

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 3 - JUIN 2021

Rubrique philatélique

Les dentistes et le sport

Page 3

Billet d'humeur

Et mon attestation?

Page 3

Michèle Witkamp, gestionnaire de cabinet

«Vous êtes en quelque sorte le lubrifiant opérationnel.»

Page 5



Interview Koen Clement:

L'analyse des données régit le parcours du patient

Pages 7-10

Clinique

La narcose chez les enfants est souvent non fondée

Pages 8-9

Industrie

Efficacité du bain de bouche au peroxyde d'hydrogène

Page 11



Andrew R. Wheeler:

«Rechercher des alternatives scientifiquement prouvées à l'expérimentation animale.»

Pages 6-7

Prolongation de l'intervention financière pour le matériel de protection

Le Conseil des ministres a approuvé le projet d'AR prolongeant l'intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel pour les dispensateurs de soins ambulatoires dans le cadre de la pandémie de COVID-19 pour la deuxième période allant de septembre à novembre 2020.

Les dispensateurs de soins ambulatoires bénéficieront non seulement d'une intervention pour le matériel (individuel, comme les gants, les masques, les blouses, etc.), mais aussi pour les investissements plus lourds (comme les systèmes de purification de l'air) et les mesures de protection (notamment le temps nécessaire pour enlever les équipements de protection, entre deux patients et pour désinfecter le matériel et les locaux, etc.). Pour la première période, de mai à août 2020, le remboursement a déjà été versé. Le versement pour la deuxième période, du 1^{er} septembre au 30 novembre 2020, était prévu, mais le processus d'approbation avait pris du retard en raison du contrôle administratif et budgétaire. «Les équipements de protection sont

essentiels pour que nos soignants puissent faire leur travail en sécurité. Je suis donc heureux que cet AR ait enfin été approuvé par le Conseil des ministres», a commenté le ministre de la Santé publique Frank Vandenbroucke. Une allocation de 20 euros par contact-patient (avec une limite de 200 contacts par mois) est octroyée pour les praticiens de l'art dentaire, les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et en stomatologie. La différence de montant par rapport aux autres prestataires se justifie par le risque accru de contamination par la COVID-19 en raison, entre autres, de la proximité avec le visage du patient sans masque. L'intervention devrait être versée par l'INAMI au plus tard en juin. (source: Le Spécialiste) ■

COVID-19: le confinement a accentué les inégalités sociales en matière d'accès aux soins dentaires

À l'avant-garde de la pandémie de COVID-19, le secteur de la santé a dû faire face à une crise sanitaire sans précédent. À compter du mois de mars 2020, les systèmes de soins ont dû s'adapter rapidement, libérer de l'espace dans les établissements de santé et reporter les soins non urgents pour garantir une capacité hospitalière suffisante afin de traiter les patients atteints de COVID-19. Le numéro d'avril (162) de la revue scientifique de vulgarisation émanant des économistes de l'UCLouvain «Regards économiques» dévoile une enquête sur l'utilisation des soins menée en collaboration par l'UCLouvain et la KULeuven durant la première vague de COVID-19 en mai et juin 2020 dans les trois régions du pays. Près de 3 répondants sur 4 (75,2%) rapportent avoir renoncé à des soins médicaux dont les rendez-vous avaient été pris avant le confinement, tandis que seul 1 sur 4 indique ne pas avoir eu à renoncer à des soins programmés avant le confinement (24,8%). Le renoncement aux soins

dentaires s'observe pour 43,3% des répondants et dans 82,3% des cas, c'est à 1 seul rendez-vous qu'ils ont renoncé.

Le renoncement aux soins paramédicaux et dentaires s'explique largement par le fait que les cabinets étaient fermés (32% des soins dentaires). Les personnes avec un revenu de moins de 1.499 euros par mois ont renoncé 1,5 fois plus à des soins dentaires que les personnes avec un revenu entre 1.500 et 4.000 euros par mois. Ainsi, le renoncement aux soins – et plus particulièrement dentaires – durant le confinement aura probablement accentué les inégalités sociales en matière d'accès aux soins. Les facteurs démographiques (âge et sexe) expliquent quant à eux 18% des différences entre répondants dans la probabilité de renoncer à tous types de soins (7,8% pour les soins dentaires). Les personnes entre 18 et 34 ans ont moins renoncé à des soins que les personnes entre 50 et 65 ans. La région de domiciliation explique

une part moins large mais non négligeable des différences interindividuelles dans le renoncement aux soins, excepté pour les soins dentaires où elle explique 10% de ces différences. L'analyse montre qu'une personne habitant à Bruxelles ou en Wallonie a 1,4 fois plus de probabilité de renoncer à ses soins qu'une personne résidant en Flandre. Ainsi, le renoncement aux soins durant le confinement aura probablement accentué les inégalités régionales en matière d'accès aux soins. Les raisons qui expliquent le renoncement aux soins relèvent majoritairement de l'offre de soins, notamment le fait que les hôpitaux ou les établissements de soins ont annulé ou reporté les rendez-vous médicaux ou que les professionnels de la santé avaient fermé leur cabinet. Puisqu'ils sont nécessairement de plus grands utilisateurs de soins, ce sont les plus malades qui ont particulièrement renoncé à des soins médicaux. Une détérioration de l'état de santé de la population est donc à craindre. ■

Soins dentaires de proximité

Pour de nombreuses personnes, les soins dentaires sont devenus un problème, notamment parce qu'elles ont perdu leur autonomie. Durant la dernière décennie, la prise de conscience des problèmes de santé buccodentaire a grandi chez les dispensateurs de soins auprès des personnes âgées fragilisées et des personnes limitées. Selon l'INAMI, 85% des personnes dépendantes ont besoin de soins dentaires, ou d'entretien de leurs prothèses. Les études nationales et internationales mettent en évidence que la santé buccodentaire des personnes à besoins particuliers est insuffisante. C'est le cas notamment des personnes handicapées, placées en institution. Cela concerne 500.000 personnes en Belgique. Sur ce demi-million de personnes, +/-200.000 se trouvent en MRS (maison de repos et de soins) et 300.000 sont chez elles, à domicile, mais dépendantes en moyenne de 3 à 4 personnes. L'ASBL Dentalmobilis avec son cabinet dentaire mobile permet notamment un dépistage de tous les résidents dans le respect des règles de confidentialité de l'acte médical. Cela limite au maximum les déplacements puisque l'examen

est réalisé sur place. Ce dépistage permet aussi l'identification des situations d'urgences buccodentaires souvent asymptomatiques et la mise en place d'un protocole d'hygiène buccodentaire adapté à la situation orale du résident. Ensuite, l'édition d'un dossier buccodentaire est versée au dossier médical global (DMG) du résident. Pour éviter aux résidents de se déplacer, Dentalmobilis réalise les soins buccodentaires

directement au sein des maisons de repos et centres d'hébergement. Les soins sont organisés soit dans un cabinet dentaire mobile à l'extérieur des institutions, soit dans un cabinet aménagé à l'intérieur des établissements. «Ces personnes deviennent "invisibles". Comme elles sont cloîtrées chez elles ou en institution, on ne les voit pas!», a expliqué Vincent Ghislain, fondateur de Dentalmobilis dans un reportage de la RTBF. Des dentistes itinérants vont donc à la rencontre des patients. ■

PUBLICITÉ

HENRY SCHEIN®
DENTAL

Rely on us

NOUVEAU

Consultez nos dernières publications ici

Guide Pratique
Hygiène Bucco-dentaire
& Prévention

Eurodeals

Avec de nombreuses
offres à ne pas manquer

CURAPROX



SWISS PREMIUM  ORAL CARE

Rubrique philatélique

Les dentistes et le sport



Créés en 1978, à Cannes (France), les Jeux Mondiaux de la Médecine et de la Santé (MEDIGAMES en anglais), accueillent près de 2.000 professionnels du secteur médical de plus de 40 pays dans le cadre de 25 compétitions sportives dans diverses disciplines et d'un Symposium International de Médecine du Sport. Cette vignette intercalaire a été éditée par La Poste (en France) en 1994.

C'est l'occasion de vous présenter quelques dentistes qui se sont fait connaître internationalement par leurs performances sportives.



Escrime: Kerstin Palm, qui a été championne d'escrime, est née à Malmö en Suède en 1946. Fille de dentiste, elle est diplômée elle-même dentiste à l'Université de Stockholm en 1969. Elle a participé à 6 Jeux Olympiques: Tokyo en 1964, Mexico en 1968 (5^e), Munich en 1972 (6^e), Montréal en 1976, Moscou en 1980 et Los Angeles en 1984 (12^e). Ce timbre a été émis en 1972 par la Suède en l'honneur des sportives féminines.



Saut en longueur féminin: La Polonaise Elizbieta Krzesinska est diplômée dentiste en 1963. Aux XVI^{es} Jeux Olympiques de Melbourne en 1956, elle a décroché la médaille d'or dans la compétition du saut en longueur. Ce timbre a été édité en 1960 par la Pologne.

Patinage de vitesse masculin: Erhard Keller, né en 1944 à Ginsberg (Allemagne), est diplômé dentiste en 1973 à l'Université de Munich. À Grenoble (France), en 1968, Erhard Keller avait annoncé: «Un record du monde ou une grande course à gagner sont deux choses complète-



ment différentes». Et il sera médaillé d'or aux 500 m. Ce timbre a été émis en 1968 par la Hongrie.



Cricket: L'Australien Alfred Noble Montague (1873-1940), est employé de banque avant de devenir dentiste. Il consacre tout son temps au cricket et a été capitaine de l'équipe qui a remporté la Coupe du monde en 1909. Il est représenté sur le timbre du bloc feuillet Tonga 1989.



Badminton: Le Danemark a édité un timbre à l'occasion du Championnat du monde de badminton en 1983 à Copenhague. La joueuse de badminton représentée est Lene Køppen, dentiste, diplômée en 1977 à l'Université de Copenhague. Elle a gagné un certain nombre de championnats de badminton et a été championne du monde.



