

N° 91

Juillet
A o û t
1993

L'incisif

Bimestriel d'informations professionnelles de la "Chambre Syndicale Dentaire asbl"

→ *Inami : organes contestés*

→ *L'Europe des dentistes
à Limelette*

→ *Guichets des mutuelles :
la Justice temporise*

→ *Le dentiste face au sida*

La Chambre Syndicale Dentaire

est à votre service...

Vous pouvez la contacter à tout moment, soit par l'intermédiaire de son secrétariat administratif (dont les coordonnées sont reprises ci-contre), soit par l'intermédiaire de la permanence sociale de Liège, ou encore d'un administrateur de votre région (dont nous reprenons la liste ci-dessous).

Quelqu'ennui que vous ayez, professionnel, administratif, juridique, social ou fiscal, contactez-nous. Nous nous efforcerons de vous donner, dans la mesure de nos moyens, les renseignements dans les plus brefs délais.

• CONSEIL D'ADMINISTRATION 1993

DURIAU Jean-Claude – Président
rue St Fiacre 70 – 7134 Épinois
SADRON Francis – Vice-Président
rue Roi Albert 341 – 4680 Oupeye
VANHENTENRYCK René – Vice-Président
rue J. Dohogne 51 – 4800 Polleur
HUBERT Jean-Marie – Secrétaire Général
rue des Combattants 48 – 6031 Monceau-s/Sambre
OLIVIER Jules – Trésorier
boulevard Kleyer 112 – 4000 Liège

• ADMINISTRATEURS

AUSTRÆT Guy
avenue A. Bertrand 58 – 1190 Bruxelles
CHARLIER Guy
chaussée de Bruxelles 442 – 1410 Waterloo
DEFAYS Jean
avenue Rogier 14 – 4000 Liège
DE GROOTE X.
rue Rogier 47 – 7500 Tournai
DELCOURT B.
rue Chatqueue 71 – 4100 Seraing
DELFOSSÉ J.
rue du petit 22 – 6830 Bouillon
DELREE J.P.
rue Fabry 23 – 4000 Liège
DEVRIESE M.
avenue Debré 29 – 1180 Bruxelles
GASPART G.
rue Godefroid 2/30 – 5000 Namur
GILLEBERT D.
rue du Travail 67 – 5000 Namur
GUSTIN D.
av. Milieu du Monde 13 – 5000 Namur
HUBERTY C.
rue Henri Pirenne 5 – 4800 Verviers
LELEU J.M.
avenue Napoléon 58 – 1420 Braine l'Alleud
LEMAL Jacques
chaussée de Châtelet 57 – 6060 Gilly
MAUER Daniel
rue du Confluent 26 – 4032 Chênée
MUNNIX B.
rue Neuve 46 – 4700 Eupen
NICLAES J.M.
allée des Roitelets 5 – 5101 Erpent
VAN DEN DORPE Fabienne
rue des Combattants 48 – 6031 Monceau s/S
VAN DER VLEUGEL Joseph
avenue Mon Bijou 3 – 4960 Malmedy
VAN HULLE E.
rue E. Dumonceau 55/1 – 4040 Herstal
VANNUFFEL T.
rue des Orphelins 5 – 7130 Binche

Vous êtes représentés et défendus

Comité de Direction :

J.C. DURIAU – F. SADRON – R. VANHENTENRYCK
J.M. HUBERT – J. OLIVIER – C. HUBERTY
B. MUNNIX

Commission Nationale Dento-Mutualiste (INAMI) :

– membres effectifs : X. DE GROOTE – M. DEVRIESE
R. VANHENTENRYCK
– membres suppléants : J.C. DURIAU – C. HUBERTY
E. VAN HULLE

Conseil Technique Dentaire (INAMI) :

– membres effectifs :
J.M. LELEU – G. AUSTRÆT
R. VANHENTENRYCK
– membres suppléants :
G. CHARLIER
J.M. NICLAES – C. HUBERTY

Commission C.E.E. :

Commission belge d'étude pour les problèmes de l'exercice de l'Art Dentaire dans le cadre du Marché Commun :
– membre effectif : J.C. DURIAU
– membre suppléant : D. GILLEBERT

Comité national belge pour la F.D.I. :

– membre effectif : J.C. DURIAU
– membre suppléant : D. GILLEBERT

Commission interne orthodontie :

– membres :
Dr J. VAN DER VLEUGEL
J.M. NICLAES

Comité des jeunes :

X. DE GROOTE – D. GILLEBERT
C. HUBERTY – B. MUNNIX
E. VAN HULLE – T. VANNUFFEL

Personnel administratif :

• **Charleroi :**
Secrétaire de direction : Mme P. MARION
Secrétaire : Mme LOTTIN
• **Liège :**
Secrétaire : Mme M. VANOVERSCHELDE

L'incisif

Bimestriel d'informations professionnelles de la "Chambre Syndicale Dentaire asbl"

N° 91
J U I L L E T
A O Û T
1993

– Siège social et secrétariat:
boulevard Tirou 25 – boîte 9 – 6000 CHARLEROI
Téléphone: 071/31 05 42
Un répondeur enregistrera vos messages 24h sur 24
et vous serez recontacté dans les 48 heures.
Fax: 071/32 04 13
– Permanence de Liège:
c/o M. Jules Olivier
avenue Blondin 35 – 4000 Liège
Téléphone et fax (manuel): 041/52.87.39

S O M M A I R E

- 3 – Éditorial : Toujours là, l'accord au 1^{er} janvier 94 ?
- 4 – Statut Social : ...vous avez dit "Statut Social" ?
- 6 – Tiers-payant : Guichet des mutuelles : la Justice ...
- 7 – INAMI : Organes de gestion contestés
- 8 – Europe : Rapport de la réunion du Comité de Liaison CEE
- 12 – Europe : Rapports des différents États membres
- 15 – Profession : Histoire de quittance et de tiers-payant...
- 16 – Histoire : Le XIX^e siècle (suite et fin)
- 21 – FDI : Déclaration de principe sur le virus VIH...
- 30 – Enquête : Jeunes dentistes qui êtes-vous...?
- 32 – Polémique : Prothèses... "Test-Achats" persiste
- 33 – L'épine de Spix : Feu d'artifices
- 34 – Espace collections :
- 35 – Comptabilité : nouveau service gratuit aux membres
- 36 – En bref : INAMI, amalgame, indice des prix
- 38 – Petites annonces

Cotisations 1993

Cotisation ordinaire	6.500 F
Cotisation ménage de praticiens	8.000 F
Diplômé 1993	1.500 F
Diplômé 1992 ou service militaire	2.500 F
Diplômé 1991	4.500 F
Confrère avec 4 enfants ou plus à charge	4.500 F
Confrère de plus de 60 ans	4.500 F

A verser au compte

n° 680-0041036-81 de la

" CHAMBRE SYNDICALE DENTAIRE asbl "

CHANGEMENTS D'ADRESSE

Si vous déménagez, n'oubliez pas de communiquer votre nouvelle adresse à notre secrétariat.

Si le présent "Incisif" vous parvient après un détour à votre ancienne adresse, c'est que l'actuelle ne nous a pas été communiquée.

Toute reproduction même partielle des textes publiés dans "L'Incisif" ne peut se faire sans autorisation préalable.

Nous rappelons que tout membre souhaitant exprimer ses idées personnelles relatives aux problèmes afférents à notre profession, peut adresser ses articles en vue d'une publication dans "L'Incisif", au Président J.C. Duriau, secrétariat de Charleroi. Aucune suite ne sera donnée aux envois anonymes.

– *Editeur responsable:*
J.C. DURIAU
rue St Fiacre 70 – 7134 Épinois

– *Comité de rédaction:*
J.C. DURIAU – Jules OLIVIER

– *Secrétariat de rédaction:*
EDIPRESSE sprl
tél. 02/425 12 14 – fax : 02 / 425 13 82

– *Réalisation :*
Bagnée Imprimeurs
tél. 085 / 82 70 41
fax & modem : 085 / 82 78 93

*Nous avons le plaisir de vous annoncer
la naissance de ...*

♥ Magali PTAK de Retinne
fille de Jean PTAK lsd
née le 11 mai 1993

♥ Mélina TANGHE
de Marchienne-au-Pont
fille deStéphan TANGHE lsd
née le 16 mai 1993

♥ Alexis FONTAINE de Herseaux
fils de René FONTAINE lsd
né le 9 avril 1993

♥ Thomas FOURNIER d'Éghezée
fils de M^r & M^{me} Philippe FOURNIER-GILLET
né le 20 juin 1993

AGENDA SYNDICAL DE LA CSD

JUIN

5/6 - Comité de Liaison de la CEE (Limelette)

9 - Comité de Direction

10 - Réunion avec les membres, à Namur

cc dentistes en rapport avec parlementaires

22 - Conseil d'Administration

25 - Conseil Technique Dentaire

- Comité de Rédaction de l'Incisif

30 - Réunion CEE - FDI

Jeunes dentistes, qui êtes-vous ...?

*Aidez-nous à mieux vous
connaître en répondant
au questionnaire de la
page 31... quelques
minutes suffisent !*

Rencontrons-nous, par intérêt.

LE LEASING

Une formule
de location financière personnalisée conçue
pour répondre efficacement
à vos préoccupations d'investissement,
définie avec souplesse et compétitivité.

LE GES 3

Un produit inédit
avec une totale liberté de mouvements.
Généralement, les taux rémunérateurs
appliqués sont supérieurs aux normes
pratiquées
et les intérêts débiteurs
sont plus faibles que ceux rencontrés
sur le marché.

Votre partenaire confiance

GESBANQUE

Siège social: rue Lebeau 3 - 4000 Liège
Téléphone : 041 / 23 79 55
Fax : 041 / 23 73 42

Siège administratif :
boulevard Bischoffsheim 26
1000 Bruxelles
Téléphone : 02 / 209 18 11
Fax : 02 / 218 53 61

33 agences réparties dans tout le pays.
Consultez les pages d'or.

CSD

Éditorial

Toujours là, l'accord au 1^{er} janvier 1994 ?

La Commission dento-mutualiste a déterminé les besoins budgétaires pour 1994, au cours de sa dernière réunion de mai.

Selon les nouvelles structures mises en place pour gérer l'assurance-maladie, les Commissions de convention doivent en effet définir avant la fin du premier semestre, les moyens nécessaires à la conclusion d'un accord pour l'année suivante.

Ces propositions sont transmises au Comité de l'assurance (N.D.L.R. : l'ex Comité de gestion - dont nous contestons d'ailleurs la composition devant le Conseil d'État) qui les soumet au Conseil général.

Après examen et amendements éventuels, ce dernier renvoie alors le budget ou plutôt "l'enveloppe" par la même voie à la Commission de convention, dans des délais qui doivent en principe lui permettre de conclure un accord au 1^{er} janvier suivant.

Pour limpide qu'elle apparaisse, cette procédure, actuellement en rodage, risque à l'avenir de rendre bien difficile la conclusion de nouveaux accords.

Pour cette année, notre tâche était relativement simple. En effet, l'accord dento-mutualiste actuel a été conclu pour deux ans (93-94).

La Commission a donc fort justement estimé que cet accord devait être respecté et a limité les moyens financiers nécessaires à sa reconduction en 1994 à une masse qui devrait permettre l'indexation des honoraires au 1^{er} janvier et la couverture du trend pour l'an prochain. Les corrections éventuelles ne pouvant survenir toujours selon les termes de l'accord, qu'au 1^{er} janvier, sur base des résultats du 1^{er} semestre écoulé.

Les choses deviendront peut-être moins simples après examen par le Conseil général. La proposition génère encore une croissance d'environ 6%, alors que le P.I.B. est en récession d'environ 1%. Dans ces conditions, quelle sera l'attitude du Conseil général? Remettra-t-il fondamentalement en cause l'accord conclu? Sans doute pas. - Avalisera-t-il pour autant la masse budgétaire proposée? Attendons pour le savoir la fin du 3^{ème} trimestre. Mais sans être pessimiste, je me demande si ne se profilerait pas déjà à l'horizon une nouvelle "bataille de l'index".

J.C. DURIAU
Président

VOUS AVEZ DIT "STATUT SOCIAL" ?

En Belgique, cette année, 5803 praticiens de l'art dentaire ont approuvé l'accord dento-mutualiste conclu le 9 décembre 1992. Du jamais vu! Avec comme corollaire 5803 dentistes placés dans les conditions d'obtention de ce fameux "statut social".

Savez-vous que si vous prenez votre pension le 1er juillet 1995, à l'âge de 65 ans, vous percevrez 223.074 francs par an au taux isolé, et 295.950 francs au taux ménage!

Savez-vous que si vous allez vous casser la pipe lors d'une expédition sud américaine en 4X4, vous toucherez zéro franc pendant les trois premiers mois d'incapacité de travail, qu'ensuite la mutuelle vous accordera 634 francs par jour ou 531 francs par jour selon que vous avez ou non des personnes à charge. Et qu'après douze mois, victoire, c'est 917 francs ou 695 francs par jour et selon votre situation familiale qui tomberont dans votre escarcelle. Toutes ces indemnités sont payables six jours par semaine - abstenez-vous donc de vire le dimanche - et sont bien sûr impossibles.

Bref, une invalidité heureuse vous guette peut-être, une retraite dorée vous attend sûrement.

N'omettez cependant pas de payer vos cotisations trimestrielles à votre caisse d'Assurances sociales. Celle-ci, moyennant frais de gestion, se fera un plaisir de gérer votre dossier et de s'occuper de tout, ou presque, pour vous. Une véritable aubaine, quoi!

Chercher à se prémunir contre de telles situations n'est peut-être pas idiot.

Et c'est possible grâce au "Statut social"

Petit rappel historique.

1963 : la loi instaurant et organisant le régime assurance maladie-invalidité est promulguée le 9 août.

