'Amoxicilline ou d'Ampicilline, 30 à 60 minutes avant l'intervention Allergie à la pénicilline: 20 mg/kg de poids corporel de Clindamycine, 30 à 60 minutes avant l'intervention **Adultes** 2 g d'Amoxicilline ou d'Ampicilline, 30 à 60 minutes avant l'intervention Allergie à la pénicilline: 600 mg de Clindamycine, 30 à 60 minutes avant l'intervention
antibioprophylaxie chez les patients porteurs d'implants orthopédiques lors d'une intervention dentaire	N		

transmission des germes résistants au personnel dans le cabinet et (3) un membre du personnel est porteur des germes résistants (par exemple *Staphylococcus aureus* multirésistant ou MRSA ou SARM). D'après la littérature, faire se rincer les patients avec de la chlorhexidine semble efficace pour réduire fortement la quantité de bactéries dans la bouche. SARM constitue vraiment un problème dans la pratique dentaire car sa transmission se produit via contact direct (d'une personne à une autre, appareillages, instruments ou ordinateur), l'air (aérosol) et même vêtements. Le hic, c'est que les porteurs du SARM ne sont pas toujours identifiés et que tant les personnes faisant partie de l'équipe de soins que les patients peuvent dès lors en être la source.

La prophylaxie antimicrobienne

Le but de la prophylaxie est d'assurer une protection d'une durée de 6 à 24 heures contre les infections à distance. Elle n'est pas administrée pour prévenir une bactériémie, mais pour prévenir l'implantation et la croissance des micro-organismes sur le locus minoris resistentiae, qui de plus ne peut pas être inspecté directement. Une bactériémie consécutive à une intervention dentaire dure chez une personne en bonne santé environ 30 à 45 minutes. Le brossage des dents manuel provoque une bactériémie moindre que le brossage des dents électrique (46 versus 78%). La mastication provoque également une bactériémie (7,5-51%), ainsi que le fil dentaire et la brossette (20-86%). Il est d'emblée évident que beaucoup de mesures d'hygiène buccodentaire quotidiennes dépassent de loin le danger d'un contrôle dentaire semestriel avec nettoyage dentaire. La question clé reste toutefois: lors de quelles interventions invasives et de quels états de santé buccodentaires une bactériémie est-elle prévisible de façon à ce que la prophylaxie en présence d'un locus minoris resistentiae ait du sens? Il est intéressant de noter que les directives pour la prophylaxie antimicrobienne sont différentes en Belgique et aux Pays-Bas, tant en ce qui concerne le dosage, les recommandations en lien avec des traitements multiples, que le choix de l'antibiotique.

Le Guide clinique du KCE

Le guide clinique étayé scientifiquement rédigé par le KCE (https://kce.fgov.be/fr/guide-clinique-pour-la-prescription-prudente-d'antibiotiques-en-pratique-dentaire) est le fruit d'une vaste revue systématique dans laquelle la qualité des manuscrits publiés dans des revues peer-reviewed a été évaluée d'un point de vue critique sur toutes sortes de plans, en quête de la preuve (*evidence*) pour douze indications pour lesquelles des antibiotiques sont souvent prescrits par les dentistes. En outre, les chercheurs disposaient de données détaillées se rapportant au comportement de prescription des dentistes. Il est apparu qu'en 2016, 5,8% de tous les antibiotiques dans les soins ambulants en Belgique ont été prescrits par des dentistes. Une analyse détaillée a indiqué que la part prescrite par les dentistes était encore plus élevée pour un certain nombre de types d'antibiotiques: par exemple 20,1% pour la clindamycine, 11,6% pour le métronidazole, 10,5% pour l'amoxicilline et 8,4% pour l'amoxicilline/acide clavulanique.

Le guide clinique concerne uniquement les prescriptions d'antibiotiques per os, étant donné que les dentistes belges ne peuvent pas prescrire des administrations par intraveineuse. De plus, il cible explicitement les patients «médicalement aptes». Pour les patients médicament compromis, le KCE recommande au dentiste de prendre contact avec le médecin traitant. Ce guide clinique peut aussi être utile pour les médecins généralistes et les spécialistes quand ils voient des patients ayant des plaintes buccodentaires.

Douze indications ont été étudiées

1. Pulpites irréversibles symptomatiques des dents de lait.
2. Abcès odontogènes des dents de lait.
3. Pulpites irréversibles symptomatiques des dents définitives.
4. Périodontites apicales aiguës des dents définitives.
5. Abcès apicaux aigus symptomatiques des dents définitives.
6. Réimplantation des dents définitives après avulsion.
7. Traitement parodontal de la parodontite agressive.
8. Abcès parodontaux des dents définitives.
9. Placement d'implants dentaires.
10. Extraction des dents définitives (sauf dents de sagesse).
11. Antibioprophylaxie chez les patients à (haut) risque d'endocardite infectieuse lors d'une intervention dentaire.
12. Antibioprophylaxie chez les patients porteurs d'implants orthopédiques lors d'une intervention dentaire.

Il faut d'abord s'occuper de l'origine de l'infection, avant de passer à la prescription d'antibiotiques, ce qui signifie pour la dentisterie que des antibiotiques doivent être très rarement prescrits parce qu'un traitement dentaire peut s'occuper de la cause dans presque tous les cas et peut arriver à contrôler l'infection. La prise d'antibiotiques sans traitement dentaire est fortement déconseillée. Dans le tableau ci-dessus, vous trouvez un aperçu des guidelines du KCE en réponse aux 12 questions posées. Seulement et uniquement dans les situations suivantes la prescription d'antibiotiques est indiquée: (1) quand il y a une forte suspicion ou s'il y a des signes que l'infection n'est plus localisée autour d'une dent, (2) en cas de placement d'un implant et (3) chez les patients ayant un risque élevé d'endocardite bactérienne chez lesquels une intervention dentaire est planifiée qui comprend la manipulation de la gencive ou de la zone péri-apicale des dents ou la perforation de la muqueuse buccale (par exemple nettoyage dentaire professionnel, traitement du canal radiculaire, extraction dentaire, détartrage parodontal et surfaçage radiculaire).

Vous trouverez les références de cet article sur www.dental-tribune.be.