La crosse: Le Canadien William George Beers (1841-1900) est connu à la fois comme le «Père de la crosse» et comme le dentiste le plus réputé de son époque. La crosse est un sport collectif d'origine amérindienne où les joueurs se servent d'une crosse pour mettre une balle dans le but adverse. Ce timbre a été émis par le Canada en 1968. ■

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

Et mon attestation?

Nous avons une chouette nouvelle activité, ici au cabinet, une activité qui n'a en fait plus rien à voir avec la dentisterie. Nous sommes courtiers en assurances dentaires...

Depuis l'instauration des polices d'assurance dentaire de toutes sortes, qu'elles émanent du privé ou d'une mutuelle, mais CERTAINEMENT depuis qu'une grande mutuelle, dont je tairai le nom, a pensé qu'il était nécessaire de distribuer généreusement un «bonus pour ses clients», nous avons en fin de journée une tête comme un seau tellement nous nous sommes débattus devant notre écran d'ordinateur, paralysés par les piles de formulaires qu'il faut remplir aujourd'hui pour chaque patient! Et une tête comme un seau, c'est plutôt ridicule avec un masque, pauvres de nous...

Ces assurances sont bien entendu une initiative tout ce qu'il y a de plus noble. Les patients envisagent plus rapidement de passer à un petit implant supplémentaire ou à un full dental makeover. Car oui, tout est remboursé... ou pas? C'est là qu'il y a anguille sous roche, mes chers patients. Il y a des temps d'attente, il y a des plafonds de remboursement, il y a des phrases écrites en petites lettres et il y a des catégories avec des sous-catégories, et il faut pas mal de compétences intellectuelles pour s'y retrouver. Le traitement x tombe tout juste dans la bonne catégorie mais le traitement y non, avec à la clé un patient fâché et frustré et à nouveau un tas de coups de fil à donner et de papiers à remplir et tamponner et, oui, à scanner et à envoyer par mail, ah non, on ne peut pas, à télécharger alors, oh non, ça ne marche pas, à imprimer alors quand même? Notre imprimante fait des heures supplémentaires comme dans le bon vieux temps.

Pourtant, nous n'étions pas peu fiers de notre décision de réduire radicalement l'empreinte écologique du cabinet. Le coronavirus nous a incités à réfléchir à comment rendre plus efficace le travail du secrétariat, et nous avons donc pensé que si nous supprimions ces attestations, cela ferait quand même une différence par rapport aux contacts et aux flacons de désinfectant parfumé. Adieu l'imprimante matricielle et



son bruit de cliquetis, qui se bloquait régulièrement, surtout quand il y avait une dizaine de personnes au comptoir, bien sûr! Non, nous allions facturer électroniquement, cela faisait très dans l'air du temps et respectueux de l'environnement. Et cela s'est avéré un coup dans le mille! J'avais déjà amené l'imprimante matricielle au parc à conteneurs, il est vrai après un premier trajet pour rien car un imposant préposé m'a bloqué le passage sous prétexte que je n'avais pas rendez-vous. Tout en pensant à l'empreinte écologique, je suis revenue sur mes pas, en surveillant attentivement ma consommation sur le tableau de bord, tout en pensant à l'empreinte écologique, n'est-ce pas. Mais je m'égare un peu... C'est ce qui arrive avec ces rêves en vert. Soit. Toutefois, il semble bien que les patients soient indéniablement pétris de «vieilles» habitudes. Nous avons perdu le compte du nombre de fois où ils sont revenus sur leurs pas au cabinet après une dizaine de kilomètres de route pour demander «leur» attestation. De toute évidence, toute méfiance n'est pas encore dissipée à propos du fait qu'ils ne disposent plus désormais de ce papier tangible, ce papier qui offre la certitude ultime d'un remboursement. Heureusement, notre assistante administrative à la réception a une patience d'ange et continue de répéter inlassablement avec un grand sourire: «C'est automatique maintenant, vous recevrez très vite le remboursement sur votre compte, c'est chouette non?» Hop là, le patient repasse la porte, j'entends généralement alors le grondement féroce d'un moteur qui démarre, prêt à entamer le trajet de retour (pour rien). Chouette, non? ■

Faits & chiffres

50% de caries en moins grâce au programme de prévention à l'école.

Dans l'étude intitulée «Longitudinal caries prevalence in a comprehensive, multicomponent, school-based prevention program», des chercheurs américains ont analysé l'efficacité des programmes de prévention des caries dans les écoles.

De 2004 à 2010, 6.927 enfants ont été suivis dans 36 écoles primaires aux États-Unis. Ils ont reçu deux fois par an du dentifrice, des brosses à dents et des conseils pour prendre soin de leur bouche dispensés par des hygiénistes buccodentaires. Il est apparu que la prévalence des

caries a diminué de plus de 50% chez les enfants étudiés. Dans le cas des caries non traitées, la prévalence a diminué dans la phase 1 de 38% à 18% et dans la phase 2 de 28% à 10%. Le vaste programme de lutte contre les caries à l'école a donc prouvé son efficacité. ■

	Prévalence des caries avant le programme de prévention	Prévalence des caries après le programme de prévention
Phase 1	38%	18%
Phase 2	28%	10%

(SOURCE: JADA, STATE OF THE ORAL HEALTH CARE)

Quiz

1. L'étendue réelle d'un défaut osseux péri-apical est toujours plus petite que celle observée sur la radiographie.
a. Vrai
b. Faux
2. Lors du diagnostic d'une fracture radiculaire verticale, un flap diagnostique ou une inspection au microscope opératoire peut apporter une certitude quant à la présence d'une fracture.
a. Vrai
b. Faux

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

Les raisons de l'échec de l'anesthésie locale

TEXTE: DR JOHAN APS

Quel dentiste ne frémit pas devant un patient atteint d'une pulpite aiguë irréversible, un enfant avec une dent crayeuse ou un patient pratiquement inanesthésiable? Rien n'est plus ennuyeux et frustrant pour un dentiste qu'une dent qu'il n'est pas (suffisamment) parvenu à endormir. Peu d'écoles de dentisterie consacrent une bonne partie du cursus à l'anesthésie locale.

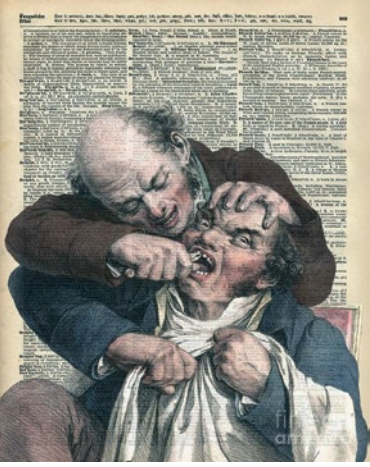
Elle constitue souvent un chapitre du cours de chirurgie orale ou un sous-chapitre de plusieurs autres cours. On y explique de prime abord de façon théorique comment on devrait pouvoir arriver à une anesthésie locale adéquate. La formation pratique en anesthésie locale s'effectue souvent sur des patients qui ignorent qu'ils servent par hasard de cobayes, parce que dans certains établissements d'enseignement il est interdit d'administrer un anesthésique local à un autre étudiant. C'est discutable, mais en même temps apprendre par expérience est riche d'enseignement parce que les étudiants savent alors quel effet cela fait de se trouver de l'autre côté de la barrière. Lors de notre formation, nous expérimentons quand même en personne qu'il n'est pas toujours aussi facile que cela devrait l'être de parvenir à une anesthésie adéquate de chaque patient. Beaucoup de confrères ont dès lors, au fil des ans, personnalisé leur technique sur base de leurs expériences. L'un injecte sans vasoconstricteur, tandis qu'un autre ne jure que par l'anesthésie intraligamentaire (supplémentaire), et encore un autre administre invariablement un double bloc mandibulaire avec deux anesthésiques différents. Malgré ces mesures, il y a encore des échecs. Et il n'est pas inconcevable que cela entraîne chez certains patients une peur du dentiste et il n'est pas surprenant que cela confère une mauvaise réputation à notre profession, il suffit de voir les blagues, les caricatures et autres représentations sur notre profession (illustrations).

Les échecs sont-ils dus à l'anesthésique, à la technique d'injection, au patient ou à une combinaison de plusieurs facteurs?

Anesthésie locale

Le but final de toutes les anesthésies locales en médecine dentaire est d'interrompre la conduction du message nerveux afférent de façon à ce que plus aucun signal de douleur n'atteigne le cerveau et que le traitement dentaire puisse être effectué. Les anesthésiques locaux utilisés aujourd'hui en dentisterie sont tous des amides: bupivacaine, ropivacaine, lidocaïne, articaine, mépivacaine et prilocaïne. Les différences majeures entre ces anesthésiques résident dans leur effet vasodilatateur, leur vitesse de pénétration, leur durée d'action et leur métabolisation. La bupivacaine et la ropivacaine sont moins utilisées en Europe en dentisterie, parce qu'elles provoquent une très longue (7 heures) anesthésie des tissus mous. Aux États-Unis, par contre, ce sont les anesthésiques locaux préférés des chirurgiens maxillofaciaux et des endodontistes. C'est dû au fait qu'il a fallu attendre jusqu'en 2000 avant que la FDA (Food and Drug Administration) autorise l'articaine sur le marché américain, si bien