1967 et 1971 : parution d'un arrêté royal instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire, en fait les praticiens "engagés" non pas politiquement mais ayant accepté les termes d'accord dento-mutualiste.

Quels avantages sociaux ?

Avantage financier en l'occurrence : en 1992 l'INAMI a attribué au praticien conventionné la somme de 59.468 francs pour autant que ce praticien en ait fait la demande, et puisse justifier une intervention personnelle au régime de pension obligatoire, pour l'année 1991, au moins équivalente.

Et pour faire quoi ?

- soit obtenir une pension de retraite auprès de l'INAMI;
- soit se constituer une pension de retraite auprès d'une caisse de pension reconnue;
- soit s'assurer contre la perte de revenus en cas de maladie ou d'accident.

Oui mais, qui est conventionné ?

Le praticien qui n'aurait pas envoyé un refus d'adhésion aux termes de l'accord dento-mutualiste dans les délais prescrits par la loi est d'office conventionné, et doit appliquer les tarifs prévus par le-dit accord, et cela pour toute son activité.

Le praticien qui a marqué son désaccord pour une partie de son activité - non pas en fonction du type de prestation, mais bien en fonction d'horaires - est réputé conventionné si l'activité sous tarif convention est pratiquée pendant 36 heures par semaine ou au moins pendant les trois-quarts de la durée d'activité professionnelle hebdomadaire.

Exemples ?

- A** travaille en cabinet privé 10 demi-journées par semaine
- A** ne marque pas son désaccord
- A** est conventionné
- A** a droit au statut social
- B** travaille en clinique les lundis, mercredis et vendredis de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 sous le régime de la convention
- B** travaille aussi chez un confrère les mardis et jeudis de 8h00 à 12h00, tarifs libres
- B** travaille en fait 32 heures par semaine. L'activité conventionnée couvre les 3/4 de son activité totale
- B** est "suffisamment" conventionné

B a droit au statut social

C travaille aussi en clinique les lundis, mercredis et vendredis, à raison de huit heures par jour, tarifs convention

C travaille chez un confrère les mardis et jeudis, aussi huit heures par jour, tarifs libres

C travaille donc 40 heures par semaine dont 24 avec tarif de convention

C n'a pas droit au statut social car il aurait du au moins prester six heures de plus pour atteindre le seuil des trois quarts (40 x 3/4 = 30 h.)

Comment obtenir ce statut social ?

En introduisant une demande auprès du Service des Soins de Santé de l'INAMI, avenue de Tervuren, 211, 1150 Bruxelles.

Quand? Dans les nonante jours qui suivent la parution au Moniteur de l'Arrêté Royal fixant le montant de la cotisation prévue.

Pas de panique.

A l'heure où ces lignes sont écrites, l'A.R. 1993 n'est pas encore sorti. Vous en serez informé dès sa publication.

Votre demande doit être envoyée par **recommandé** et peut avoir la forme suivante:

Entête	Date
	INAMI
	Service des Soins de Santé
	Avenue de Tervuren, 211
	1150 BRUXELLES
Madame, Monsieur,	
<i>Concerne : Statut social des Dentistes 1993</i>	
<i>J'ai l'honneur de vous demander l'octroi pour l'année 1993 des avantages sociaux tels qu'ils sont décrits dans l'Accord national dento-mutualiste du 9 décembre 1992 auquel je suis réputé avoir adhéré dans les conditions de temps et de lieu suivantes : ...</i>	
<i>Je vous saurais gré de vouloir bien me faire parvenir les formulaires nécessaires.</i>	
<i>Je vous remercie par avance et je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.</i>	
Cachet	Signature
	N° INAMI

Il est inutile de vous conven-tionner en cours d'année. Le Statut social n'est accordé que si la convention est pratiquée durant toute l'année!

Nos jeunes confrères qui seront diplômés cette année peuvent aussi faire leur deuil du Statut social malgré leur engagement forcé.

L'introduction de cette demande est sans engagement pour vous. Le Service des Soins de Santé a alors trois mois pour vous envoyer un formulaire que vous êtes tenu de compléter et retourner à l'INAMI dans un délai de un an à partir de la date de parution au Moniteur, en pratique six à huit mois après que vous l'avez reçu.

L'INAMI vérifiera alors si vous avez effectué des versements "pension" pour l'année 1992 au moins égaux au montant du statut social.

Celui-ci dépassera quelque peu les soixante mille francs en 1993.

Pouvez-vous justifier d'un tel paiement pour votre pension ?

Votre caisse d'Assurances sociales vous en informera sur demande.

A titre purement indicatif, si vos revenus imposables de 1989

ont **avoisiné** les 640.000 francs, vos cotisations pensions effectuées en 1992 doivent suffire.

Si hélas, ses revenus étaient inférieurs, vous n'aurez pas effectué suffisamment de versements pour que l'INAMI vous attribue le statut social **SAUF** si vous atteignez le plancher fatidique en justifiant du paiement d'une assurance-vie par exemple (pas d'assurance décès!). Sachez cependant que ce contrat ne pourra faire l'objet d'un rachat ni être donné en nantissement, ni faire l'objet d'une avance sur police. A noter aussi que, la perception du capital au terme du contrat se fera toujours sous la forme d'une vente. Autant savoir!

Qu'allez-vous faire de ces sous ?

Vous avez en fait trois options. Dans la pratique, deux sont envisageables.

En effet, la constitution d'une pension de retraite auprès de l'INAMI n'est pas à retenir. Financièrement peu avantageuse, elle vous réclamera un engagement d'au moins dix ans.

Restent alors :

- La constitution d'une rente ou d'une pension en cas de retraite ou de décès.
- La seule caisse agréée pour ce

faire est la Caisse de Prévoyance des Médecins, Dentistes et Pharmaciens, Place de Jamblinne de Meux, 4, 1040 Bruxelles. Elle est donc le passage obligé.

– La conclusion d'une assurance compensant la perte de revenus en cas de maladie ou d'accident; c'est-à-dire la police dite "Revenus garantis". Toutes les compagnies d'assurances, ou presque, proposent ce type de contrat. La vigilance est donc de mise. Comparez avant d'acheter. Choisissez bien vite votre courtier!

A toutes fins utiles, la Chambre Syndicale a mis au point un contrat individuel spécifique

aux dentistes avec la Compagnie A.G. par l'intermédiaire du courtier BONDROIT.

Ces diverses propositions seront analysées plus précisément dans un prochain article. Il ne serait pas inutile que vous nous fassiez part de vos expériences, positives ou négatives. Cela nous intéresse tous.

Jouons nous aussi au magazine des consommateurs!

Le secrétariat attend vos commentaires.

Le "Statut social" est un régime d'avantages qui peut être utilement exploité.

Prudence cependant! N'en faites pas la superbe carotte que rêve d'utiliser le pouvoir pour contraindre tout le monde à l'engagement.

Si pour 1993, un engagement est, peut-être, un choix de raison à défaut de choix du coeur, rien ne nous dit que les futurs accords – ou non accords ne l'oublions pas! – nous feront encore raison garder.

En d'autres mots, ne devenez pas l'esclave du système. Ne confondez pas l'indispensable, **vos** *liberté*, à l'utile.

Émile VAN HULLE



Organes de gestion contestés

En désignant les membres des nouveaux organes de l'INAMI, le ministre des Affaires sociales a exclu plusieurs organisations représentatives, notamment la Chambre syndicale dentaire. Un recours a été introduit au Conseil d'Etat.

La loi Moureaux a notamment créé deux organes de décision au sein de l'INAMI: le Conseil général et le Comité de l'assurance.

Dans le premier de ces organes, aucun dentiste ne siège. Au Comité de l'assurance, un seul siège effectif a été réservé aux dentistes et il a été attribué aux dentistes flamands.

Devant cette situation, qui l'exclut de fait des débats sur la gestion de l'assurance maladie, la Chambre syndicale dentaire a introduit, devant le Conseil d'Etat, un recours en annulation de l'arrêté royal du 22 avril 1993 qui désigne les membres du Comité de l'assurance.

L'arrêté du 28 février 1993, qui définissait les règles de fonctionnement des organes de gestion de l'INAMI, prévoyait que le Comité de l'assurance devait notamment comprendre huit membres effectifs et huit membres suppléants, dont respectivement sept médecins et un praticien de l'art dentaire. Ils devaient être nommés parmi les candidats présentés en nombre double de celui des mandats à conférer, sur des listes établies par les organisations professionnelles représentatives.

Exclusion de fait

Or, par lettre du 10 mars 1993, le ministre des Affaires sociales de l'époque, Philippe Moureaux, a invité la Chambre syndicale dentaire à ne présenter qu'un membre suppléant, ce qui allait exclure de fait les dentistes francophones du Comité de l'assurance, puisque l'arrêté du 28 février prévoit que le membre suppléant ne peut pas siéger en présence du membre effectif.

Finalement, Philippe Moureaux a nommé un dentiste flamand, Dirk Vandeputte, en qualité de membre effectif, mais n'a nommé aucun représentant suppléant des dentistes: tous sont médecins.

Ce non-respect de l'arrêté du 28 février est évidemment un des moyens invoqués par la Chambre syndicale dentaire pour étayer son recours en annulation de l'arrêté du 22 avril devant le Conseil d'Etat.

La Chambre syndicale dentaire fait aussi valoir que l'arrêté du 22 avril a été pris après une consultation des organisations représentatives des praticiens de l'art dentaire révélant une répartition pré-établie des sièges, impliquant l'attribution du mandat de membre effectif à une organisation représentative néerlandophone et réservant le mandat

de suppléant aux praticiens francophones.

Cette façon de procéder viole à la fois les règles de procédure établies par l'arrêté du 28 février et les usages démocratiques, incompatibles avec une présélection des candidats arbitrairement imposée à ceux à qui appartient le droit de proposition.

Enfin, la procédure de consultation des organisations représentatives suivie par le ministre a opéré une discrimination injustifiée entre elles.

Avis favorable de l'auditeur

La composition des organes de gestion de l'INAMI a été contestée par d'autres "exclus" du système. C'est ainsi que les mutualités neutres et libérales ont elles aussi introduit un recours en annulation devant le Conseil d'Etat contre les arrêtés nommant les membres du Conseil général et du Comité de l'assurance.

Dans cette affaire, l'auditorat du Conseil d'Etat a déjà estimé fondée la demande d'annulation, dans la mesure où le ministre des Affaires sociales n'a pas motivé les nominations. ■

TIERS-PAYANT

Guichets des mutuelles : la Justice a le temps

Les mutuelles violent régulièrement la législation qui interdit, depuis la suppression du tiers payant pour les consultations en 1987, de faire fonctionner des guichets de mutuelle dans les établissements de soins.

C'est ainsi que les mutualités socialistes maintiennent ouverts des guichets dans les hôpitaux du Tivoli à La Louvière et Arthur Gailly à Charleroi.

Comme nous l'avons déjà annoncé, la Chambre syndicale dentaire a introduit une action en référé devant le tribunal du travail de Charleroi pour faire cesser ces pratiques. Mais la Justice est lente: après plusieurs reports, l'affaire a pu être plaidée et, finalement, le tribunal a rendu son ordonnance le 25 juin. Le juge des référés estime qu'il n'y a pas urgence en la matière puisque les guichets des mutuelles fonctionnent depuis de nombreuses années déjà. Le tribunal des référés estime donc la demande non recevable.

Ce jugement ne préjuge cependant pas du fond de l'affaire, qui pourra être plaidée devant un tribunal ordinaire. Dans combien d'années?

Parallèlement à cette action judiciaire, la Chambre syndicale dentaire a écrit à l'administrateur général de l'INAMI pour attirer son attention sur ces violations de la légalité par les mutualités socialistes. Elle lui demande d'inviter le Service du contrôle administratif à procéder à l'enquête qui s'impose et à prendre ensuite les mesures de nature à mettre fin à cette situation.



Le Comité de Liaison des dentistes de la CEE a été mis en place sur demande du Département des Affaires sociales de la CEE.

Son objet est d'étudier toutes matières en relation avec la pratique de la dentisterie en vue d'appliquer les principes du Traité de Rome, et de soumettre les résultats de son travail à la COMMISSION et aux autorités compétentes de la CEE.

De plus, le Comité œuvrera à promouvoir convenablement, à l'intérieur de la CEE, l'harmonisation de la formation à un niveau élevé et des conditions d'inscription, d'établissement et de pratique de la profession pour maintenir des standards de soins élevés, à la fois au niveau national et intra-communautaire. Il est indépendant de toute organisation.

Rapport de la réunion du Comité de Liaison - CEE

tenue à Limelette les 5 et 6 juin 1993



La table présidentielle : de droite à gauche, Dirk Vandeputte, président, Jean-Claude Duriau, vice-président, et Michèle Aerden, trésorière.

Cette année, la Belgique détient la présidence du Comité de Liaison. Lors de cette assemblée à Limelette (Wavre), le président de séance, Monsieur D.VANDEPUTTE (V.V.T.) accueille les différentes délégations des Etats Membres de la CEE. Chaque délégation, en ce compris la délégation belge, présente deux délégués par association membre du Dental Liaison Committee. Chaque Etat Membre peut déléguer un maximum de deux observateurs pouvant prendre part aux débats mais n'ayant pas droit au vote. Les pays non-membres de la CEE mais membres de l'AELE peu-

vent être représentés au Comité par un observateur (ou deux au maximum) pour autant que leurs gouvernements soient demandeurs d'une intégration dans la CEE. Les décisions prises par le Comité de Liaison ne sont modifiées à la CEE que si une majorité des 2/3 s'est dégagée du vote.