que les dentistes et les chirurgiens maxillofaciaux américains ont dû trouver une alternative (bupivacaine et ropivacaine) dans l'anesthésie locorégionale médicale. En Europe, l'articaine est utilisée depuis 1976 et il n'était dès lors pas nécessaire de trouver des alternatives. L'avantage de l'articaine par rapport à la lidocaïne par exemple est qu'elle est davantage liposoluble et qu'elle agit dès lors plus vite que la lidocaïne et permet en même temps aussi une anesthésie des tissus mous d'environ 4 heures, contre seulement 2 heures pour la lidocaïne. Il est dès lors recommandé de baser le choix de l'anesthésique local sur l'indication de la nécessité ou non de maintenir une anesthésie encore longtemps (7 heures ou 4 heures ou 2 heures) après le traitement ou les soins. La lidocaïne sera alors plutôt indiquée en cas de soins restaurateurs et l'articaine en cas d'extraction dentaire. Si on classe les anesthésiques locaux en fonction de leur vitesse d'action de rapide à lente (donc du plus liposoluble au moins liposoluble), on peut alors les placer dans l'ordre suivant: bupivacaine, articaine, lidocaïne, prilocaïne et mépivacaine. Plus l'anesthésique est liposoluble, plus il passe facilement à travers la membrane lipidique des cellules nerveuses. Si on les classe de la plus longue à la moins longue durée d'action, l'ordre de succession est alors bupivacaine, articaine, mépivacaine, lidocaïne et prilocaïne. Le fait que non seulement l'articaine agit plus vite que la lidocaïne, mais aussi plus longtemps saute immédiatement aux yeux, ce qui explique une nouvelle fois comment on peut faire le bon choix d'anesthésique pour chaque type de traitement. Tous les anesthésiques amides sont métabolisés lentement dans le foie et les reins et excrétés dans l'urine. Comme mentionné plus haut, ils provoquent une vasodilatation, compromettant ainsi l'efficacité optimale de l'anesthésie locale. L'ajout d'un vasoconstricteur (épinéphrine et félypressine) contrecarre cet effet. L'épinéphrine ou l'adrénaline (c'est la même chose) est associée à de la lidocaïne 2% ou de l'articaine 4% par exemple en différentes concentrations (par exemple 1:200.000 ou 1: 80.000), tandis que la félypressine est associée à la prilocaïne. Cette



Voici comment le public nous perçoit.

concentration détermine le degré de vasoconstriction et donc aussi la durée et la profondeur de l'anesthésie locale. La présence de vasoconstricteur offre un certain nombre d'avantages supplémentaires, notamment (1) une présence locale plus longue de l'anesthésique, (2) une réduction du saignement pendant les interventions chirurgicales et (3) une diminution de la toxicité systémique. Cette diminution de la toxicité systémique est importante, car elle permet une libération plus progressive de l'anesthésique dans la circulation sanguine et, par conséquent, une métabolisation plus échelonnée dans le foie et les reins, ce qui empêche le surdosage. Les inconvénients éventuels du vasoconstricteur dans l'anesthésie locale sont (1) une alvéolite sèche en cas d'extraction et l'utilisation d'une concentration élevée de vasoconstricteur, (2) une tachyphylaxie en cas d'injection supplémentaire et (3) un éventuel effet rebond en cas de disparition trop brutale de la vasoconstriction. L'American Heart Association recommande d'administrer une anesthésie locale avec un vasoconstricteur en prévention de la douleur pendant un traitement, car la douleur peut provoquer un stress incontrôlé, ce qui peut à son tour entraîner une insuffisance cardiaque. Cependant, la littérature montre que tous les anesthésiques locaux sont potentiellement neurotoxiques, selon leur concentration et selon les lignées cellulaires utilisées. Les affirmations selon lesquelles l'articaine 4% est plus neurotoxique que la lidocaïne 2% ne sont pas étayées par toutes les études. Il est clair que cette question n'a pas encore été tranchée à la lecture des cas reports publiés chaque année sur l'anesthésie locale en dentisterie et des études in vitro sur les lignées cellulaires dans le but d'analyser la neurotoxicité. La littérature sur l'efficacité des anesthésiques locaux utilisés en dentisterie n'est pas non plus unanime, car il n'y a pas de consensus sur quel anesthésique amide est supérieur. C'est un constat particulièrement intéressant, car si les mêmes anesthésiques amides sont utilisés pour une anesthésie locorégionale en médecine et qu'il semble rarement s'y produire de problèmes liés à l'efficacité, alors nous devons oser nous poser la question de savoir si les échecs que nous subissons

parfois ne seraient pas dus à d'autres facteurs, comme la technique d'anesthésie ou l'anatomie du patient. Des histoires à dormir debout circulent aussi sur les personnes aux cheveux roux, mais à ce propos il n'y a pas non plus de consensus dans la littérature sur le fait que les personnes rousses seraient moins faciles à anesthésier que les personnes ayant une autre couleur de cheveux. La science en est encore à ses balbutiements à ce propos et il y a probablement des facteurs génétiques encore inconnus impliqués dans la façon dont certaines personnes ressentent la douleur et quel est le véritable rôle des différentes mélanocortines. À suivre sans le moindre doute!

Technique d'anesthésie

Les formations traditionnelles en dentisterie passent beaucoup de temps à enseigner l'anesthésie de conduction (par exemple le bloc mandibulaire), l'anesthésie par infiltration et l'anesthésie intraligamentaire. Il faut dire que ces techniques suffisent dans la majorité des cas. Mais, la majorité, ce n'est pas 100%. La technique dans le cadre de laquelle nous, les dentistes, injectons souvent dans «l'inconnu» est l'anesthésie de conduction du nerf alvéolaire inférieur (bloc mandibulaire, bloc de Halsted), où on doit introduire l'aiguille environ un centimètre au-dessus du plan occlusal de la canine ou de la prémolaire controlatérale et on essaie d'arriver un peu au-dessus de la lingula mandibulaire. Cette technique n'est absolument pas évidente chez certains patients. En règle générale, il faut établir un contact osseux du côté médial de la branche de la mandibule, de façon à avoir une référence de si on est bien dans la zone de la branche et pas dans la glande parotide par exemple, ce qui endormirait le nerf facial. La proximité du muscle ptérygoïdien médial, du raphé ptérygomandibulaire, du raphé sphénomandibulaire, de l'artère ptérygoïdienne, de l'artère alvéolaire inférieure et de la glande parotide fait que cette technique n'est pas d'emblée la plus facile à exécuter. L'anesthésie du bloc mandibulaire consiste en fait à piquer à l'aveugle comparé à une infiltration buccale distale d'une dent qu'on souhaite traiter, ou comparé à une anesthésie intraligamentaire où on introduit l'aiguille dans l'espace du ligament parodontal, parallèlement au sens longitudinal de la racine de la dent qu'on souhaite soigner. Il y a aussi une différence frappante de réussite entre une anesthésie locale dans la mâchoire supérieure et une anesthésie locale dans la mâchoire inférieure. Combien de fois n'arrive-t-il pas que les tissus mous semblent bien endormis, alors que la dent mandibulaire en question semble à peine ou partiellement endormie? D'après la littérature, ce n'est pas inhabituel et on mentionne des pourcentages d'échec entre 10 et 30%. C'est préoccupant, car mettez-vous à la place du patient qui se retrouve dans ce cas. Un échec potentiel de l'anesthésie locale suscite aussi beaucoup de stress chez le dentiste lui-même. Vous êtes-vous déjà surpris à retenir votre souffle ou à faire de la tachycardie quand vous

forez dans la dentine et attendez une réaction du patient? Une situation reconnaissable, n'est-ce pas? Pour chaque technique, il est important que le biseau de l'aiguille pointe dans la bonne direction, à savoir là où l'anesthésique doit aboutir. Combien d'entre nous orientent le biseau de l'aiguille lorsqu'ils piquent dans la muqueuse ou lorsqu'ils insèrent l'aiguille dans la fente ligamentaire parodontale? C'est malheureusement arrivé à bon nombre d'entre nous dans la routine de la pratique quotidienne. Dans certaines écoles, on enseigne en outre encore deux techniques alternatives pour le bloc mandibulaire défaillant, les techniques appelées de Gow-Gates et de Vazirani-Akinosi. Pour la première, le patient doit avoir la bouche grande ouverte et pour la seconde les molaires les unes sur les autres. Le but de ces deux techniques est de pouvoir placer au plus près du foramen ovale un dépôt d'anesthésique local afin de pouvoir endormir plus de ramifications du nerf mandibulaire avec une seule et même injection. Avec la technique de Halsted, dans le meilleur des cas, c'est uniquement le nerf lingual, le nerf alvéolaire inférieur et le nerf mylo-hyoïdien qui sont endormis, parce qu'on vise un peu au-dessus de la lingula mandibulaire. Dans le cas des deux techniques alternatives, l'aiguille est donc introduite plus vers la position crânienne, si bien que davantage de ramifications sont anesthésiées (e.a. les nerfs rétro-auriculaire et buccal), mais il y a aussi un risque accru de provoquer un trismus et/ou un hématome.



Enseignée plus rarement, la technique d'anesthésie locale intraosseuse nécessite un accès à l'os spongieux pour administrer l'anesthésique local. Cette technique offre l'avantage que l'anesthésique local est administré là où c'est nécessaire, à savoir dans la zone de la dent à traiter, et elle permet d'obtenir une anesthésie pulpaire très efficace. L'explication réside dans le fait que les variations anatomiques dans les trajets nerveux et les ramifications nerveuses ne jouent plus aucun rôle, car l'anesthésique est directement délivré dans la zone autour de la dent que l'on souhaite traiter. Quel que soit le nerf qui alimente la dent en fibres, cela n'a aucune importance, car l'anesthésique est déposé dans le tissu osseux spongieux autour de la dent où il endort temporairement et de façon réversible toutes les fibres nerveuses. Toutes les anesthésies par infiltra-

tion sont en fait aussi des anesthésies intraosseuses. La différence majeure avec l'anesthésie intraosseuse directe (par exemple X-Tip®, Quicksleeper®) est qu'on place un dépôt latéralement par rapport à l'os et qu'on attend la diffusion à travers la corticale buccale ou palatine. L'anesthésie par infiltration dans la mandibule ne peut être administrée que de façon très limitée en raison des caractéristiques de la corticale de la mandibule. Les dents de lait mandibulaires, y compris les molaires de lait, mais aussi les prémolaires, les incisives définitives et les canines peuvent par contre souvent être bien traitées avec une anesthésie par infiltration, mais pas les molaires définitives, en raison des propriétés spécifiques de la corticale. La paroi corticale plus épaisse renforcée par la ligne oblique externe fait que l'anesthésie par infiltration a peu d'effet sur les molaires définitives.

En toute dernière instance, il faut mentionner la technique intrapulpaire, où l'aiguille est insérée et fixée dans le canal pulpaire et on gonfle en fait sous haute pression les fibres pulpaire vitales restantes. Cette action provoque une douleur intense mais de courte durée, après quoi on peut dans la plupart des cas passer à l'action. Cette technique est probablement enseignée dans toutes les écoles de dentisterie, mais n'est pas d'emblée la technique la plus populaire parmi les patients, qui se rappelleront cette expérience toute leur vie. Elle engendrera même chez certains la peur du dentiste. Dans cette catégorie des injections dont on se souvient souvent toute sa vie, on trouve aussi l'injection palatine, qui est exécutée trop souvent par beaucoup de dentistes avec une



pression manuelle élevée. Vous êtes-vous aussi surpris à trembler quand vous faites une injection palatine? Il est clair que les échecs se produisent plus souvent dans la mandibule et qu'injecter de façon débridée autour d'une dent n'a pas toujours l'effet souhaité. Il faut donc en conclure que la technique que nous appliquons pour l'anesthésie mandibulaire est inadéquate et que cela ne tient plus que probablement pas à l'anesthésique local, car en médecine on n'a pas de problèmes à signaler en rapport avec l'anesthésie locorégionale où on utilise les mêmes anesthésiques amides. Nous devons dès lors réévaluer les techniques et peut-être bien revoir notre vision obsolète.

Inflammation

Une pulpite aiguë irréversible ou «hot tooth» dans le jargon professionnel anglais est un challenge qui peut donner la chair de poule à tout dentiste. Les substances libérées par l'inflammation provoquent une acidification du tissu autour de la dent, si bien que les anesthésiques

locaux seront moins efficaces, parce qu'ils vont être ionisés en raison du pH bas et seront dès lors moins liposolubles. En une phrase, cela explique pourquoi injecter dans un milieu enflammé n'a aucun sens et est en outre dangereux, car la vasodilatation (hyperémie) provoque en outre automatiquement une absorption plus rapide de l'anesthésique dans la circulation sanguine. Plus l'anesthésique se libère rapidement dans la circulation sanguine, plus vite le foie et les reins doivent le métaboliser. C'est un petit problème pour les personnes en bonne santé, mais chez les patients avec des antécédents médicalement compromis (par exemple 1 seul rein), un surdosage peut rapidement être atteint. La prudence est donc certainement de mise. Une anesthésie intraosseuse, suffisamment distale de la zone de l'inflammation, permet un soulagement optimal de la douleur, surtout si on utilise en plus un anesthésique avec une concentration relativement élevée de vasoconstricteur (par exemple articaïne 4% et épinéphrine 1:100.000). La combinaison vasoconstriction efficace et anesthésie optimale est la recette pour un traitement réussi dans ces circonstances.



Anatomie

Des variations anatomiques, comme des trajets nerveux anormaux, peuvent aussi expliquer pourquoi des dents ne peuvent pas ou difficilement être endormies. La littérature regorge de preuves concluantes que ce qui figure dans les manuels d'anatomie ne semble pas toujours correct. Les dents mandibulaires ne sont pas pourvues uniquement de ramifications nerveuses afférentes par le nerf alvéolaire inférieur, mais aussi de ramifications d'autres nerfs, comme les nerfs lingual, mylohyoïdien, glossopharyngien, hypoglosse, facial, buccal, auriculaire et occipital. Nul doute qu'il y aura à l'avenir plus de preuves de variations neurovascu-

lares parce que l'imagerie devient de plus en plus sophistiquée et montre plus de détails cachés que jamais auparavant.

Conclusion

L'anesthésie locale en dentisterie mérite qu'on lui accorde une plus grande place dans le cursus de médecine dentaire. Nous devons repenser les techniques que nous utilisons pour obtenir une anesthésie efficace et réussie. En outre, nous devons tenir compte des propriétés spécifiques des différents anesthésiques amides disponibles afin de choisir l'anesthésique adéquat pour chaque traitement. ■

Références

- Al Hindi M, Rashed B, Al Otaibi N. Failure of inferior alveolar nerve block among dental students and interns. Saudi Med J 37 (2016) 84-89.
- Albalawi F, Lim JC, DiRenzo KV, Hersch EV, Mitchell CH. Effects of lidocaine and articaine on neuronal survival and recovery. Anesth prog 2018;65:82-88.
- Aps J, Badr N. Narrative review: the evidence for neurotoxicity of dental local anesthetics. J Dent Anesth Pain Med 2020;20(2):63-72.
- Badr N, Aps J. Efficacy of dental local anesthetics: a review. J Dent Anesth Pain Med 2018;18(6):319-332.
- Droll B, Drum M, Nusstein J, Reader A, Beck M. Anesthetic efficacy of the inferior alveolar nerve block in red-haired women. J Endod. 2012;38:1564-1569.
- Haas DA, Lennon D. A 21 year retrospective study of reports of paresthesia following local anesthetic administration. J Can Dent Assoc 1995;61:319-20.
- Kreuz PC, Steinwachs M, Angele P. Single-dose local anesthetics exhibit a type-, dose-, and time-dependent chondrotoxic effect on chondrocytes and cartilage: a systematic review of the current literature. Knee Surh Sports Arthrosc 2018;26:819-830.
- Pogrel MA. Permanent nerve damage from inferior alveolar nerve blocks: a current update. J Calif Dent Assoc 2012;40:795-7.
- Yang Y. Structure, function and regulation of the melanocortin receptors. Eur J Pharmacol. 2011;660(1):125-130. doi:10.1016/j.ejphar.2010.12.020.

«Le gestionnaire du cabinet est en quelque sorte son lubrifiant opérationnel»

TEXTE: INEZ BECKERS

Michèle Witkamp a démarré sa carrière il y a quarante ans environ comme assistante dans un petit cabinet. Après quelques années, elle est passée à la chirurgie maxillo-faciale. En 1994, elle a été engagée chez Ivory & Ivory Oudenoord tandartspraktijk à Utrecht. En 2017, le cabinet a été repris par Dental Clinics. À l'époque, il s'agissait encore d'un cabinet de petite taille, qui s'est agrandi et a fini par nécessiter l'engagement d'une personne pour la gestion des questions opérationnelles. C'est ainsi que Michèle Witkamp est devenue gestionnaire de cabinet dentaire. «Je pense qu'un gestionnaire de cabinet doit être une personne sociable et très humaine.»

«Je pense que le gestionnaire d'un cabinet est en quelque sorte son lubrifiant opérationnel», déclare d'emblée Michèle Witkamp. «Les tâches qui lui incombent sont e.a. engager les assistants, s'occuper du planning et veiller à ce que chaque dentiste soit assisté. Vous enthousiasmez, donc vous veillez à ce que les gens soient bien, à former de bonnes équipes et à inciter les collaborateurs à suivre des formations par exemple. Bref, c'est votre tâche de veiller à ce que les personnes trouvent sympa de travailler dans le cabinet dentaire. En plus de se concentrer sur la qualité et la quantité, il y a encore d'autres tâches administratives à effectuer comme la gestion du temps de travail, les arrêts maladie, la vérification de tous les contrats de service, etc.

D'après Michèle Witkamp, un gestionnaire de cabinet doit posséder des caractéristiques bien particulières. «Je pense que vous devez être une personne humaine et sociable.

Vous devez avoir de l'empathie pour les collaborateurs et, bien entendu aussi, pour les patients. Il faut être toujours à l'écoute de tout le monde. De plus, vous devez pouvoir prendre des décisions et disposer de solides compétences en communication. Chez Dental Clinics Oudenoord, je travaille en étroite collaboration avec le directeur dentaire Christoffer

Conseils pour bien exercer le métier

- 1. Ayez de l'empathie tant pour les patients que pour les collaborateurs du cabinet.
- 2. Offrez une oreille attentive à tout le monde.
- 3. Intéressez-vous à la dentisterie.
- 4. Entretenez de bons contacts avec les autres collaborateurs du cabinet, comme le directeur dentaire.

Bambaei. Il se charge de la gestion des dentistes et de la partie médicale. Nous nous concertons beaucoup et le fait que je sois dentiste est un atout. La dentisterie doit vous intéresser pour en retirer du plaisir.»

Des cabinets plus grands

Le travail dans un cabinet dentaire a énormément changé au fil du temps. D'après Michèle Witkamp, c'est principalement dû à des changements dans la législation et la réglementation. «Les protocoles, par exemple sur l'infection et la prévention, sont beaucoup plus étoffés aujourd'hui. Quand j'ai commencé, vous aviez des gants et un masque buccal et vous saviez que vous deviez tout stériliser, mais c'est bien que cela soit beaucoup plus étoffé aujourd'hui.» Autre changement, selon elle, beaucoup de cabinets sont aujourd'hui plus grands qu'avant et engagent en plus des dentistes des hygiénistes buccodentaires et des assistants en prévention par exemple. Le cabinet dans lequel travaille Michèle Witkamp compte désormais près de 35 collaborateurs. «Dans un cabinet de plus grande taille, il est utile que le dentiste ou le directeur dentaire reçoive l'aide d'un gestionnaire qui se charge des tâches opérationnelles journalières, car ces tâches prennent plus de temps qu'on ne le pense. Chez Dental Clinics, nous recevons un soutien important, notamment du départe-

ment de conseils et de services. Il nous offre un support en ce qui concerne par exemple la législation et la réglementation, c'est un avantage qu'offre une organisation de plus grande taille. Le département qualité et sécurité aide à l'instauration des changements et visite et évalue deux fois par an le cabinet. Chez Dental Clinics, il y a en plus un gestionnaire de cabinet régional, c'est une personne avec laquelle vous pouvez, en tant que gestionnaire du cabinet, facilement échanger, un peu comme un sparring partner. Cette aide est précieuse. Elle n'est pas toujours nécessaire, mais c'est agréable de pouvoir recevoir de l'aide. C'est chouette quand des personnes cogitent avec vous.»