Le Président et le Vice-Président (J.C.DURIAU) n'ont pas l'obligation d'être délégués de leur association-membre mais dans ce cas, ils n'ont pas droit au vote. L'Association Dentaire Belge (ADB), membre du Comité de Liaison est constituée par la VVT (Verbond der Vlaamse

Tandartsen), la Société de Médecine Dentaire, la Chambre Syndicale Dentaire de l'Agglomération bruxelloise et par la Chambre Syndicale Dentaire.

Durant ces deux journées, la discussion s'est portée sur les points importants suivants :

1.

PROBLEMATIQUE DES REJETS DE MERCURE PAR LES CABINETS DENTAIRES

Une proposition émanant conjointement de l'Allemagne et des Pays-Bas en cette matière a été communiquée au Comité. Ci-après sont reprises les données majeures de ce communiqué : "Standardisation des mesures d'environnement".

"Les standards développés par la Communauté Européenne pour toutes sortes d'appareils, instruments et matériaux constitueront le cadre futur dans lequel la pratique de la dentisterie prendra place. Donc, en tenant compte de cette standardisation, nous sommes parvenus à la conclusion que les organisations professionnelles nationales auraient à participer à la décision en cours et que le Comité de Liaison pourrait constituer une plate-forme sur laquelle on rassemblerait les points de vue.

Dans ce cadre, nous voudrions attirer l'attention sur la standardisation des mesures concernant l'environnement. Notre point de vue est que l'objectif de cette standardisation réside dans la réduction du dommage sur l'environnement résultant des rejets d'amalgame dentaire.

Néanmoins, il existe une grande diversité de situations pour la pratique de l'Art dentaire en Europe, et de méthodes de travail, dont il ressort que des solutions diverses sont envisageables pour réduire l'incidence sur l'environnement.

Donc, nous aimerions voir stipulé dans les standards quel pourcentage du rejet d'amalgame doit



Parmi les délégations présentes, les Britanniques...

être récupéré et également que le modèle tienne compte de la diversité mentionnée ci-dessus. En d'autres termes : En premier lieu vient l'obligation d'une possibilité de séparation, la manière dont cette exigence est satisfaite étant d'importance secondaire.

A considérer :

- Lorsque des modèles internationaux sont développés, le Comité de Liaison est d'avis que ces standards doivent notifier :
 - que le dentiste est responsable de la récupération de 95% du rejet d'amalgame dans le cadre de sa pratique
 - et que chaque cabinet privé est libre de déterminer la manière de satisfaire à cette exigence.
- Le Comité de Liaison est d'avis qu'ainsi on tient compte de la diversité des situations cliniques et des méthodes de travail."

Le débat qui a suivi sur le libellé de ce texte a abouti aux considérations suivantes : le dentiste possède effectivement une responsabilité, mais il est souhaitable de ne pas lui imposer des normes trop strictes étant donné que :

- a) les investissements (filtres) au niveau des installations seraient de toute façon sensibles;
- b) la granulométrie des déchets d'amalgame rend impossible le respect précis d'un pourcentage de

récupération du mercure contenu dans les particules d'amalgames; c) l'ensemble des dentistes n'est responsable que du rejet d'environ 2% du rejet global de mercure. Il faut éviter une culpabilisation disproportionnée et l'imposition aux praticiens de normes hors d'atteinte pour le monde industriel responsable des 98% restants.

Il est ensuite procédé à un vote sur une modification du texte proposé, la majorité se prononçant alors pour une suppression du chiffre de 95% dans la phrase.

2.

FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE

Actuellement, seule la Grèce a opté pour une formation continue obligatoire de 80 heures par période de cinq ans, sans lier cette obligation à l'intervention de la Sécurité Sociale. Cette exigence n'est pas, actuellement, unanimement suivie.

Les associations membres reconnaissent à la majorité que tous les dentistes devraient suivre une formation continue dans l'intérêt de leurs patients. La majorité pense que toute obligation devrait être fondée sur les responsabilités éthiques des dentistes et non sur une exigence imposée et régie par

un gouvernement ou son exécutif, ni mise en relation avec le droit de continuer à pratiquer.

Dans la plupart des pays, il y a eu une augmentation marquée ces dernières années dans la fréquentation des cours de formation continue. Il est néanmoins essentiel que les dentistes ne soient pas financièrement perdants de par leur participation. Il est également nécessaire de garantir la qualité des cours qui peut être variable.

Une minorité estime qu'une participation obligatoire est nécessaire dans les pays où le taux de participation est très faible.

En conclusion, la formation continue obligatoire coule de source de par les obligations éthiques des praticiens et de par la nécessité de préserver nos compétences professionnelles vis-à-vis de la population (crédibilité). Les modalités d'organisation poseraient des problèmes majeurs si l'on devait forcer les praticiens à suivre les cours qui ne doivent par ailleurs rien leur coûter, ni au gouvernement.

3.

EUROPE CONTRE LE CANCER

Formation des praticiens en art dentaire en oncologie.

Le Programme "L'Europe contre le cancer" a placé la formation des personnels de santé en matière de cancer au rang de ses priorités. La formation constitue ainsi un des principaux axes de l'action européenne de lutte contre la cancer qui inclut également la prévention, le dépistage, l'information du public ainsi que l'éducation à la santé dans les écoles et la recherche.

1. Les priorités

En matière de formation les principaux groupes visés comprennent notamment les médecins, la profession infirmière et les praticiens en art dentaire.

Les priorités définies dans le



... les Allemands

domaine prioritaire de la formation ont notamment pour objet de faciliter la diffusion et la mise en oeuvre des recommandations formulées auprès de la Commission en 1988 par le comité consultatif pour la formation en cancérologie des praticiens en art dentaire.

1. Soutien à l'organisation de réunions nationales ou régionales destinées à promouvoir les recommandations européennes sur le volet cancer des programmes de formation de base pour les personnels de santé.
2. Aide à la mise en place de trois réseaux pilotes européens de fa-

cultés de médecine, d'écoles d'infirmières et d'écoles dentaires en mettant en oeuvre des recommandations sur la formation au cancer.

3. Promotion d'actions de formation en cancérologie.
4. Soutien à la mobilité entre les Etats Membres des personnels de santé en vue d'améliorer leur formation spécialisée en cancérologie.
5. Collecte et échange de matériel didactique d'intérêt européen pour la formation des personnels de santé.



... les Français



... et les Belges, avec à l'extrême droite notre délégué Charles Huberty.

6. Echange d'expériences et soutien à l'organisation de séminaires européens sur la formation continue des personnels de santé.

2. Les réalisations en matière de formation des praticiens en art dentaire

Parmi les principales réalisations en matière de formation des praticiens en art dentaire soutenues par le programme "L'Europe contre le cancer", on peut retenir les actions suivantes :

- Une conférence européenne organisée à Copenhague du 30 septembre au 2 octobre 1990, réunissant des experts des Etats Membres, a permis de dégager un consensus sur un curriculum en Oncologie pour les Etudiants Européens en Chirurgie Dentaire.
- Une enquête diligentée en 1992 par l'European Faculty of Oral Health Sciences (DK) auprès de l'ensemble des écoles dentaires de la C.E. a permis de faire un état des lieux en matière de contenu de formation initiale en cancérologie et de mettre en évidence un vif intérêt pour le développement d'échanges d'expériences entre Etats Membres dans ce domaine.

4.

RESPONSABILITE DU DENTISTE

Le Comité est d'avis que rien ne peut autoriser à renverser la charge de la preuve lors d'une plainte émanant d'un patient. Etant donné le caractère spécifiquement médical de la profession, il y a toujours eu et il y aura toujours une obligation de moyens (la formation continue organisée dans tous les pays y contribue) et non une obligation de résultats.

Dans ce cadre, les confrères Allemands ont été confrontés à une volonté politique d'imposer une garantie de deux années (!!) sur les 5 obturations. Le Comité de Liaison décide à l'unanimité (sauf abstention de la délégation Britannique) d'appuyer l'Association Dentaire Allemande dans sa motivation, justifiée par l'absence d'obligation de résultats, à contrer ce projet. On ne peut appliquer des normes de tolérance de type industriel à un acte médical et humain. Au Royaume-Uni, une garantie d'une durée d'un an est déjà instaurée sur les obturations.

5.

BAREMES CEE

Le Comité de Liaison considère que les responsables de cette nomenclature individuelle proposée aux praticiens Belges sans aucune concertation avec les organismes professionnels officiels ont bafoué ces derniers.

6.

EQUIVALENCE DES DIPLOMES ET LIBRE CIRCULATION DES PRATICIENS

Actuellement, rien de concret n'est prévu pour mettre en place une équivalence pratique des diplômes. Or, cela est évidemment préalable à l'instauration d'une libre circulation à la fois intra-communautaire et vis-à-vis des pays tiers. Ce problème étant endémique, la délégation Belge propose la constitution d'un groupe de travail centralisant les données provenant de tous les pays. Cette proposition de J.C.DURIAU est adoptée à l'unanimité.

A titre d'exemples, l'Espagne a reconnu comme équivalents les diplômes de confrères provenant d'Amérique Latine. L'Italie, par ailleurs, est confrontée à l'arrivée probable de confrères Slovénes et Croates et au niveau interne un problème tient du fait que certains médecins pratiquent la dentisterie sans en avoir le titre. Un vote a permis de définir le titre de dentiste en Italie pour viser à rétablir une situation normale.

Les confrères allemands estiment qu'une libre circulation de praticiens étrangers désirant s'installer en République Fédérale ou ailleurs doit être conditionnée par une maîtrise suffisante de la langue du pays d'accueil, par le candidat. ■



EUROPE

RAPPORTS DES DIFFÉRENTS ÉTATS MEMBRES COMITÉ DE LIAISON

LIMELETTE - 5, 6 JUIN 1993

Suède - Association Dentaire Suédoise

La question de l'amalgame

Les remous du débat sur la dangerosité des obturations à l'amalgame pour la santé des patients et le personnel soignant se sont élevés depuis la fin des années septante. Ces dernières années, le débat s'orienterait vers l'effet sur l'environnement de l'amalgame et son composant principal mercuriel.

A la suite d'un lobbying très intelligent de la part de membres de l'Association des personnes lésées par un traitement dentaire ou prétendues telles, le Parlement Suédois a plusieurs fois débattu sur les problèmes de l'amalgame.

Il y a aussi eu plusieurs propositions pour parvenir à interdire l'amalgame comme matériau d'obturation.

Pour atténuer un moment la question, le Gouvernement d'alors commissionna le Conseil National de la Santé et de la Qualité de la Vie pour analyser les possibilités de retirer l'amalgame des matériaux d'obturation. Fin août 1992, le Conseil a présenté un rapport détaillé sur les aspects distincts des faits devant être considérés quand une décision doit être prise au sujet de la réglementation de l'amalgame. Le rapport souligne le fait qu'il n'y a aucune évidence scientifique prouvée quand au caractère dangereux de l'amalgame d'argent. toutefois, le Conseil présente un plan pour une réglementation définitive de l'amalgame. On **propose** de le mettre en place en trois étapes :

- **Premièrement**, l'amalgame ne doit pas être utilisé en obturation sur la dentition lactéale à partir du 1er juillet 1993.
- **Deuxièmement**, l'amalgame ne doit pas être utilisé en obturation sur la dentition définitive des jeunes gens de moins de 20 ans à partir du 1er juillet 1995.
- **Troisièmement**, le Conseil a l'intention de rendre possible à partir de 1997, un arrêt de l'utilisation de l'amalgame chez les adultes, mais dit en même temps qu'une telle décision doit être basée sur un suivi comparant le coût de l'amalgame et celui des matériaux alternatifs actuels.

En attendant la réglementation complète relative à l'amalgame, le Conseil recommande une intensification des demandes au sujet de la prise en charge des déchets d'amalgame.

Le rapport est remis à l'A.D.S. pour remarques qui seront rendues le 1er mai. L'A.D.S. s'apprête à s'opposer à la proposition de réglementer l'amalgame petit à petit. Il n'y a aucune preuve de dangerosité. Il n'y a pas de matériau équivalent disponible. Les coûts de la proposition seront énormes. L'A.D.S. appuiera en même temps la demande du rapport relative à une meilleure prise en charge des déchets d'amalgame.

C.H.

Danemark

I. Démographie

Il y a 2.052 cabinets dentaires privés au Danemark, certains associent les clientèles et travaillent ensemble. Le nombre total de titulaires était de 2.715 en 1992. 1.082 travaillent comme assistants de praticiens privés et 1670 sont employés dans le service public (N.D.T.: ce qui constitue un total de 5.467 dentistes pour 5.100.000 habitants, donc un dentiste pour 933 habitants!). Le changement le plus significatif dans le modèle est que les étudiantes ont maintenant surpassé en nombre les étudiants, dans les facultés dentaires.

II Politique générale

a. Condition de santé générale

Les caries sont en augmentation chez les enfants en âge préscolaire après plusieurs années de régression. L'explication n'est pas bien établie. Une hypothèse est que les jeunes parents d'aujourd'hui considèrent la santé dentaire comme acquise et n'y font guère attention. Une autre, que les ménages où les adultes ont chacun une carrière professionnelle sont trop occupés et ainsi négligent cet aspect des soins chez l'enfant.

c. Conditions d'emploi

Le taux de chômage des dentistes est pratiquement inchangé. 4,5% en novembre 92 - pour les dentistes masculins, ce taux est de 2,2% et pour les femmes, 6,8%. Le chômage est concentré à Copenhague et Arhus.

C.H.

Grèce - Hellenic Dental Association

2. Les séminaires de formation continue ont été poursuivis sous la responsabilité de l'A.D.G. et en coopération avec les professeurs des deux Ecoles Dentaires, d'après la loi qui prévoit l'assistance obligatoire à 80 heures de cours par cinq années pour tous les dentistes.