Valeur ajoutée

Michèle Witkamp insiste à plusieurs reprises sur le fait que le métier de gestionnaire de cabinet lui plaît beaucoup et a énormément de valeur ajoutée. «C'est surtout le travail avec une équipe et l'obtention de bons résultats qui apportent une grande satisfaction. Vous veillez à ce que les patients soient contents et que l'équipe ait du plaisir à travailler. Vous gagnez en retour parce que le directeur dentaire par exemple ne doit pas consacrer tout son temps à des questions relatives au personnel. C'est probablement souvent une matière à réflexion pour un cabinet, mais je pense que c'est certainement



Michèle Witkamp.

intéressant d'engager un gestionnaire de cabinet.»

Bien entendu, la situation actuelle liée au coronavirus est source de difficultés. «Il est aujourd'hui très compliqué de boucler le planning. Il arrive désormais souvent qu'une personne prévienne le matin qu'elle est malade, étant donné qu'en cas de symptômes modérés vous ne pouvez pas vous rendre à la consultation. C'est donc un challenge de boucler l'horaire de travail, pour que tout le monde ait une assistance. Je travaille pour ma part quatre jours par semaine et, à cause du coronavirus, je télétravaille actuellement le matin. Les après-midis, je suis au cabinet, car le contact physique avec les collègues est super important.» ■

S'éloigner de l'expérimentation animale en odontologie

IVETA RAMONAITE, DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Cet article est extrait de Chirurgie Tribune Édition Française vol. 13, no. 4.

L'utilisation de modèles animaux dans la recherche dentaire, en particulier dans la recherche parodontale et péri-implantaire pour tester les performances des implants dentaires, présente de nombreux avantages et contribue à faire progresser le domaine. Toutefois, les professionnels du secteur dentaire sont de plus en plus conscients des inconvénients des tests sur les animaux, notamment des questions concernant l'éthique et l'applicabilité des résultats aux humains. Par conséquent, la communauté scientifique dentaire a déployé beaucoup d'efforts pour améliorer la qualité de la recherche sur les animaux en odontologie et pour développer des méthodes alternatives qui n'impliquent pas de cruauté envers les animaux – un sujet qui a fait l'objet d'une importante controverse dans la recherche dentaire.

Dans la société actuelle, un nombre croissant de personnes s'abstiennent de consommer des produits d'origine animale, et les marques de cosmétiques se tournent vers des produits et des campagnes sans cruauté, afin de se conformer à la réglementation européenne contre l'expérimentation animale, de suivre le mouvement végétalien mondial et d'assurer le succès des ventes. Bien qu'il soit difficile d'estimer le nombre total de personnes qui suivent un mode de vie végétalien, selon un article publié dans WTVOX, il y a environ 78 millions de végétaliens dans le monde. Selon la *Vegan Society*, les statistiques de Google montrent que l'intérêt pour le végétalisme a été multiplié par sept entre 2014 et 2019. L'organisation caritative a noté que l'Allemagne est l'un des leaders mondiaux en matière de développement et de lancement de produits végétaliens. Selon la même source, le pays d'Europe occidentale a représenté 15% des introductions mondiales de produits végétaliens entre juillet 2017 et juin 2018. En France, les chiffres de 2019 du site d'analyse de marchés en ligne XERFI indiquent que 2% de la population était végétalienne et ce nombre continue d'augmenter. Alors que le grand public et les puissants organes directeurs sont de plus en plus sensibilisés à la question et que des règles juridiques strictes sont en place pour régir l'expérimentation animale, l'utilisation d'animaux à des fins de recherche est encore si répandue.

Motifs de l'expérimentation animale dans la recherche dentaire

Selon un éditorial publié dans l'*International Endodontic Journal* en 2019¹, on estime que 115 millions d'animaux sont utilisés à des fins de recherche dans le monde chaque année, principalement aux États-Unis, au Japon, en Chine, en Australie, en France, au Canada, au Royaume-Uni, en Allemagne et au Brésil. Les espèces animales les plus couramment expérimentées dans le cadre de la recherche dentaire sont les rongeurs, comme les souris et les

rats, ainsi que les chiens, les porcs et les singes. L'utilisation de rats et de souris dans la recherche est privilégiée par de nombreux chercheurs en raison de leur rentabilité et de leur grande reproductibilité en tant que modèles animaux.

Selon une étude publiée par Staubli et coll.², les modèles animaux sont particulièrement utilisés dans les expériences sur les parodontes et les implants dentaires, pour tester la biocompatibilité des nouveaux matériaux avant qu'ils ne soient utilisés chez l'homme. L'utilisation de modèles animaux peut également aider à mieux comprendre la pathogenèse des maladies bucco-dentaires et des anomalies dentomaxillo-faciales. Par exemple, les chercheurs mènent souvent des expériences dentaires sur des chiens, afin de déterminer la qualité de la cicatrisation d'un implant in situ et la manière dont il affecte les tissus environnants. Cependant, les expériences d'implants dentaires sur les chiens ont récemment fait l'objet d'une attention considérable de la part des médias, et un grand nombre de personnes de tous horizons – et pas seulement des militants des droits des animaux – ont remis en question l'éthique des expériences dentaires sur les chiens³.

Des modèles sur animaux peuvent également être utilisés pour mesurer l'efficacité de certains médicaments et pour déterminer la pertinence des traitements. Cependant, diverses études suggèrent qu'il n'existe pas de modèle animal unique qui puisse être un bon prédicteur de toutes les conditions humaines, et différentes spécialités en dentisterie expérimentent sur différents modèles animaux selon l'objectif de la recherche.

Moralité et éthique de l'expérimentation animale

Il y a quelques mois, Dental Tribune International (DTI) a eu l'occasion de s'entretenir avec l'un des représentants de *People for the Ethical Treatment of Animals* (PETA) au sujet de son travail concernant les expériences sur les animaux dans la formation et la recherche en odontologie. La biologiste Anne Meinert de PETA Allemagne a déclaré à DTI qu'en 2013, PETA India était impliqué dans la décision du Conseil dentaire indien, pour mettre fin à l'utilisation d'animaux dans la formation dentaire en Inde, dans tout le pays. «À la place de faire souffrir les animaux, les collèges dentaires en Inde utilisent maintenant des méthodes non animales supérieures et humaines, telles que des modèles d'apprentissage assistés par ordinateur, des exercices cliniques et des techniques de formation à la technologie de simulation de patients humains, qui sont déjà utilisées dans les meilleures écoles de médecine du monde entier», a-t-elle noté.

PETA est l'un des plus importants défenseurs du bien-être animal dans le monde. La société a pour objectif de dénoncer et de traiter la souffrance des animaux non seulement dans les laboratoires, mais aussi dans l'industrie alimentaire, le commerce des vêtements et l'industrie du

divertissement. «La devise de PETA dit, en partie, que les animaux ne nous appartiennent pas et nous ne pouvons donc les utiliser pour faire des expériences», a commenté Anne Meinert. Elle estime que la réalisation d'expériences dentaires sur des animaux est dépassée et démontre une résistance au changement, malgré les avantages scientifiques et autres. Plus important encore, elle affirme que les résultats de ces expériences sont souvent inexacts, car ils ne peuvent pas être appliqués aux humains: «Découper et tuer des êtres sensibles pour l'entraînement et la recherche dentaire est cruel et archaïque, ainsi que non scientifique, étant donné les différences anatomiques et physiologiques importantes entre les espèces».

Dans le but de faire progresser la médecine et la science, les scientifiques des filiales internationales de PETA ont élaboré le *Research Modernisation Deal*⁴, qui propose un guide politique pour la mise en œuvre de méthodes non animales, pertinentes pour la santé humaine. «Il est temps de s'éloigner du paradigme de l'expérimentation animale qui a échoué et d'adopter la vraie science», a conclu Anne Meinert.

Sensibilisation de la communauté scientifique dentaire

L'utilisation d'animaux à des fins de recherche est régie par des lignes directrices explicites et strictes, bien qu'elles varient considérablement d'un pays à l'autre. Par exemple, aux États-Unis, chaque établissement de recherche utilisant des espèces animales doit mettre en place un comité institutionnel de soins et d'utilisation des animaux, pour examiner tous les protocoles expérimentaux impliquant des animaux vivants à sang chaud, en s'assurant que chaque protocole animal comprend:

- (1) Une justification de l'utilisation des animaux, le nombre d'animaux à utiliser et l'espèce choisie;
- (2) les procédures/les médicaments à utiliser pour éliminer ou minimiser la douleur et l'inconfort chez les animaux;
- (3) une description des méthodes et des sources utilisées pour rechercher des alternatives aux procédures douloureuses; et
- (4) une description de la recherche utilisée pour s'assurer que l'expérience ne reproduit pas inutilement des recherches antérieures.

Même si certaines études doivent utiliser des modèles animaux pour mieux comprendre les mécanismes des maladies humaines et pour trouver des options de traitement appropriées, dans de nombreux domaines, comme l'endodontie, il convient d'examiner attentivement si les études sur les animaux sont appropriées et si les réponses apportées par la recherche, peuvent être fournies d'une autre manière. Les études animales sont toujours considérées comme essentielles pour comprendre certaines questions susceptibles d'améliorer la santé humaine. Toutefois, le centre néerlandais *Systematic Review Center for Laboratory animal Experimentation* a souligné que la majorité des premiers essais cliniques de nouveaux médicaments échouent,



Andrew R. Wheeler recherchait activement des alternatives scientifiquement prouvées à l'expérimentation animale dans son rôle d'administrateur de l'Agence américaine de protection de l'environnement. (PHOTO: AL DRAGO)

car les animaux utilisés pour les expérimentations sont souvent utilisés de manière inefficace ou inutile. Cela peut mettre en danger la santé des patients et constituer une perte de temps et d'argent.

Pour faire progresser le processus de déclaration des recherches utilisant des animaux, les scientifiques ont élaboré des lignes directrices, dont ARRIVE (Recherche animale: rapport d'expériences in vivo – *Animal Research: Reporting In Vivo Experiments*) et les 3R (Remplacement, Réduction et Raffinement – *Replacement, Reduction and Refinement*), qui visent à aider les chercheurs à effectuer des recherches sur les animaux plus humaines, et à synthétiser correctement les résultats de la recherche. En outre, il existe des directives éthiques utiles, comme celles publiées par l'Association américaine de psychologie (*American Psychological Association – APA*)⁵, qui offre des conseils sur le bien-être des animaux utilisés dans la recherche. Ces lignes directrices soutiennent la recherche de haute qualité, en veillant à ce que les chercheurs suivent un raisonnement solide et que les méthodes utilisées soient appropriées sur le plan scientifique, technique et humain.

Lors d'un entretien sur l'expérimentation animale en odontologie avec DTI, le professeur Clemens Walter, directeur du programme de troisième cycle en parodontologie du centre de médecine dentaire de l'université de Bâle en Suisse, a déclaré: «Récemment, la sensibilisation de la communauté scientifique dentaire s'est accrue, notamment en ce qui concerne les aspects parodontaux et les implants dentaires. Plusieurs publications ont évalué de manière critique des études utilisant des animaux». «Ces travaux ont permis de découvrir des questions qui influent sur le risque de préjugé, notamment l'exactitude des estimations des effets des traitements et la qualité des rapports, en particulier les rapports sur les paramètres de succès de la réplication dans les essais cliniques sur l'homme, ou la qualité méthodologique, c'est-à-dire l'analyse de puissance et le calcul de la taille des échantillons pour les études sur les animaux», a expliqué le Pr. Walter.

Dans une étude bibliométrique⁶, le Pr Walter et ses collègues chercheurs ont voulu explorer les changements dans le nombre d'études animales publiées, le nombre moyen d'animaux étudiés, et l'origine

des publications entre 1982-83 et 2012-13 dans deux revues parodontales représentatives et très bien classées, le *Journal of Periodontology* et le *Journal of Clinical Periodontology*. L'analyse a révélé une multiplication par deux du nombre total de publications incluant des expériences sur les animaux dans les revues respectives, sur une période de 30 ans. Tout comme Anne Meinert, le Pr Walter a déclaré à DTI qu'il existe des différences physiologiques et évolutives entre les humains et les animaux et que celles-ci pourraient affecter la validité de la recherche sur les animaux: «Les expériences sur les animaux ne fournissent pas de preuves directes pertinentes pour les maladies parodontales ou péri-implantaires humaines. Pour obtenir ces preuves, elles doivent être reproduites dans des essais cliniques sur l'homme», a-t-il conclu.

Rechercher des alternatives scientifiquement prouvées à l'expérimentation animale

Les percées et découvertes scientifiques d'aujourd'hui ont grandement facilité la transition des méthodes traditionnelles qui reposent sur l'expérimentation animale, et certaines autorités environnementales, comme l'Agence américaine de protection de l'environnement (*United States Environmental Protection Agency – EPA*), ont fait preuve d'une grande initiative en cherchant à réduire l'expérimentation animale. Comme les animaux sont souvent utilisés pour tester des substances chimiques ou des mélanges de celles-ci, ainsi que la toxicité et la biocompatibilité des implants dentaires, par exemple, Andrew R. Wheeler, alors administrateur de l'EPA, a signé en 2019 une directive exigeant de donner la priorité aux alternatives scientifiquement prouvées par rapport à l'expérimentation animale. Pour y parvenir, l'EPA encourage le développement et l'incorporation bien calculée, de méthodes de nouvelle approche (NAMs)⁶, des stratégies qui ne nécessitent pas de nouveaux tests sur les animaux vertébrés. «C'est une question qui me tient à cœur», a-t-il déclaré à DTI. «Il existe aujourd'hui des avancées scientifiques qui nous permettent de mieux prévoir les risques potentiels, sans avoir recours aux méthodes traditionnelles qui reposent sur l'expérimentation animale». «Avec NAMs, nous

Lire la suite en page 7 ►

► Suite de la page 6

sommes en mesure d'évaluer plus de produits chimiques sur un éventail d'effets biologiques potentiels plus large, dans un délai plus court et avec moins de ressources, tout en nous efforçant d'obtenir des résultats égaux ou supérieurs», a-t-il expliqué. «Je me réjouis de poursuivre le travail que nous avons accompli avec nos partenaires, pour réduire, remplacer et affiner les exigences en matière d'expérimentation animale». Les alternatives à la recherche sur les animaux comprennent l'utilisation de méthodes non animales telles que les cultures de cellules in vitro ou in silico, qui sont une alternative largement utilisée à l'expérimentation animale. Toutefois, certains scientifiques ont suggéré que si l'utilisation de cultures cellulaires réduit le recours aux animaux de laboratoire, elle ne reproduit pas entièrement l'interaction entre les organes et les tissus⁷. D'autres méthodes font appel à des modèles mathématiques et informatiques. Dans certains cas, des tissus sains ou malades donnés par des volontaires humains, peuvent être utilisés pour étudier la biologie et les maladies humaines.

Aller de l'avant

Bien que les études sur les animaux soient soumises à une législation et à des considérations éthiques strictes, la recherche sur les animaux est encore une pratique largement acceptée dans de nombreuses universités et écoles de médecine du monde entier. Elle a largement contribué à de nombreuses avancées médicales et a sauvé la vie de millions de personnes. Malgré leurs avantages perçus, les études sur les animaux peuvent être coûteuses et prendre beaucoup de temps. De plus en plus d'éléments suggèrent également que les résultats des études sur les animaux sont souvent trompeurs et peu fiables, car ils ne peuvent pas être appliqués à l'homme. En gardant cela à l'esprit, il est impératif d'examiner les options de recherche disponibles qui prennent en considération le bien-être des animaux, afin de réduire leur souffrance et de faire progresser la recherche⁸. Comme indiqué sur le site web Cruelty Free International, «remplacer les tests sur les animaux ne signifie pas mettre en danger les patients humains. Cela ne signifie pas non plus qu'il faille arrêter les progrès de la médecine. Au contraire, le remplacement de l'expérimentation animale améliorera la qualité ainsi que l'humanité de notre science». ■

1 Nagendrababu V, Murray PE, Kishen A, Nekoofar MH, de Figueiredo JAP, Dummer PMH. Animal testing: A re-evaluation of what it means to Endodontology. *International Endodontic Journal*. 2019;52(9):1253-4.
2 Staubli N, Schmidt JC, Rinne CA, Signer-Buset SL, Rodriguez FR, Walter C. Animal experiments in periodontal and peri-implant research: Are there any changes? *Dent J (Basel)*. 2019 Jun;7(2):46.
3 www.dental-tribune.com/news/animalrights-activists-sign-petition-against-dentalimplant-experiments-involving-dogs/
4 www.peta.org.uk/wp-content/uploads/2020/02/The-Research-Modernisation-Deal-EU-Report-PETA-UK-2020.pdf
5 www.apa.org/science/leadership/care/guidelines
6 www.epa.gov/chemical-research/epa-newapproach-methods-work-plan-reducing-useanimals-chemical-testing
7 www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/geschaeftsstelle/publikationen/tierversuche_forschung_en.pdf
8 Langley G, Evans T, Holgate ST, Jones A. Replacing animal experiments: Choices, chances and challenges. *BioEssays, Wiley Periodicals*. 2007. 29:918-26.

Assemblage facile et économique de la zircone

ZirCAD® Cement

- Manipulation facile et nettoyage rapide grâce à la photopolymérisation flash optionnelle
- Un assemblage fiable, cas après cas
- Une méthode d'assemblage rentable issue d'une marque haut de gamme et digne de confiance

ivoclarvivadent.be
Making People Smile



Koen Clement de Fresh Tandartsen et la valeur des données pour la gestion du cabinet

«L'analyse des données régit le parcours du patient»

TEXTE: REINIER VAN DE VRIE

Le système néerlandais de contrôle régulier (semestriel) est largement considéré comme un excellent moyen de prévention. Mais est-ce aussi possible de le démontrer avec des chiffres? Et quels autres traitements et prestations contribuent clairement à une meilleure santé buccodentaire du patient? Beaucoup d'idées et de suppositions existent en la matière, mais il est difficile de faire la preuve avec des chiffres. Cela n'a pas découragé Fresh Tandartsen, qui gère plus de 40 cabinets. Et, sur base des données obtenues, l'entreprise essaie d'améliorer les soins buccodentaires. De son côté, la faculté de dentisterie ACTA Amsterdam utilise ce type de données pour des recherches ultérieures.

«Nous observons, sur la base des chiffres, des améliorations significatives dans nos cabinets qui appliquent le projet de prévention des caries "Gewoon Gaaf!" de l'association néerlandaise pour la santé buccodentaire Ivoren Kruis: prestations moins invasives, moins de caries initiales, moins de consulta-

tions en urgence et moins de consultations pour des problèmes particuliers», déclare Koen Clement, CEO et co-fondateur de Fresh Tandartsen, avec une certaine satisfaction. Car il n'est pas facile de démontrer que la prévention fonctionne. Koen Clement: «Nous pensons tous que la prévention est importante, mais

encore faut-il le démontrer. C'est bien d'améliorer la santé buccodentaire des patients, mais comment est-ce lié à la prévention que vous proposez dans vos cabinets? Et comment pouvez-vous prouver que certaines mesures de prévention sont plus efficaces que d'autres?» Le score PPS (PPS = Periodiek Parodontaal Screenen)(NDLR screening parodontal périodique), qui a remplacé le score DPSI (DPSI = Dutch Periodontal Screening Index), est une autre prestation suivie de près par Fresh Tandartsen, parce qu'elle reflète aussi la santé buccodentaire. On veut pouvoir constater si ce score s'améliore au niveau des patients, du cabinet et de l'organisation. Une tendance qui doit être positive pour le patient. Il y a une certaine incertitude sur le fait de savoir si une seule

Sur la base des chiffres, on observe des améliorations dans les cabinets qui font de la prévention des caries

fois par an le score PPS est suffisant. «Maintenant, nous demandons au praticien de surtout continuer à le faire lors de chaque contrôle. De préférence à 100% pour tous les praticiens, mais en tout cas au-dessus de 90. Dans un cabinet qui reste très en dessous de ces chiffres, il peut parfois y avoir un problème organi-

sationnel, par exemple un enregistrement insuffisant ou un assistant qui a repris l'enregistrement du dentiste», d'après Koen Clement.