3. L'A.D.G. a offert une clinique dentaire mobile et moderne. Ainsi, l'examen dentaire de milliers d'enfants à l'école primaire est devenu possible, principalement ceux vivant dans les zones écartées ou montagneuses de notre pays, régions qui généralement manquent de dentistes. De plus, par ce biais, nous pouvons maintenant archiver les constatations et assurer la délivrance de soins dentaires aux enfants dans les cas urgents.

8. L'A.D.G. a réussi - après plusieurs années d'efforts - à réduire d'environ 15% le nombre d'étudiants acceptés annuellement dans les deux Universités Dentaires.

C.H.

Royaume-Uni - British Dental Association

6. Le Gouvernement a fait savoir qu'il considèrera la possibilité d'introduire une formation continue obligatoire, mais y voit un nombre de problèmes pratiques, dont le moindre n'est pas la conformité aux directives de la Communauté Européenne.

7. A partir d'octobre 93, il y aura une obligation d'exécuter un stage professionnel d'un an avant l'autorisation de pratiquer dans le NHS. Il y a eu un arrangement en fait volontaire et presque unanime depuis plusieurs années.

C.H.

Loi d'établissement

Le 1^{er} janvier 1993, la nouvelle loi sur les structures de santé est entrée en vigueur avec de graves conséquences pour les dentistes.

Le libre accès au traitement des patients dans le cadre de la sécurité sociale a été limité. Si, dans une région, on atteint un taux de 1 dentiste pour 1.580 habitants (1.280 dans les régions à forte densité de population), un nouveau dentiste n'est pas autorisé à traiter les patients des caisses de maladie.

Sans un tel droit, un dentiste ne peut survivre car 90% de la population est assurée dans le cadre de la sécurité sociale. Environ 30% de la population allemande vit dans les régions soumises à ce blocage. Dans ces régions, les dentistes ne peuvent céder leur cabinet comme ils le veulent. L'admission d'étudiants n'est pas limitée. Par ailleurs, les tarifs d'honoraires pour les prothèses dentaires et les traitements d'orthodontie ont été réduits de 10%. Les autres prestations sont remboursées selon certaines limites. Le budget a été limité au montant des dépenses par assuré de 1991, augmenté de 5% en 1992 et de 3% en 1993.

La loi impose également au dentiste de renouveler gratuitement les obturations et les prothèses pendant une période de deux ans.

Les dentistes tentent dans la mesure du possible d'attirer l'attention sur les conséquences de cette loi. Le blocage des installations est contesté en tant qu'intervention anticonstitutionnelle, sur la base du libre exercice de la profession. Les dentistes espèrent que, dans cette perspective, la loi sera annulée par les tribunaux.

Quant aux baisses d'honoraires, elles seront compensées par des accords avec les patients, qui paieront la différence. En même temps, les prestations seront réduites pour éviter de sortir des limites budgétaires.

Pour ce qui est des prestations soumises à une "garantie", elles ne seront plus facturées aux caisses de maladie, mais mises à charge du patient, sans garantie. Cette attitude des dentistes a déjà produit ses effets sur l'attitude de certaines caisses de maladie, qui se sont montrées disposées à des accords selon lesquels le dentiste ne serait pas tenu à accorder sa garantie lorsqu'il n'y a pas de faute. ■



À la soirée d'accueil, les Français Eugène Saint-Eve, président du Conseil de l'Ordre des dentistes, et Jacques Monnot, past-président de la Confédération des syndicats dentaires, entourant Jean-Claude Duriau et son épouse.

Ambiance détendue au cours de la soirée d'accueil : notre président a fait découvrir aux délégations présentes son interprétation du "Petit jeune homme de Binche".



Histoire de quittance et de tiers-payant...

L'arrêté royal du 19 août 92, signé par le ministre Moureaux, alors ministre des Affaires Sociales, régleme l'application du système du tiers-payant.

Une des dispositions de cet arrêté royal précise en son 5^o, par.2, que : "Sauf si les accords visés au titre III, chapitre 4, de la loi du 09 août 63 prévoient d'autres modalités, le prestataire de soins est tenu de délivrer au bénéficiaire au moment de la consultation ou de l'acte, ou au plus tard au moment où il établit l'attestation de soins à l'intention de l'organisme assureur si l'attestation couvre plusieurs prestations, une quittance ou note d'honoraires mentionnant le montant qui doit être pris en charge par le patient et montant qui doit être pris en charge par l'organisme assureur"

L'exercice du tiers-payant oblige donc légalement le prestataire de soins à l'établissement et à la délivrance de cette "quittance ou note d'honoraires".

L'arrêté royal en question n'en dit pas davantage quant à la forme que doit prendre cette quittance. Il en précise par contre le contenu: montant pris en charge par le patient d'une part, montant pris en charge par l'organisme assureur d'autre part.

Les contrats "tiers-payant" adressés par le "collège intermutualiste national" contiennent généralement un exemple de ce document, intitulé "reçu pour exécution de la convention du système tiers-payant", et livré en annexe 2 à la convention.

Le prestataire de soins se trouve dès lors confronté à plusieurs problèmes:

- le document du C.I.N. est-il un document officiel ?
- comment se fournir en pareil document ?
- la délivrance est-elle obligatoire, même en l'absence de perception du ticket modérateur ?

Répondre à ces questions demande une solide dose de bon sens d'abord, car les informations à ce propos restent entourées d'un halo de mystère et d'incertitude. Nous les avons cependant posées à Mr Loge, secrétaire du C.I.N., qui, avec beaucoup de

bonne volonté, n'a pu apporter que des réponses provisoires.

1^o Le document annexé aux contrats de tiers-payant est un exemple de document, pouvant être utilisé pour remplir l'obligation légale imposée par l'arrêté-royal du 19.08.93.

Le prestataire peut créer son propre modèle pour autant qu'il contienne les informations obligatoires quant aux montants (voir ci-dessus).

Je signale, au passage, que vous pouvez recevoir votre contrat daté du 01.04, bien après cette date. Nous avons convenu de cette façon de faire pour permettre à ceux qui étaient en règle au 1^o avril de se retrouver contractuellement en règle à cette même date, malgré les problèmes logistiques auxquels ont dû faire face les services du C.I.N.

2^o En ce qui concerne l'approvisionnement, le prestataire doit s'en charger lui-même, selon sa meilleure convenance...

3^o Enfin, la délivrance de ce document est obligatoire, puisque cela est clairement écrit dans l'arrêté-royal.

L'esprit de ce document étant de rendre le patient conscient du "coût social" des soins qu'il a reçus, il semblerait dès lors logique - c'est mon sentiment personnel - de remettre ce document même en l'absence de perception d'un ticket modérateur, le montant pris en charge par l'assurance maladie étant alors indiqué...

Quel sera le sort réservé, dans les faits, à cette bien lourde tâche ? Seul l'avenir nous le dira. Seul l'avenir nous dira également si l'application de cette obligation fera l'objet d'un contrôle, voir de sanctions éventuelles en cas de non-respect, ou si tout cela n'est que du vent...

Hubert J.M.
Secrétaire Général

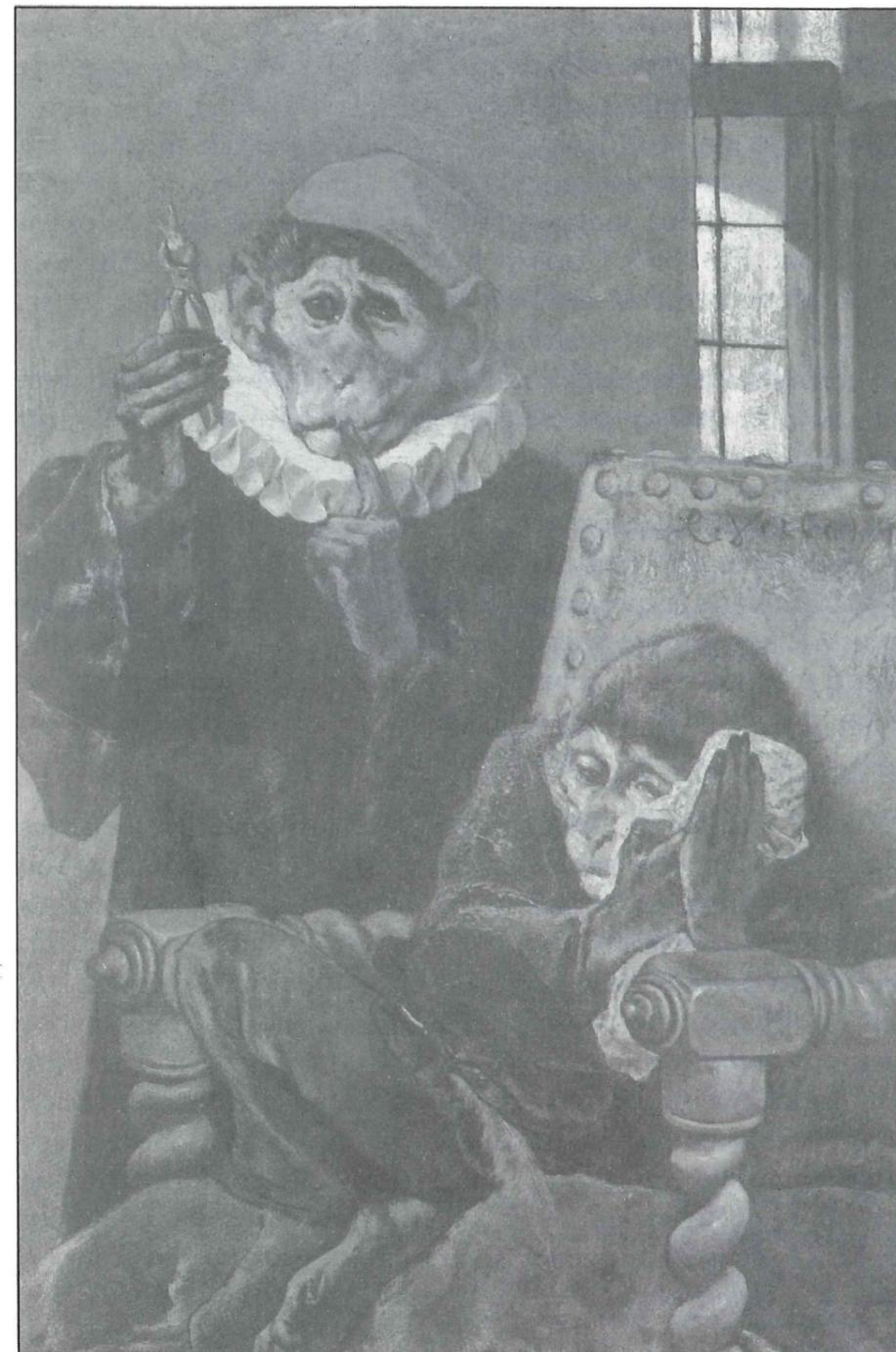
Le XIX^e siècle

(suite et fin)

C'est en 1864 que le premier tour mécanique fit son apparition, mis au point par Harvinton; il fonctionnait, lui aussi, avec un mouvement d'horlogerie, dont le mécanisme était remonté à l'aide d'une clef; enfin, en 1870, apparut le tour à pied, mis au point par Morrison; ce modèle servit jusqu'en 1950 dans certains cabinets de campagne, et, encore plus près de nous, dans des cabinets mobiles, installés dans les camions de l'armée pendant la guerre d'Algérie (1954-1962) (à ce sujet, il faut remarquer que ces témoignages ne sont pas toujours bons car les patients ont facilement confondu le tour à pied et le tour à potence électrique, qui se commandait par une pédale). En 1890, le tour électrique Williamson fit son apparition, soutenu par une potence en 1900, puis fixé au mur en 1904.

Les dentistes vendaient encore des eaux dentifrices, élixirs et fioles de toutes sortes aux noms exotiques évocateurs comme « secret indien », « poudre du Paraguay » ou encore « trésor buccal des Chinois »; on peut citer également le sirop de Delabarre, le baume de Préterre, l'essence de Moitier, l'élixir de Paraguay-Roux, la créosote de Billard ou l'eau de O'Meara. A la fin du siècle, les médicaments modernes, grâce aux progrès de l'industrie pharmaceutique, commencèrent à faire leur apparition (Antipyrine 1884, Aspirine 1895).

C'est également au cours de ce siècle que l'anesthésie allait être mise au point et faire des progrès décisifs jusqu'à sa généralisation. C'est un dentiste qui inventa l'anesthésie ou analgésie générale, qui va révolutionner l'exercice de la médecine et, bien sûr, celui de la dentisterie. Elle mérite qu'on en fasse l'historique: en 1818, Faraday étudie l'éther, qui a les mêmes propriétés que le protoxyde d'azote, ce qui amène W.E. Clarke à faire en 1842 une première anesthésie générale. Le 10 décembre 1844, Horace Wells, dentiste à Hartford (Connecticut, USA), assiste à une démonstration de gaz hilarants chez Colton qui, le soir, après sa journée de consultations de médecine, faisait des expériences dans son laboratoire; un sujet bénévole, Cooley, se blesse tout en remuant et en riant: il ne souffre pas du tout. Le lendemain, H. Wells se fait extraire une dent sous



■ Charles Verlat (1824-1890)
Le Dentiste.
Signé et daté 1879.
École belge.
Musée Royal des Beaux-Arts.
Anvers.
Héritage des singeries du
XVII^e siècle.

l'effet du gaz par John M. Riggs (1811-1885). En 1845, Wells fit une expérience publique à Boston au General Hospital of Massachusetts, mais sans succès. En 1846 son élève William Thomas Morton (1819-1868) échoue avec l'éther sulfurique, mais il y croit tout de même et arrive à convaincre son confrère J. Collins Warren, chirurgien à Boston, qui, avec Hayward et Bigelow, réussit la première intervention de chirurgie sous anesthésie générale. En 1847, ce sont les propriétés du chloroforme, découvert par Jean-Baptiste Dumas, fabriqué par Soubeyrou, qui furent utilisées par J. Simpson à Edimbourg. En 1857, J.B. Francis propose une anes-

thésie par courant galvanique et l'appareil est mis au point par Georges en 1858. Colton adopte en 1863 l'anesthésie au protoxyde d'azote et améliore cette technique, puisqu'en 1877 il fait 97 oronesthésies sans un seul décès. En 1866, Préterre fait sa première anesthésie selon cette technique à l'hôpital Saint Antoine à Paris. Paul Bert (1833-1886) mélange 50 % d'oxygène à 50 % de protoxyde d'azote. En 1894, Carlsen introduit le chlorure d'éthyle et Redard l'adopte la même année pour l'utiliser sous forme de jet. L'anesthésie locale par infiltration est inventée à partir de la cocaïne (Wackenroder 1853 – Mac Logan 1857 - Ritter von Schroff 1862) et utilisée par Koeller en 1884. Enfin, en 1890, on emploie les dérivés de la cocaïne.