Conséquences et améliorations

Depuis deux ans, Fresh Tandartsen dispose d'un système standardisé avec lequel toutes les données collectées avec le logiciel Exquise peuvent être traitées et analysées. Tous les flux de données internes y sont liés et dédiés. Beaucoup de données d'avant cette période peuvent encore être traitées dans le système. Les analyses se rapportent dès lors à une période plus longue. Plus le volume de données est grand, plus les analyses sont précises. Des données pertinentes sont collectées

Lire la suite en page 10 ►

L'indication de narcose chez les enfants est trop souvent non fondée

TEXTE: THIERRY BOULANGER

Pendant 30 ans, le dentiste pédiatrique Thierry Boulanger a administré régulièrement une narcose à des enfants, jusqu'à ce qu'il ait connaissance du traitement non restaurateur des cavités (NRCT). La narcose est alors souvent inutile. Il montre à l'aide de 5 cas comment, avec la priorisation de la thérapie causale, on déplace le focus de la réparation à la santé de la dentition et ce que cela apporte aux enfants, aux parents et à lui-même en tant que dentiste.

Je suis actif depuis 1984 en tant que dentiste et depuis 1988 aussi en tant que dentiste-pédodontologue à mon cabinet d'Andrimont et au Centre Hospitalier de la Citadelle à Liège. J'ai appliqué longtemps, comme de nombreux confrères, les soins restaurateurs complets traditionnels. Ce qui incluait fréquemment l'administration d'une narcose. L'ouvrage «Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling» (NDLR traitement non restaurateur des cavités, uniquement en néerlandais) qui est paru en 2012 chez AccreDidact a éveillé ma curiosité et j'ai entrevu des possibilités de mettre en pratique le concept de NRCT (illu. 1). J'ignorais encore presque tout de l'entretien motivationnel. Mais l'expérience

m'a appris qu'il est essentiel de travailler ce point. Je me suis lié d'amitié avec René Gruythuysen et, par la suite, avec Lina Jasulaityte et nous avons échangé de nombreuses informations. Des contacts avec des confrères américains m'ont mis sur la piste des possibilités des produits à base d'argent comme le fluorure diamine d'argent (SDF). L'indication «NRCT» a pu de ce fait être radicalement étendue. Comme mesures d'urgence, l'ART et les couronnes de Hall étaient en outre disponibles sans qu'une narcose ne soit nécessaire pour se faire. La nécessité d'administrer une narcose a de ce fait radicalement diminué. De plus en plus souvent, en cas de référence pour une



Illustration 1. NRCT appliqué chez un enfant très anxieux.
Illustration 2a. Lésions très caries actives.
Illustration 2b. Le nitrate d'argent avait une action de ralentissement des caries malgré la présence de plaque.
Illustration 3. Masquage de la coloration noire à la plus grande satisfaction de l'enfant par un traitement adhésif après 2 ans sans administration d'une anesthésie.
Illustration 4a. Enfant référé pour retraitement d'une molaire crayeuse temporaire sous narcose.
Illustration 4b. Le traitement est resté limité à la méthode SMART.

Soins buccodentaires pour les enfants: place aux early adopters!

Aux Pays-Bas, en avril 2010, le Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (NDLR Conseil de la santé publique et des soins) a publié le document de travail «Zorg voor je gezondheid!» (NDLR Prends soin de ta santé!). Ce document plaide en faveur d'une évolution des notions de soins et de maladie vers les notions de comportement et de santé. Chez les politiques à La Haye, on entend dire quasi chaque jour que la prévention est la bouée de sauvetage des soins de santé. La médecine dentaire pour les enfants, comme faisant partie (presque) uniquement des soins remboursés, pourrait ici revêtir une fonction d'exemple. En effet, nous disposons des connaissances pour garder les dents saines, nous disposons des traitements préventifs et le récent changement de paradigme de la restauration vers la gestion des caries est de plus en plus scientifiquement fondé et gagne en popularité. La gestion des caries offre de nombreux avantages: les patients apprennent à prendre leurs responsabilités pour leur santé buccodentaire (et celle de leurs enfants) et les traitements deviennent beaucoup moins invasifs. Ce dernier point tire son origine dans la recherche qui a montré que ce ne sont pas les *micro-organismes* dans le tissu carieux, mais la plaque dentaire sur le tissu carieux qui est le moteur du processus carieux. Il suffit d'éliminer la plaque de la lésion carieuse pour stopper le processus carieux. Tous les autres traitements masquent l'activité carieuse et ne vont pas diminuer le risque de carie. On peut dès lors en toute légitimité se demander

quel est le but de la médecine dentaire (pédiatrique): avoir des enfants aux caries actives avec de nombreux comblements et de nombreuses extractions ou avoir des enfants aux caries inactives qui prennent bien soin de leurs dents? Comme lors de tout changement de paradigme, il y a les early adopters (adeptes de la première heure), les quatermasters (meneurs), et les late et very late adopters (adeptes de la dernière et de la toute dernière heure) qui s'appuient sur les certitudes incorrectes apprises pendant les études. Les adeptes de la première heure peuvent prendre une voie qui, au départ, ne donne pas le résultat escompté, mais apprennent de leurs erreurs, rectifient et n'abandonnent pas avant que leur but ne soit atteint. Dans cette série, nous voulons donner la parole à ces adeptes de la première heure qui voient dans la gestion de la carie un objectif plus élevé que dans la restauration routinière. Ils parleront de leur approche dans la pratique. Nous vous souhaitons une excellente lecture, mais aussi beaucoup de matière à réflexion, assimilation et adoption. Vous êtes un early adopter, cette initiative vous parle et vous voulez partager un cas avec vos confrères? Faites-vous connaître auprès de la rédaction de Dental Tribune via redaction@dental-tribune.be. La contribution demandée concerne principalement la casuistique (600-700 mots) et des illustrations à l'appui.

Cor van Loveren
James Huddleston Slater sr.
Jo Frencken
René Gruythuysen

narcose, je suis passé au traitement causal, complété si nécessaire par un soulagement des symptômes adapté aux enfants, où l'anesthésie appartient au passé. La partie frontale est souvent touchée chez les jeunes enfants. Pour les traitements sous anesthésie générale, j'ai dans le passé beaucoup utilisé des petites couronnes en céramique, mais beaucoup moins maintenant. L'accent est désormais mis sur une bonne hygiène buccodentaire et une alimentation responsable. Je réalise aujourd'hui les traitements esthétiques uniquement à la demande de l'enfant lorsque les soins buccodentaires sont en ordre et que l'enfant peut supporter le traitement. Une des raisons est que l'enfant est victime de harcèlement, mais ce n'est pas toujours le cas. Je pose aussi beaucoup moins souvent l'indication de pulpotomie sur base de la littérature. Dans les cas ci-dessous, j'ai opté pour la priorisation de la thérapie causale malgré la référence pour un traitement sous narcose.

Nitrate d'argent sur les dents de lait de devant
Un enfant de 4 ans m'est référé pour traitement sous narcose (illu. 2a). Il n'y avait aucune raison de restaurer. Un entraînement au brossage avec vernis fluoré aurait peut-être été suffisant, mais je doutais fortement dans ce cas-ci de la capacité des parents à maîtriser la chose rapidement. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé d'utiliser le SDF. Le nitrate d'argent peut compenser l'incapacité (temporaire) des parents à brosser adéquatement. Bien que l'hygiène buccodentaire était insuffisante après 2 mois, le nitrate d'argent s'est avéré dans l'intervalle avoir une

action cariostatique (illu. 2b). En ces temps de nécessité absolue supposée d'esthétique, je suis ravi de constater que, si on leur explique bien les choses, les parents acceptent dans l'intérêt de leurs enfants des procédures non esthétiques, comme des couronnes en acier inoxydable et le nitrate d'argent qui donne une coloration noire. Beaucoup de parents sont très reconnaissants quand je propose un traitement alternatif pour la narcose ou pour des procédures invasives, même si le résultat est moins joli du point de vue esthétique. Quand les soins buccodentaires sont en ordre, il est encore possible de passer à une restauration adhésive sans même administrer une anesthésie locale (illu. 3). Chez cet enfant qui était aussi référé pour narcose on a notamment utilisé un opaqueur afin de masquer la coloration due au nitrate d'argent. Le résultat après 2 ans n'est pas parfait, mais la mère et l'enfant en sont totalement satisfaits. Ils

étaient contents qu'une narcose ne soit pas nécessaire. Les incisives de lait centrales sont déjà un peu plus mobiles en raison de la permutation à venir.

À retenir

- Un traitement restaurateur des dents de lait est rarement nécessaire car, généralement, un entraînement au brossage et un vernis fluoré suffiront.
- Si une restauration est néanmoins choisie sur de bonnes bases, celle-ci peut avoir lieu avec des agents adhésifs simples sans recourir à une quelconque forme d'anesthésie.

Cas de dent crayeuse dans la dentition temporaire
Un jeune enfant m'est référé en 2016 pour traitement sous narcose de la 55 (illu. 4a). Je ne trouvais pas que c'était justifié et j'ai traité la molaire selon la méthode SMART: utilisation du SDF en combinaison avec un traitement ART. Lors de l'évaluation après 3 ans, le résultat était satisfaisant (illu. 4b). J'ai aussi appliqué la méthode SMART chez une petite fille de 2,5 ans vivant aux Etats-Unis. Diagnostic: amélogénèse imparfaite. La plainte: hypersensibilité et caries. Aux États-Unis, l'indication était: placement de 20 couronnes sous narcose. Au lieu du traitement avec les couronnes, des traitements sans narcose ont été effectués chez l'enfant ici en Belgique en 2 séances avec la méthode SMART. C'était suffisant pour soulager les plaintes. Quelques mois plus tard, les parents m'ont envoyé un message des États-Unis disant que tout se passait bien avec leur enfant. La couche de ciment verre ionomère était encore présente.