Les seringues hypodermiques sont inventées en 1827 par Neuwarf et améliorées en 1853 par Pravaz; puis, en 1882, le verre fait son apparition dans la fabrication des seringues (Debove). Mais les inventeurs de la première anesthésie furent très malheureux: Wells, reprochant à Morton de s'approprier la paternité de l'invention, se suicida en janvier 1848; Morton fit de même, reprochant à Jackson de ne pas le citer dans ses articles sur l'anesthésie.

Pour les extractions, les dentistes remplacent petit à petit les clefs par les daviers, plus anatomiques; c'est l'Américain Cyrus Fay qui fabrique les premiers daviers en 1826; puis, à Londres, l'Anglais John Tomes et son collaborateur français J.M. Evrard (1800-1882), qui avait été ouvrier chez le fabricant d'instruments Charrière, fabriquent et diffusent des daviers dès 1840. En France, nous savons par Gariot qui employa le premier en 1805 un élévateur d'un type nouveau (la langue de carpe) cité dans son *Traité des maladies de la bouche*, qu'il utilisait également des clefs pour extraire; mais on rapporte que Guéniot, interne à l'hôpital Lariboisière, affirmait que Préterre lui avait appris en 1854 à remplacer la clef par le davier américain. Thomas Bell invente une nouvelle forme d'élévateur en 1829 qui devint très populaire; W. Fitkin l'améliore en 1861.

...

En prothèse mobile ce siècle voit s'accomplir de très gros progrès: Maury invente en 1820 le porte empreinte en bois, qui devint métallique en 1846, et Stents met au point une pâte à empreinte. Les dents en porcelaine sont améliorées par Fonzi (1768-1840) et les usines Cl. Ash, à Londres, fabriquent les premières dents artificielles de façon industrielle; pour améliorer les osonores (1847), Delabarre fait des prothèses en gutta percha (*Sapota Mulleri*) (1850), puis la mélange avec du soufre et du vermillon (corallite, 1854). De son côté, Charles Goodyear avait en 1840 vulcanisé du caoutchouc (vulcanite) que Ninck utilisa dès 1854. On utilise éga-

lement le celluloid (Mac Intosh, 1859) entre 1860 et 1890; ce matériau fut abandonné et repris entre 1925 et 1930 et de nouveau abandonné. L'or estampé fut également utilisé. Enfin, on se servit aussi de la porcelaine: E. Dunn fait en 1867 la première prothèse totale intégralement en porcelaine avec le procédé de Duchâteau et Dubois de Chemant.

En prothèse fixe, le XIXe siècle voit la création des ponts ou bridges (James Gardette, 1810 - Dwinelle, 1856 - Richmond, 1880), et des dents à tenon (Delabarre puis Gariot, 1805 - Maggiolo, 1807 W.H. Dwinelle, 1854 - Richmond, 1880 - Logan 1885).

En matière de soins, c'est au XIXe siècle qu'apparaît l'amalgame dentaire (vulgairement appelé plombage) avec W.H. Pepys (1805), Ch. Bell (1819), Louis Régnart (1819) qui en parle dans son *Mémoire pour un nouveau moyen d'obturation des dents* (il améliore l'amalgame de Darcet) et Taveau (1826); mais c'est G.V. Black (1836-1913) qui, en 1895, donne la formule du mélange stable, proche de celle utilisée aujourd'hui. B. Wood introduit, en 1862, les premiers inlays en porcelaine; Jonas Bruck (1823-1883) utilise le premier galvanocautère (pointes de feu électriques) en 1856, Taft l'air chaud pour sécher et S.C. Barnum (1838-1885) la digue en caoutchouc. Witzel pratique en 1872 la dévitalisation partielle ou pulpotomie. Walkhoff invente en 1891 une pâte désinfectante pour les canaux, Spooner en 1840 la dévitalisation à l'arsenic (anhydride arsénieux).

Farrar (1839-1875), de Brooklyn (USA), est le père de l'orthodontie moderne.

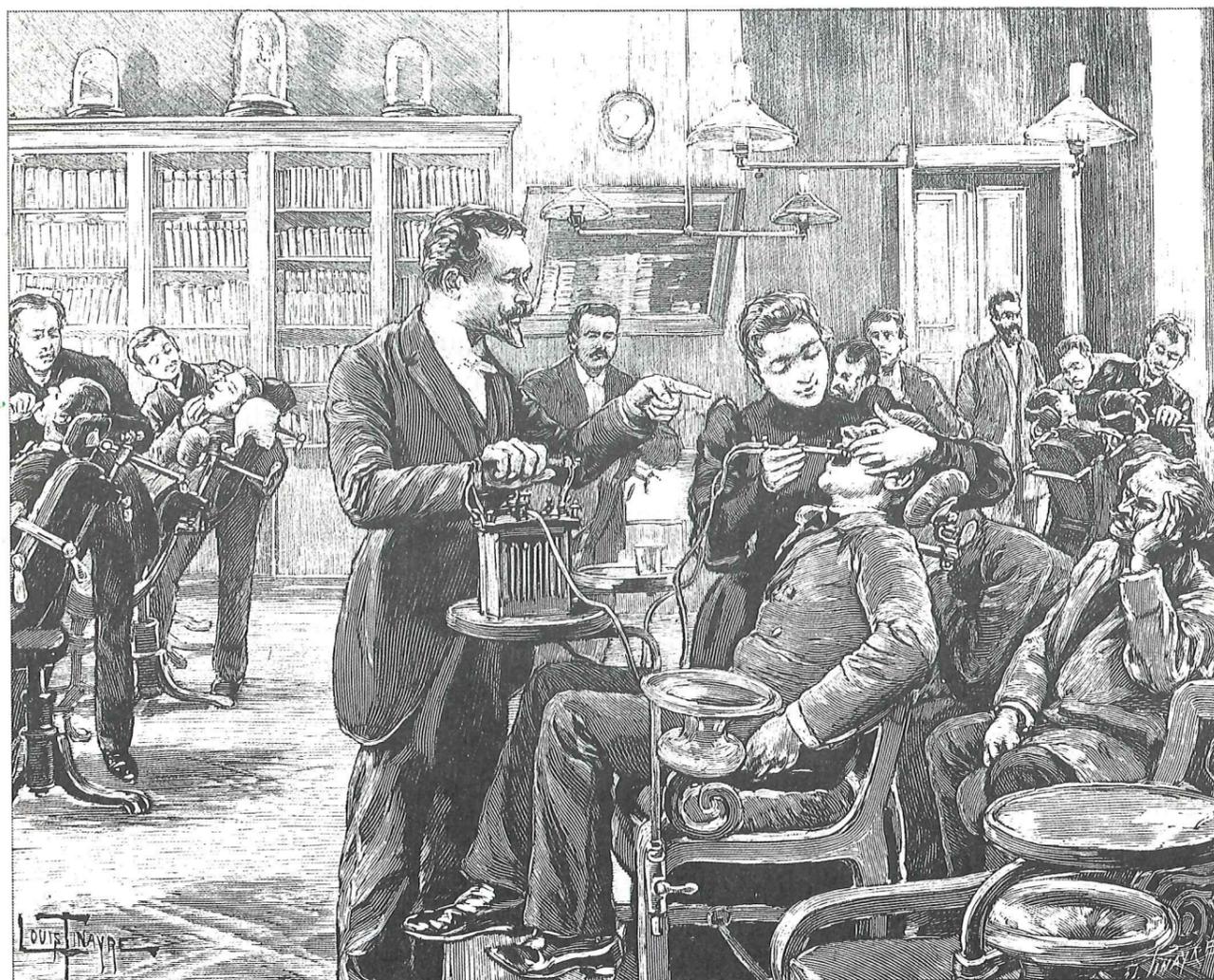
Rontgen (de Wurtzburg) découvre les rayons X en 1895; Charles Godon et Richard Chauvin réalisent des radiographies de maxillaires faites en France, en 1897; alors que la première radiographie dentaire est faite par Walkhoff le 25 novembre 1895; il est suivi par Ed. Kells, W.J. Morton (1846-1920) et Ch. Alex Clarke (1860-1939).

Ainsi, nous pouvons faire le constat des énormes progrès que le XIXe siècle a apporté à la dentisterie. ■

Extrait de «L'Art dentaire à travers la peinture»
par Armelle et Pierre Baron
ACR ÉDITIONS – VILO

Nous terminons ici la publication d'extraits du très intéressant ouvrage d'Armelle et Pierre BARON «*L'Art dentaire à travers la peinture*».

Ceux qui souhaiteraient se procurer ce magnifique volume peuvent en faire la demande auprès de notre secrétariat.



Louis Tinayre (1861-?)
Clinique de l'École dentaire.

Gravure. Musée National de l'Éducation, Mont-St-Aignan.
Certainement première représentation de l'enseignement à l'École dentaire de Paris.



FDI

Déclaration de principe sur le virus d'immuno-déficience humaine (VIH), le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) et l'odontologie.

Version révisée - Août 1992

1.0 Introduction

1.1 La Fédération Dentaire Internationale (FDI) reconnaît l'importance des maladies infectieuses dans l'exercice de l'odontologie en fonction de deux problèmes spécifiques :

1.1.1. Il appartient au chirurgien-dentiste de dépister les maladies infectieuses et d'adapter des modes de traitement en conséquence.

1.1.2. Il appartient au chirurgien-dentiste de prévenir la transmission des maladies infectieuses pendant ou à la suite d'un traitement dentaire.

1.2 La FDI reconnaît l'importance du virus d'immuno-déficience humaine (VIH) et de sa séquelle, le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) dans tous les aspects de l'exercice de l'odontologie.

1.3 La FDI endosse les principes de prévention de la transmission du virus VIH comme le stipule ce document.

1.4 La FDI reconnaît qu'il faut maintenir et intensifier au niveau le plus élevé la coopération entre les professions médicale et dentaire pour parvenir à des soins de santé optimum pour les individus séropositifs par le VIH.

2.0 Description du virus d'immuno-déficience humaine (VIH) et du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)

2.1 Premier diagnostic du virus d'immuno-déficience humaine (VIH) et du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)

Le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) a été identifié pour la première fois en 1980-1981. Le virus responsable a été isolé en 1983 et désigné comme le virus d'immuno-déficience humaine (VIH) en 1986.

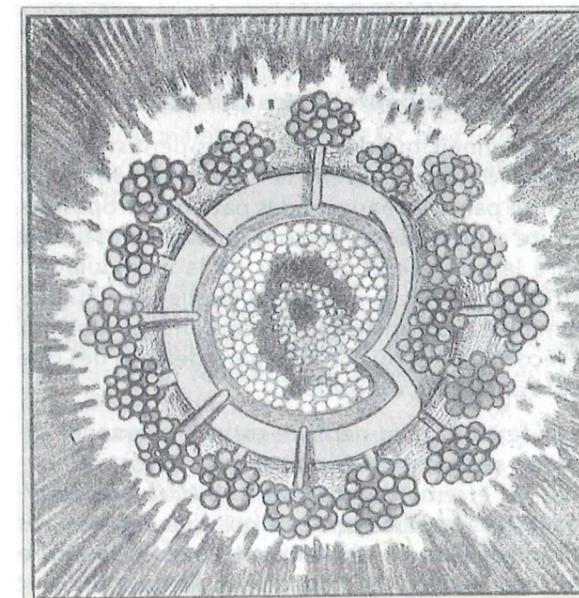
Les individus exposés au virus VIH peuvent contracter le virus après une période maximum de six mois et développeront des anticorps au virus VIH, devenant ainsi séropositifs. Les symptômes globaux caractérisant le SIDA peuvent ne pas apparaître pen-

dant quelques années, la durée moyenne étant de onze ans après l'infection. Pendant cette période, les individus séropositifs sont asymptomatiques, mais ils sont infectieux.

Au fur et à mesure de la progression de l'infection par le VIH vers les SIDA, l'immuno-déficience évolue. Le SIDA est caractérisé par des infections opportunistes avec des symptômes aberrants, provenant d'un danger progressif au système immunitaire.

2.2 Transmission de l'infection par le VIH

Le virus se transmet par les fluides et les tissus du corps des personnes infectées. Ceux-ci comprennent le sang, les produits sanguins contaminés, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales. La salive peut contenir des traces de sang, mais la salive à elle seule n'a pas été impliquée dans la transmission de l'infection par le VIH. Le virus doit pénétrer dans le corps du nouvel hôte pour s'y établir, d'ordinaire par une lésion ou une abrasion. La majorité des cas proviennent de rapports sexuels sans préservatifs ou de l'utilisation de la même aiguille transmettant un sang infecté. Elle peut également provenir parfois d'une blessure ou une abrasion parentérale.



2.3 Prévention de la transmission de l'infection par le VIH

La transmission par le sang ou par la salive contaminée avec du sang inquiète les chirurgiens-dentistes et leurs assistants cliniques. La prévention de la transmission de tous les organismes infectés en exercice dentaire, y compris l'infection par le VIH, se fonde sur l'adoption à titre de routine de principes sains pour contrôler l'infection.

- Il existe des Directives pour la prévention de la transmission de l'infection par le VIH et d'autres agents infectieux en exercice dentaire. (1.2.)

- Des informations sur le virus d'immuno-déficience humaine (VIH) et le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) figurent à l'Annexe A.

3.0 Méthodes de contrôle de l'infection

3.1. Prévention de la transmission de l'infection au cabinet dentaire

La FDI reconnaît qu'il appartient aux chirurgiens-dentistes de comprendre et d'utiliser des mesures effectives de contrôle de l'infection pour empêcher la transmission de l'infection pendant les actes odontologiques :

- a) des patients infectés aux autres patients;
- b) des patients infectés au chirurgien-dentiste ou au personnel clinique.
- c) du chirurgien-dentiste ou du personnel clinique infectés aux patients ou à d'autres chirurgiens-dentistes ou personnel clinique.

3.2 Précautions universelles

La FDI reconnaît que les procédures de contrôle de l'infection au cabinet dentaire doivent être fondées sur la supposition que tout patient dentaire peut être infectieux, même s'il paraît être sain. Des protocoles établis pour prévenir la transmission de l'infection doivent être appliqués pour tous les cas de procédures cliniques. Cette méthode de contrôle de l'infection est appelée précautions universelles*.

* Les directives pour les précautions universelles sont disponibles (1).

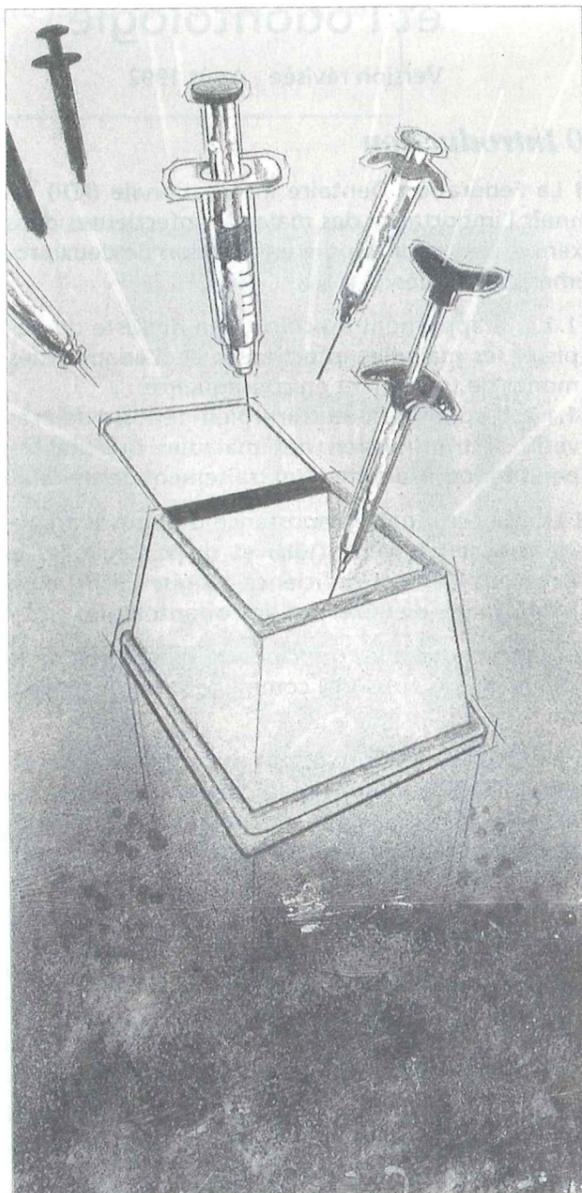
3.3 Blessure accidentelle des cliniciens*:

La FDI reconnaît que les chirurgiens-dentistes et le personnel clinique courent le risque de contracter l'infection par le VIH auprès des patients séropositifs à la suite d'un épisode de contamination**. Il faut prendre le plus grand soin lors de la manipulation d'instruments contaminés, en particulier les aiguilles contaminées. Les instruments contaminés doivent être décontaminés ou correctement détruits dès que possible après leur utilisation.

* Si le chirurgien-dentiste ou son personnel clinique se sont blessés par un instrument qui aurait pu être contaminé par le VIH, il faut appliquer aussi rapidement que possible des mesures prophylactiques. Notamment, laver la blessure et la laisser saigner, appliquer un antiseptique et

s'il peut s'agir d'une infection par le VIH, il faut recourir à une utilisation prophylactique des médicaments appropriés, tels que l'Azidothymidine. L'efficacité de ces précautions n'a pas été établie.

** On définit un épisode de contamination spécifiquement comme un oeil, une bouche, une autre membrane muqueuse, une peau non intacte ou un contact parentéral avec du sang ou d'autres fluides du corps potentiellement infectés.



3.4 Enlèvement des déchets contaminés

La FDI reconnaît qu'une partie intégrale du contrôle de l'infection est de se débarrasser correctement des instruments contaminés, afin de ne pas faire courir le risque d'infection aux personnes qui manipulent les déchets contaminés. Les déchets contaminés doivent également être détruits de manière à ne pas présenter de danger à la communauté; leur destruction doit être conforme aux règlements locaux.

4.0 Obligation pour le chirurgien-dentiste de traiter les individus séropositifs par le VIH

4.1 La FDI reconnaît que le chirurgien-dentiste doit assurer un traitement dentaire aux individus qui sont séropositifs, notamment ceux chez lesquels l'infection a progressé vers le SIDA.

4.2 Les individus qui sont séropositifs, qui présentent le SIDA ou qui appartiennent à des groupes de la communauté reconnus comme étant à risque de devenir séropositifs, ne doivent pas se voir refuser le traitement pour ces raisons seules.

4.3 Il n'existe aucune raison connue empêchant un chirurgien-dentiste, lui-même en bon état de santé, physiquement et mentalement compétent, d'assurer un traitement, et qui utilise des procédures de contrôle de l'infection acceptées, de traiter des patients qui sont séropositifs ou qui ont le SIDA.

4.4 Le chirurgien-dentiste doit traiter, dans les limites de sa compétence et de son expérience, les patients qui sont séropositifs.

4.5 Par ailleurs, il est reconnu qu'à cause de la longue période de latence de l'infection par le VIH et de l'amélioration de la pharmacothérapie pour les individus séropositifs, les individus qui sont asymptomatiques, mais infectieux, peuvent jouir pendant de nombreuses années d'un genre de vie tout-à-fait normal, une fois la présence de l'infection par le VIH confirmée.

Ces patients requièrent des soins et des conseils bucco-dentaires satisfaisants pendant la période de latence, afin de minimiser les risques d'affections bucco-dentaires graves et d'en retarder l'évolution, alors que l'infection par le VIH progresse et évolue vers une immunosuppression et le SIDA.

4.6 Le chirurgien-dentiste a un rôle important pour dépister chez les individus séropositifs par le VIH les symptômes précoces de la maladie que l'on peut découvrir par l'examen de la cavité bucco-dentaire.

4.7 Malgré les principes visant à assurer un traitement à tous les individus qu'ils soient ou non infectieux, le chirurgien-dentiste peut refuser de traiter ou adresser ailleurs un patient, pour des raisons d'ordre clinique sur le caractère du traitement requis.

5.0 Antécédents médicaux

Les normes établies en exercice dentaire exigent que le chirurgien-dentiste obtienne l'anamnèse médicale complète de tout individu avant de commencer le traitement. (3,4)

L'objectif en est de déterminer toutes les affections à cause desquelles le traitement dentaire pourrait mettre la santé du patient en danger. Par ailleurs, dans le cadre de la protection de la santé du patient, rien dans ces Directives n'empêche le chirurgien-

dentiste de procéder à un test qui s'impose ou d'adresser le patient pour des tests appropriés, y compris, le cas échéant, des examens pour déterminer la contamination par le VIH ou tout autre examen nécessaire au traitement dentaire ou en prévision de celui-ci.

6.0 Responsabilité du patient séropositif par le VIH

La FDI reconnaît que lorsqu'un individu, venant pour un traitement dentaire, sait qu'il est séropositif par le VIH, il lui appartient d'en informer le chirurgien-dentiste. C'est pour la protection du patient, afin que le praticien sache que le système immunitaire est déficient et qu'il puisse planifier le traitement dentaire en conséquence.

7.0 Secret professionnel pour les informations sur les patients

La FDI reconnaît que tous les renseignements concernant les patients, notamment ceux provenant de l'anamnèse médicale et d'autres examens en rapport avec le traitement, doivent être considérés comme confidentiels. Ces informations peuvent être transmises sous le sceau du secret à d'autres praticiens dentaires ou médicaux, lorsque le patient est adressé pour examens, dépistage, traitement ou autres procédures analogues.

8.0 Traitement chirurgical

8.1 Le risque de transmission du VIH lors d'un traitement chirurgical

Compte-tenu du caractère de la transmission du VIH par le sang, la FDI reconnaît qu'un risque de transmission du VIH existe en présence de traitements dentaires chirurgicaux.

* On peut avoir à déterminer la contamination par le VIH chez un patient pour un certain nombre de raisons relatives au traitement dentaire. Parmi celles-ci, notons les informations pour le diagnostic des lésions bucco-dentaires, une infection persistante ou avant un acte chirurgical majeur lorsque l'état de l'immunité du patient est importante pour le résultat du traitement.

8.2 Définition

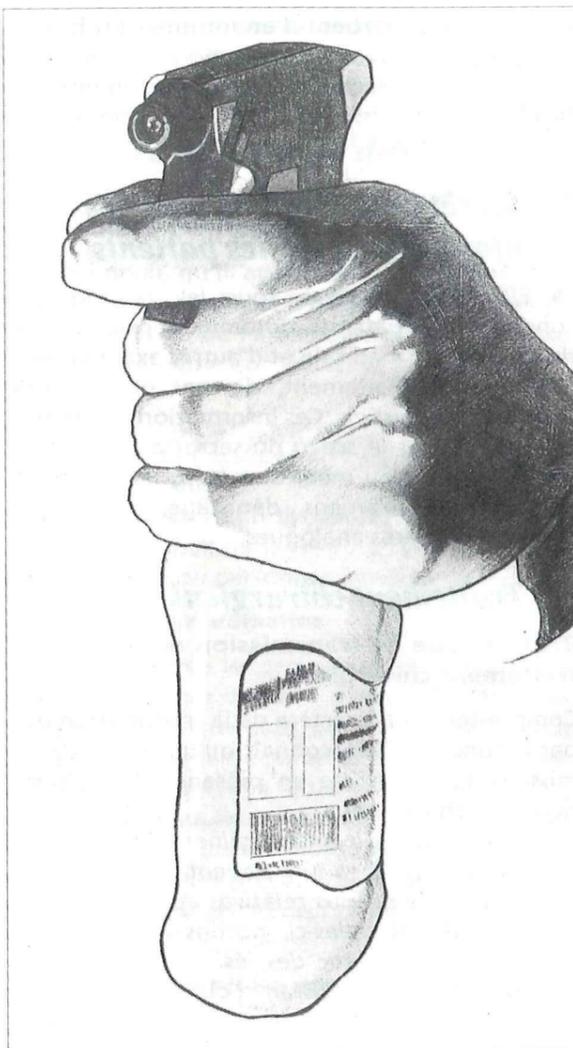
A cette fin, il est reconnu que la définition des traitements dentaires chirurgicaux est la suivante :

une intrusion chirurgicale dans les tissus, cavités, organes ou réhabilitation de lésions majeures associées à ce qui suit * :

- une salle d'opération, un service d'urgence ou de consultation pour patients ambulatoires, dont un cabinet dentaire;
- la manipulation, l'incision ou l'ablation de tout tissu bucco-dentaire ou périoral, incluant la structure dentaire, au cours desquels un sai-

gnement se produit ou pourrait éventuellement se produire;
 - l'administration de toute substance intraveineuse autrement que par l'intermédiaire d'un appareil à infusion établi ou l'obtention d'un échantillon sanguin pour examen, que celui-ci soit obtenu à partir d'un vaisseau ou par une simple piqûre de la peau.

* Adapté à partir de la définition élaborée par les Centres de Contrôle des maladies (CDC) (5).



9.0 Procédures prédisposant à une contamination

Certains traitements dentaires à caractère chirurgical sont considérés comme prédisposant à une contamination.(2)

Les traitements prédisposant à une contamination permettent au chirurgien-dentiste de se blesser pendant qu'il exécute un traitement, au cours duquel il est possible que le patient soit exposé au niveau cutané au sang du travailleur de santé.

Les traitements prédisposant à une contamination

comprennent la palpation digitale de la pointe d'une aiguille dans une cavité du corps ou la présence simultanée des doigts du travailleur de santé et d'une aiguille ou d'un autre instrument acéré dans un site anatomique peu visible ou très restreint. Exécuter des traitements prédisposant à une contamination présente un risque reconnu de blessure épidermique pour le travailleur de santé et si une telle blessure se produisait - le sang du travailleur de santé entrerait probablement en contact avec la cavité bucco-dentaire, les tissus sous-cutanés et/ou les membranes muqueuses du patient.(2)

10.0 Traitement dentaires préventifs et mesures de santé publique

La FDI reconnaît que l'application de traitements dentaires préventifs minimisera le besoin de traitement dentaire chirurgical et réduira les possibilités de transmission du VIH dans le cadre du traitement dentaire.