Références

- Duffin S, Juhl J, Schwab J, Duffin M. SMART Oral Health: the medical management of caries.
- Columbia (VS): Oral Health Outreach, LLC; 2019.
- Gruythuysen RJM. Kindvriendelijke mondzorg. Houten: Accredit; 2018/4.
- Gruythuysen RJM, Maaarel-Wierink CD van der, Jasulaityte L. Problematische mondzorg bij zorgafhankelijke patiënten. Houten: Accredit; 2019.

J'ai revu l'enfant après 27 mois. Elle n'avait aucune plainte. Le coating au ciment verre ionomère était totalement ou partiellement parti, mais les lésions étaient stables et un traitement réparateur n'était pas nécessaire à ce moment (illu. 5a-b).

Cas de changement de traitement des caries

Un enfant de 4,5 ans avec des caries multiples m'est référé pour traitement sous narcose (illu. 6a-e). Plainte: légère sensibilité. Lors de cette première séance, j'ai enseigné le brossage, j'ai ouvert prudemment les lésions et je les ai traitées au SDF. Le monitoring révélera si des traitements complémentaires - répétition du traitement au SDF, SMART, couronne de Hall ou localement un traitement conventionnel - seront nécessaires. L'enfant est parti avec le sourire. L'«incendie» dans sa bouche était éteint. Il existe aujourd'hui tellement de possibilités adaptées aux enfants pour garder les dents vitales, pourquoi devrions-nous les rejeter?

Il me semble que cette approche est tellement plus logique que ce que j'ai fait au cours de ces 30 dernières années. Chez les patients porteurs d'un handicap, je recours aussi bien moins souvent à la narcose que par le passé. C'est une bonne chose qu'aux Pays-Bas, la nouvelle directive Mondzorg voor Jeugdigen preventie en behandeling van cariës (NDLR

Soins buccodentaires pour les enfants prévention et traitement des caries) mette l'accent sur la priorisation du traitement étiologique et que j'aie pu y contribuer avec la casuistique que j'ai fournie.

À retenir

- 1. Je sais que beaucoup de confrères ont du mal à se détacher des soins traditionnels, mais que peut-il y avoir de plus beau que d'offrir aux enfants une perspective qui leur

est davantage adaptée et de focaliser sur la santé des dents au lieu de sur la réparation.
2. Une fois que vous avez franchi le pas vers le ralentissement du processus carieux en apportant

un soutien aux parents et aux enfants, ce que vous obtenez en retour des enfants et des parents est un magnifique cadeau. Je m'en rends d'autant plus compte depuis que j'ai 6 petits-enfants (illu. 7). ■

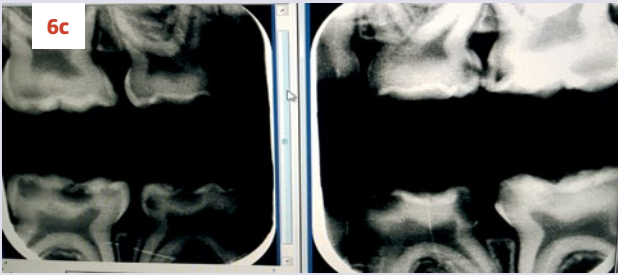


Illustration 5a-b. Plusieurs restaurations SMART perdues après 27 mois, mais les lésions sont inactives; une réparation n'est dès lors pas nécessaire.

Illustration 6a-c. Caries multiples à l'admission.

Illustration 6d-e. Lésions carieuses dégagées et SDF appliqué. Les évaluations des auto-soins déterminent la balance entre thérapie causale et soulagement des symptômes.

Illustration 7. J'espère que je peux donner les bonnes réponses aux questions de mes petits-enfants sur le traitement des Early Childhood Caries.

Rendement et équipe équilibrée: tels sont les fruits d'une bonne gestion du cabinet

TEXTE: ALEXANDER TOLMEIJER, DENTIVA

Les cabinets ont de plus en plus de fauteuils, plus de praticiens et une plus grande équipe. Cela permet de différencier l'offre de soins et de consacrer plus d'attention au patient. Mais ces opportunités d'amélioration ont aussi un prix. Il faut être encore plus attentif à la gestion du cabinet. Voici les cinq facteurs impliqués dans cette démarche.

Que vous fassiez appel à un gestionnaire de cabinet ou que vous fassiez tout vous-même, dans un cabinet de plus grande taille, vous devez exceller dans pas mal d'autres domaines en plus des traitements administrés au fauteuil. Dans ce cadre, cinq facteurs sont indissolublement liés. Vous ne pouvez pas en sauter ou en ignorer un. Avec une plus grande équipe vous devez faire attention à tous les aspects, tout comme vous ne pouvez pas sauter une étape dans les soins aux patients!

1. Amélioration et renouvellement en continu

Les cabinets qui réussissent s'attellent en continu au renouvellement et au changement. Une démarche qui n'est en aucun cas facile. Elle exige l'implication des collaborateurs qui veulent évoluer en parallèle et, dès lors aussi, qui sont prêts à adapter leur comportement. Le changement de comportement pourrait déjà à lui seul faire l'objet d'une étude. Le renouvellement et le changement demandent aussi que vous vous occupiez en permanence de simplifier les choses. Une culture «lean» est orientée sur la réalisation

de petits changements sur une base journalière, résultant en d'énormes améliorations à un peu plus long terme.

2. Ouverture et action

L'amélioration et le renouvellement ne peuvent réussir que si le propriétaire du cabinet, le management et les collaborateurs sont et restent en dialogue les uns avec les autres. L'échange d'informations et l'apprentissage mutuel sont alors essentiels. Il n'y a pas que l'équipe qui doit être ouverte au changement, le propriétaire et le gestionnaire du cabinet doivent bien évidemment l'être aussi. Si vous voulez tirer le meilleur parti de votre équipe, vous devez alors encourager l'initiative. Cela implique que les choses se passent parfois autrement que vous ne l'aviez pensé. Et mieux vaut viser un objectif à long terme. Il est alors plus facile de placer de petits écarts dans le cadre d'un objectif plus élevé et plus lointain.

3. Qualité du management

Le centre est le pivot de l'équipe et cela s'applique également à ce facteur. Ce qui caractérise un

management qui fonctionne bien, c'est que vous soyez décisif quand quelque chose est vraiment en dessous de la moyenne. Pouvoir décider et agir rapidement est une qualité que beaucoup de personnes apprécient vraiment. Mais attention: une fois la décision prise il ne faut pas s'en écarter trop rapidement! Quand les décideurs reviennent facilement sur leurs décisions, cela crée inconsciemment beaucoup d'inquiétude et parfois même de la méfiance.

4. Qualité des collaborateurs

Bien entendu, ce facteur se doit de figurer dans cette liste. Les différences entre les collaborateurs donnent du vernis à l'organisation. Ces différences résident dans les styles de personnalité (le modèle DISC est ici un système très accessible), mais aussi dans la phase de développement (êtes-vous juste venu jeter un coup d'œil ou êtes-vous très expérimenté) et dans les connaissances et les domaines d'action spécifiques. Tout le monde ne peut pas tout au même niveau, mais ensemble nous maîtrisons en tant qu'équipe toutes les tâches à un top niveau. Chez Dentiva, nous travaillons avec la matrice des compétences pour avoir un aperçu des différences et aider les nouveaux collaborateurs à trouver un soutien dans l'onboarding process. On sous-estime souvent le processus d'intégration des nouveaux collabo-

rateurs dans les soins buccodentaires. Les soins buccodentaires se sont énormément développés et différenciés dans toutes leurs facettes. Le temps où après votre formation vous pouviez vous mettre directement au travail de façon productive dans un cabinet dentaire est révolu. La formation et l'expérience sont désormais des conditions préalables nécessaires pour une équipe efficace et aux rouages bien huilés.

5. Focus à long terme

Un focus à long terme est le tout dernier facteur caractéristique des organisations qui réussissent. Les Pays-Bas (NDLR tout comme la Belgique) sont caractérisés par un nombre élevé d'entreprises familiales. Les familles sont généralement fort orientées sur le long terme. Les cabinets dentaires sont aussi orientés depuis toujours sur le long terme. C'est là que résident en effet les avantages pour la santé. Une approche préventive est aussi orientée à long terme et sur les clients. Ce qui caractérise l'orientation à long terme dans un cabinet, ce sont les relations à long terme avec les patients et l'équipe. On parle souvent aussi d'un environnement de travail «sûr». Personnellement, je n'aime pas beaucoup le mot «sûr». On veut dire en tout cas que, en tant que collaborateur, vous pouvez dire ou signaler quelque chose, sans que cela ne soit immédiatement suivi de sanctions ou n'ait un effet

négatif. L'orientation à long terme se retrouve aussi dans les contacts avec les fournisseurs. Cela va aussi souvent de soi pour les prestataires de soins buccodentaires. En tant que prestataire de soins, vous savez mieux que quiconque l'importance que revêtent le service, l'entretien et la connaissance des matériaux et des instruments avec lesquels vous travaillez chaque jour.

Résultats

Si les cinq facteurs sont bien équilibrés - et ce n'est pas si facile et certainement pas évident - on observe alors plus de flux dans le cabinet, une meilleure collaboration avec l'équipe, mais aussi un meilleur rendement du cabinet. ■

L'événement live Dental Practice Excellence «Jouw praktijk naar de top» (NDLR Votre cabinet au top) de Dentiva les vendredi 10 et samedi 11 septembre reviendra en détail sur la façon d'appliquer ces facteurs dans la pratique. Au cours de la Masterclass du samedi, vous aurez l'occasion de vous lancer dans un plan d'amélioration de votre propre cabinet, en vous aidant des facteurs éprouvés des organisations qui réussissent. Il reste encore quelques places. Inscriptions via dpe2021.nl. (Uniquement en néerlandais.)