11.0 Dépistage du VIH chez le chirurgien-dentiste et son personnel

11.1 Risque d'infection par le VIH de sources autres que les tâches professionnelles

La FDI reconnaît que le chirurgien-dentiste, ses assistants cliniques, les étudiants dentaires et les auxiliaires dentaires qui exécutent des traitements dentaires chirurgicaux et dont on ne sait pas s'ils sont contaminés par le VIH, mais qui, à cause de facteurs n'ayant aucun rapport direct avec leurs tâches professionnelles, peuvent courir le risque d'être séropositifs par le VIH, doivent faire établir régulièrement par des tests la présence du VIH.**

** Un résultat d'anticorps positifs du VIH doit toujours être confirmé.

11.2 Risque de l'infection par le VIH émanant des tâches professionnelles :

La FDI reconnaît que pour le chirurgien-dentiste, ses assistants cliniques, les étudiants dentaires et les auxiliaires dentaires qui exécutent des traitements dentaires chirurgicaux, dont le seul facteur de risque de contracter le VIH est lié à leurs tâches professionnelles, un dépistage intermittent du VIH serait souhaitable. Lorsque la présence du VIH doit être déterminée pour le chirurgien-dentiste, ses assistants cliniques, des étudiants dentaires ou des auxiliaires dentaires, la situation concernant une compensation ou un différent poste ou profession n'incluant pas de traitements chirurgicaux ou prédisposant à la contamination doit être clairement comprise.

12.0 Cliniciens séropositifs par le VIH *

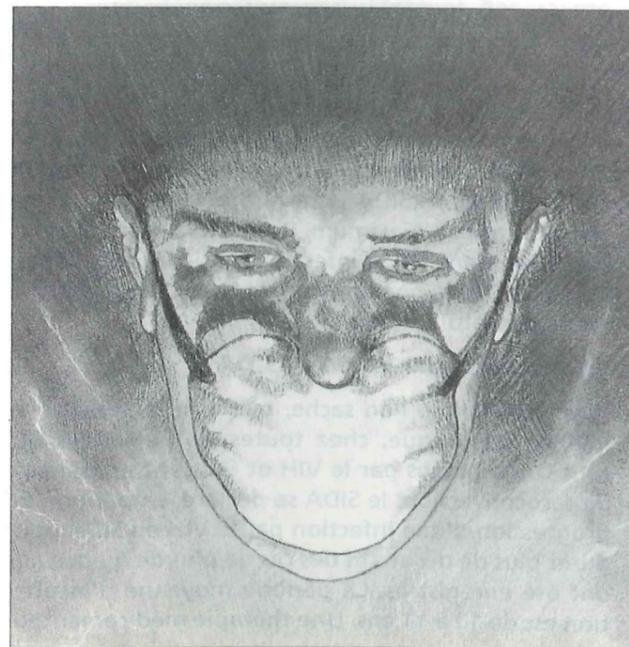
* Adapté des recommandations des Centres du contrôle des maladies.(2)

12.1 Les informations disponibles ne recommandent en aucune manière l'interdiction de l'exercice par le chirurgien-dentiste, ses assistants cliniques, les étudiants dentaires ou les auxiliaires dentaires qui sont infectés par le VIH, des traitements chirurgicaux, à condition que ceux-ci ne soient pas définis comme prédisposant à la contamination (voir section 9.0), à condition toujours que les praticiens infectés travaillent selon des techniques dentaires recommandées et observent des précautions universelles, ainsi que des recommandations présentes du contrôle de l'infection.

12.2 Le chirurgien-dentiste, ses assistants cliniques, les étudiants dentaires ou les auxiliaires dentaires qui accomplissent des traitements prédisposant à la contamination doivent savoir s'ils ont des anticorps au VIH.

12.3 Le chirurgien-dentiste, ses assistants cliniques, les étudiants dentaires ou les auxiliaires dentaires qui sont infectés par le VIH ne doivent pas accomplir des traitements prédisposant à la contamination, à moins qu'ils n'aient demandé l'avis d'un conseil d'experts et aient été informés que dans les circonstances données, ils peuvent continuer ces traitements. Ces circonstances exigent la notification aux patients éventuels de la séropositivité par le VIH du travailleur de santé, avant qu'ils ne subissent des traitements chirurgicaux prédisposant à la contamination.

12.4 Le chirurgien-dentiste, ses assistants cliniques, les étudiants dentaires ou les auxiliaires dentaires qui pensent être infectés par le VIH, doivent obtenir aussi rapidement que possible un avis médical et se soumettre régulièrement à un contrôle médical lié à leur état.



13.0 Surveillance, épidémiologie et recherche

La FDI reconnaît que la profession dentaire doit directement participer à la documentation de l'épidémie du VIH en participant au système de surveillance de la santé bucco-dentaire de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

13.1 Les activités de surveillance de la santé bucco-dentaire de l'Organisation Mondiale de la Santé doivent être coordonnées par l'intermédiaire du Programme global de lutte contre le SIDA de l'OMS.

13.2 Les associations dentaires nationales doivent encourager une coopération entre les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et le groupe de travail mixte FDI/OMS sur le SIDA.

13.3 Un élément de santé bucco-dentaire doit figurer dans les études de recherche clinique, épidémiologique et de services de santé de l'infection par le VIH.

14.0 Education et promotion de santé

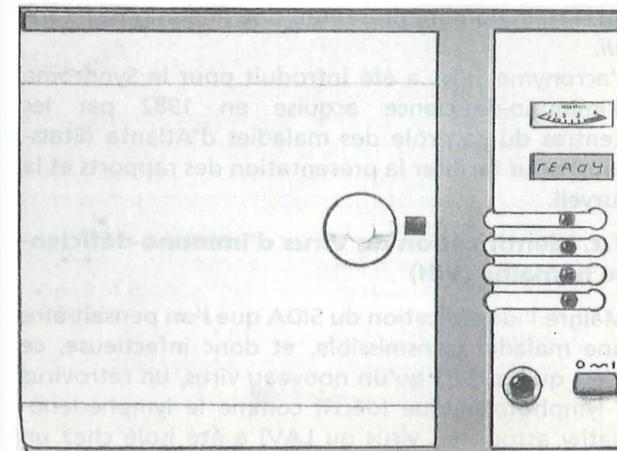
La FDI reconnaît qu'il est nécessaire de diffuser des informations sur tous les aspects de l'infection par le VIH et le SIDA à la profession dentaire et aux auxiliaires dentaires, ainsi qu'au grand public.

14.1 Les associations dentaires nationales doivent activement diffuser des informations à la profession sur le VIH, le contrôle de l'infection et l'importance des manifestations bucco-dentaires de l'infection par le VIH et du SIDA.

14.2 Les programmes d'études dentaires universitaires et post-universitaires doivent comprendre une formation en matière de reconnaissance, de diagnostic et de traitement des manifestations bucco-dentaires de l'infection par le VIH.

14.3 Les programmes d'études universitaires et post-universitaires doivent comprendre une formation en matière de contrôle de l'infection.

14.4 Les programmes de formation permanente sur tous les aspects de l'infection par le VIH doivent être



mis à la disposition de tout le personnel de santé bucco-dentaire.

14.5 les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires dentaires cliniques doivent savoir reconnaître les manifestations bucco-dentaires associées à l'infection par le VIH, s'être documentés sur les anamnèses médicales concernées et les modalités nécessaires pour adresser les patients à des soins médicaux appropriés.

14.6 Il faut encourager dans le monde entier une formation de personnel de recherche sur des méthodes appropriées de recherche épidémiologique, clinique et de services de santé portant sur l'épidémie par le VIH.

14.7 Le public doit être informé des mesures et des procédures de contrôle de l'infection qui sont prises pour assurer que les soins dentaires et bucco-dentaires ne présentent aucun risque pour le public

14.8 Le public doit être informé des types de lésions bucco-dentaires qui peuvent être associées à l'infection par le VIH.

ANNEXE A

1.0 Introduction

1.1 Le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) reconnu pour la première fois

Le terme Syndrome d'immuno-déficience acquise est utilisé pour décrire un groupe de symptômes et de signes qui, lorsqu'ils sont étudiés ensemble, caractérisent une maladie qui a été décrite et reconnue pour la première fois en 1981. Le rapport d'origine publié dans *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* concernait cinq jeunes homosexuels qui avaient été traités pour une pneumonie à *pneumocystis carinii* dans trois hôpitaux de Los Angeles, en Californie (Etats-Unis) entre octobre 1980 et mai 1981. (6) Peu après ce premier rapport, d'autres rapports parvinrent aux Centres du Contrôle des maladies des Etats-Unis pour un nombre croissant de cas du sarcome de Kaposi chez des homosexuels, dont un certain nombre présentait une pneumonie *P. carinii*.

L'acronyme SIDA a été introduit pour le Syndrome d'immuno-déficience acquise en 1982 par les Centres du contrôle des maladies d'Atlanta (Etats-Unis) pour faciliter la présentation des rapports et la surveillance.

1.2. Identification du Virus d'immuno-déficience humaine (VIH)

Malgré l'identification du SIDA que l'on pensait être une maladie transmissible, et donc infectieuse, ce n'est qu'en 1983 qu'un nouveau virus, un rétrovirus T-lymphotrophique (décrit comme le lymphadénopathie associée virus ou LAV) a été isolé chez un

patient lymphadénopathe par des chercheurs français (7). Quelques mois plus tard, des savants américains ont isolé un virus lymphotrophique d'une cellule T de type III (décrit comme HTLV III) chez un patient sidéen et on a ensuite trouvé que ces deux virus étaient essentiellement semblables.

En mai 1986, un sous-comité international du Comité international de la Taxonomie des virus l'a appelé le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH). (6)

1.3 Anticorps au VIH

Une fois le VIH identifié, des techniques ont été mises au point pour détecter les anticorps du VIH. La présence d'anticorps du VIH indique une infection par le VIH; la personne avec des anticorps positifs du VIH (séropositive) peut transmettre le virus. L'évolution des anticorps (séroconversion), à la suite d'une contamination par le VIH peut être repoussée jusqu'à six mois.*

Pendant cette période bien qu'aucun anticorps du VIH ne puisse être détecté, ces personnes peuvent transmettre le VIH. Les examens des anticorps existent depuis 1985.

* On connaît des cas où la séroconversion a été retardée de trois ans.

1.4. La transmission du VIH

Chez une personne infectée, le VIH peut être isolé dans les lymphocytes du sang, dans les cellules de la moelle osseuse, dans le plasma dépourvu de cellules, le sperme, l'urine, le lait maternel, les larmes, la salive, les sécrétions vaginales, les ganglions lymphatiques, le liquide céphalo-rachidien, les tissus cérébraux et - d'une très grande importance pour les chirurgiens-dentistes - dans les tissus pulpaire, cependant ces tissus n'ont pas tous été impliqués dans la transmission du VIH.

On sait que le VIH se transmet par contact sexuel ou par du sang ou des produits sanguins infectés.

Le virus doit entrer dans le corps du nouvel hôte pour s'y établir. Lorsque le VIH est transmis par contact sexuel, il est vraisemblable que d'autres maladies vénériennes sont également présentes. (9)

Une fois contaminé par le VIH, l'évolution des anticorps du VIH (séroconversion) peut prendre six mois et l'évolution en SIDA peut n'intervenir que quinze ans plus tard au maximum. Pendant la période entre l'établissement d'une infection par le VIH et l'évolution en SIDA, la personne infectée restera probablement asymptomatique.

1.5 Infection par le VIH et SIDA

Pour autant que l'on sache, même si la période de latence est longue, chez toutes les personnes qui sont contaminées par le VIH et qui sont en période de séroconversion, le SIDA se déclare. La période de progression d'une infection par le VIH en SIDA peut durer plus de dix ans et des cas de plus de quinze ans ont été enregistrés. La période moyenne d'incubation est de 10 à 11 ans. Une thérapie médicamenteuse

se visant à retarder la progression d'une infection par le VIH en SIDA a été employée, mais à cause des frais élevés qu'elle entraîne, elle a été limitée.

Pendant la période suivant la séroconversion, les patients sont généralement asymptomatiques et il semble que cela n'entraîne aucune lésion de leur système immunitaire. Ce n'est que lorsque le système immunitaire est atteint que le SIDA se développe. Le syndrome est caractérisé par une immuno-déficience et des infections opportunistes qui présentent une apparence atypique.

Les phases de la progression de la maladie sont présentées au Tableau 1.

2.0 Classification de l'infection au VIH*

* On connaît des cas où la séroconversion a été retardée de trois ans.

En 1986, les Centres du contrôle des maladies des Etats-Unis (CDC) ont recommandé de dresser une classification pour l'infection au VIH pouvant être utilisée dans les rapports de santé publique. (6,10) Les manifestations de l'infection au VIH sont classées en quatre groupes, de I à IV.

Groupe I : ce groupe comprend des patients avec des signes et des symptômes temporaires qui apparaissent au moment où, l'infection initiale par le VIH a été déterminée par les études de laboratoire ou peu de temps après. L'apparence clinique est celle d'un syndrome semblable à la mononucléose.

Groupe II : ce groupe comprend des patients qui ne présentent aucun signe ou symptômes de l'infection par le VIH. On peut établir une sous-classification des patients de cette catégorie selon les examens du sang et/ou si des tests de laboratoire immunologiques ont été faits et si les résultats sont anormaux, rappelant les symptômes de l'infection par le VIH.

Groupe III : ce groupe comprend des patients avec une lymphadénopathie persistante et généralisée, mais sans résultats qui pourraient mener à une classification dans le groupe IV. Les patients de ce groupe peuvent être classés selon des examens de laboratoire similaires à ceux du groupe I.

Groupe IV : ce groupe comprend des patients avec des signes et symptômes cliniques de l'infection par VIH autres que ceux de la lymphadénopathie. Les patients de ce groupe sont assignés à un ou plusieurs sous-groupes basés sur des résultats cliniques (Tableau 1). Dans le sous-groupe C, les patients sont encore divisés en deux catégories :

Catégorie C-1 : celle-ci comprend des patients avec une maladie symptomatique ou déclarée due à l'une des douze maladies infectieuses secondaires spécifiées figurant dans la définition du contrôle du SIDA (Tableau 2).

Catégorie C-2 : celle-ci comprend des patients avec une maladie systémique ou déclarée due à l'une des six maladies infectieuses secondaires spécifiées : leucoplasie chevelue bucco-dentaire, zona multidermatomal, bactériémie récidivante Salmonella, nocardiose, tuberculose, ou candidose buccale (Tableau 3).

3.0 Prévention de la transmission du VIH en exercice clinique

La prévention de la transmission de l'infection par le VIH en exercice dentaire clinique exige l'adoption de principes clairs du contrôle de l'infection et d'exercice de routine d'un haut niveau d'hygiène personnelle et clinique.

Essentiellement, ces exercices interrompent la transmission du VIH des patients infectés soit à d'autres patients ou au personnel clinique par des procédures adéquates de stérilisation et de désinfection, et empêchent également les patients ou le personnel clinique d'entrer en contact avec le matériel infecté.

Les cliniciens doivent être conscients de la possibilité de transmission de tous les fluides du corps, notamment le sang, des personnes infectées par le VIH.

Des directives techniques en vue de la prévention de la transmission de la maladie dans le cabinet dentaire et pour un exercice clinique sans danger ont été rédigées. (1)

Tableau 1

CLASSIFICATION DE L'INFECTION VIH (10) *

Groupe I	Infection aiguë	Sympômes ressemblant à la mononucléose.
Groupe II	Infection asymptomatique	Confirmée par des examens de laboratoire indiquant des conditions conformes à une infection par le VIH.
Groupe III	Lymphadénopathie persistante et généralisée	Confirmée par des examens similaires à ceux indiqués pour le groupe II**.
Groupe IV	Autres maladies	
Sous-groupe A	Maladie de la constitution	
Sous-groupe B	Maladie neurologique	
Sous-groupe C	Maladie infectieuse secondaire	
Catégorie C-1	Maladies infectieuses secondaires spécifiées figurant dans la définition de contrôle pour le SIDA du CDC.	Les patients de la Catégorie C-1 ont des maladies déclarées ou symptomatiques dues à l'une des 12 maladies infectieuses spécifiées (Cf Tableau 2).
Catégorie C-2	Autres maladies infectieuses secondaires spécifiées.	Les patients de la Catégorie C-2 ont des maladies déclarées ou symptomatiques dues à l'une des 6 maladies infectieuses spécifiées. (Cf Tableau 3).
Sous-groupe D	Cancers secondaires	Comprend des patients dont la présentation clinique répond à la définition du SIDA. (Cf Tableau 2).
Sous-groupe E	Autres affections	

* Cette classification peut être revue

** Des examens hématologiques et de laboratoire peuvent indiquer la présence d'une infection par le VIH avant qu'elle ne soit prouvée par la présence d'anticorps du VIH. L'évolution des anticorps - la séroconversion - peut ne se produire que trois mois après la contamination par le VIH.

suite en page suivante...

Nos agents ont une telle idée de la vie qu'ils y consacrent toute la leur.

200 agents-conseils en assurance-vie.

Swiss Life (Belgium)



La vie et rien d'autre.

TABLEAU 2

Définition de l'OMS/CDC du Syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) (6)

Maladies n'indiquant que peu l'immuno-déficience cellulaire sous-jacente.

A. Infections dues à des protozoaires et helminthiques

1. Cryptosporidiose intestinale - cause d'une diarrhée pendant plus d'un mois.
2. Pneumonie à pneumocystis carinii.
3. Strongyloïdose, cause d'une pneumonie, une infection du système nerveux central ou une infection disséminée.
4. Toxoplasmose.

B. Infections mycosiques

1. Candidose provoquant une oesophagite (d'après un examen histologique ou microscopique d'une préparation mouillée prise de l'oesophage, ou d'une endoscopie ou des résultats d'une autopsie, de la substance blanche sur une base mucoale érythémateuse, mais non par culture uniquement)*.
2. Cryptococcose, cause d'une infection du système nerveux ou autre, ou d'une infection disséminée par-delà des poumons et des nodules lymphatiques.

C. Infections microbiennes

1. Mycobacterium avium intracellulare (M. avium complexe) ou M. kansaii, cause d'une infection disséminée par-delà des poumons et des nodules lymphatiques.

D. Infections virales

1. Virus cytomégalique, cause d'une infection des organes internes autres que le foie, la rate ou les nodules lymphatiques.
2. Virus de l'herpès simplex, cause d'une infection mucocutanée chronique ou pulmonaire ou du tractus gastro-intestinal (à l'exclusion de la bouche, de la gorge ou du rectum) avec des ulcères persistant plus d'un mois ou une infection disséminée.
3. Leukoencéphalopathie multifocale progressive.

E. Cancer

1. Sarcome de Kaposi
2. Lymphomes limités au cerveau.

F. Autres infections opportunistes avec test positif du VIH

En l'absence de toute maladie opportuniste, figurant aux sections A, B, C et D, n'importe laquelle des maladies suivantes est considérée comme indicative du SIDA, si le test du VIH est positif chez le patient.

1. Histoplasmosse disséminée (sur culture, histologiquement ou cytologiquement).
2. Candidose bronchiale ou pulmonaire.
3. Coccidiose, provoquant une diarrhée chronique.

G. Pneumonite interstitielle lymphoïdique chronique

H. Lymphome non-hodgkinien avec test positif du VIH

*Il a été démontré que la candidose bucco-dentaire était un symptôme précoce commun de l'évolution du VIH au SIDA. (8, 11)

TABLEAU 3

Maladies infectieuses secondaires spécifiques associées à l'infection par le VIH, Catégorie C-2

LÉSIONS BUCCO-DENTAIRES:

A. Leucoplasie chevelue bucco-dentaire

Observée chez les homosexuels hommes et non présente chez d'autres groupes à risque du SIDA. La plupart des patients [98 pour cent (6)] présentant une leucoplasie chevelue ont des anticorps au VIH.

B. Candidose buccale

La candidose buccale peut aider à prévoir la progression d'une infection par le VIH vers le SIDA et peut indiquer le développement d'une candidose oesophagienne. La candidose est un signe bucco-dentaire précoce d'immunodéficience dont les causes peuvent être autres qu'une progression d'une infection par le VIH. Une candidose buccale persistante chez un patient séropositif est une forte preuve de la progression de la maladie. (11)

AFFECTIONS GÉNÉRALES

B. Zona buccal multidermotomal

D'ordinaire le zona buccal (herpès zoster) est un dermatome unilatéral et simple. La cause du zona buccal est le virus de la varicelle - cause également de la maladie infantile. Des lésions multiples ou dermatomes chez un patient séropositif indiquent la progression de l'infection par le VIH vers le SIDA.

C. Bactériémie récidivante Salmonella

La salmonellose avec bactériémie ou septicémie est rare. Lorsqu'elle survient, c'est souvent en association avec une immuno-déficience marquée et chez un patient séropositif c'est une preuve de la progression de la maladie vers le SIDA.

D. Nocardiose

Les Nocardia sont des bactéries aérobiques filamenteuses de la terre capables de causer une nocardiose pulmonaire et systémique. L'infection nocardiale est rare sans immuno-déficience sous-jacente. Lorsqu'elle survient chez un patient séropositif, c'est une preuve probable de la progression de l'infection par le VIH en SIDA.

E. Tuberculose

Les maladies mycobactériennes atypiques disséminées, dont la tuberculose, causée par le Mycobacterium avium intracellulare ou M. kansaii sont souvent associées à une personne séropositive et sont la preuve d'une progression d'une infection par le VIH en SIDA.

Jeunes dentistes, qui êtes-vous ...

Trop peu de réponses à notre questionnaire nous ont été envoyées à la suite de notre appel précédent. Nous insistons donc pour que les dentistes diplômés après 1985 prennent la peine (légère) de nous renvoyer les réponses à ce questionnaire afin de mieux orienter le travail de la commission des jeunes.

"COMMISSION DES JEUNES"

Les problèmes actuels des jeunes ne sont plus les mêmes que par le passé.

La crise économique, la pléthore des dentistes, rendent de plus en plus difficile les débuts dans notre carrière.

C'est pour cela qu'une commission de jeunes a été créée au sein de notre

Chambre Syndicale. Celle-ci a pour but de répondre au mieux, aux problèmes spécifiques que peuvent rencontrer les jeunes en début d'activité professionnelle.

Vous avez certainement déjà été sollicités par divers organismes "conseillers",

des "bons samaritains" (intervenants désintéressés).

Pour tout problème, n'hésitez pas à contacter un de nos membres qui s'efforcera toujours de vous aider dans un délai raisonnable.

Pour mieux cerner les problèmes actuels, nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce petit questionnaire, si vous êtes sorti après 1985, et nous le renvoyer anonymement.

Adresses de contact

- Commission des jeunes de la C.S.D.,
Bd.Tirou, 25/9, 6000 CHARLEROI
- DE GROOTE X., rue Rogier, 47, 7500 TOURNAI
- GILBERT D., rue du Travail, 67, 5000 NAMUR
- HUBERTY C., rue Henri Pirenne, 5, 4800 VERVIERS
- MUNNIX B., rue Neuve, 46, 4700 EUPEN
- VANNUFFEL T., rue des Orphelins, 5, 7130 BINCHE
- VAN HULLE E., rue E. Dumonceau, 55/1, 4040 HERSTAL

QUESTIONNAIRE

Année de sortie :

Université :

Année d'installation :

ACTIVITÉ ENTRE SORTIE UNIVERSITÉ ET INSTALLATION

Service militaire

Remplacement

Groupe

Clinique

Autre :

Autre :

MODE D'ACTIVITÉ ACTUEL

Privé

Clinique

CONVENTIONNÉ :

OUI

NON

LIEU D'INSTALLATION : VILLE DE PLUS DE ...

100.000 hab.

10.000 hab.

50.000 hab.

Campagne

PRATIQUE DU TIERS-PAYANT

OUI

NON

Pourquoi ?

MONTANT DE VOTRE DERNIER CHIFFRE

D'AFFAIRES

BRUT :

FB

Nombre de patients par semaine :

Nombre de prestations par semaine :

Nbre Confrères dans un rayon de 5 km :

FINANCEMENT DE L'INSTALLATION

Prêt bancaire

Financement familial remboursable

Financement familial non remboursable

Remarque :

Prothèses : Test-Achats persiste

Voici ce qu'a publié Test-Achats dans son numéro de juillet-août, suite aux réactions à son article "Coûteux détours".

De nombreux praticiens nous ont signalé avoir suivi notre conseil de résiliation d'abonnement. Ce conseil reste bien entendu d'actualité pour ceux qui auraient hésité jusqu'ici à prendre cette décision.

Dent

pour dent

Avec notre écho consacré aux prothèses dentaires (TAM 354, p. 2), nous avons réveillé une querelle déjà ancienne. Elle oppose la majorité des dentistes à certains prothésistes dentaires, à propos de la législation belge qui réserve aux dentistes le droit de placer les prothèses, quelles qu'elles soient, dans la bouche du patient.

Notre objectif était de remettre la question à l'ordre du jour. Voilà qui est fait... Il est utile, pour l'information de nos membres, de signaler les réactions reçues dont voici un résumé fidèle.

Prothésistes. Certains d'entre eux confirment qu'ils demandent depuis longtemps l'assouplissement du monopole des dentistes. D'autres, dont la confédération des laboratoires dentaires, ne voient pas l'utilité d'une telle mesure, mais réclament, par contre, une facturation séparée des prestations du dentiste et du prothésiste (voir ci-dessous).

Dentistes majoritaires... À titre individuel ou au nom de leur organisation professionnelle, une série de dentistes ont réagi pour justifier le bien-fondé de la situation actuelle.

- Selon eux, le travail dans la bouche du patient est nécessaire-

ment un acte médical qui doit rester du ressort du dentiste, seul formé à déceler ou prévenir les pathologies liées au placement d'une prothèse. Ils font valoir que le dentiste assume l'entière responsabilité du travail, y compris pour la prothèse fabriquée par le prothésiste (que le patient ne rencontre pas).

- Les prix des prothèses seraient, en général, normaux compte tenu des prestations dentaires qui accompagnent le placement proprement dit. Les excès, que nos correspondants reprochent, ne seraient le fait que d'une minorité de leur corporation.

- Les expériences étrangères montreraient que, lorsque les prothésistes sont autorisés à recevoir les patients et placer certaines prothèses, cela ne se traduit pas par des prix plus avantageux que chez les dentistes. En effet, disent-ils, pour recevoir les patients dans de bonnes conditions, notamment d'hygiène, les prothésistes doivent transformer leurs ateliers poussiéreux en cabinets dentaires aseptisés, ce qui se répercute sur les prix.

... et minoritaires. Les dentistes de l'Association pour une Dentisterie Sociale, nous ont contactés pour contester les prix actuels des prothèses et pour plaider, devis et factures à l'appui, qu'il est possible de pratiquer des tarifs plus bas. Selon eux, il est possible de réaliser des prothèses dont le rapport qua-

lité/prix est avantageux, ce qui les rend accessibles à de larges catégories de patients, y compris ceux qui ne peuvent espérer aucune intervention de l'INAMI.

Facturation séparée. Faut-il le rappeler: les prothèses dentaires sont souvent coûteuses et elles ne sont remboursées que dans des cas très limités. Comment alléger la facture et surtout, éviter les abus? Une critique fréquente est que certains dentistes prennent un bénéfice abusif sur le travail réalisé par le prothésiste.

Pour mettre fin aux suspicions dans ce domaine et prévenir les abus, nous avons fait une proposition n'est pas contestée dans les réactions reçues mais y trouve, au contraire, des partisans. Elle consiste à prévoir deux parties distinctes dans la note remise au patient à qui on a placé une prothèse amovible ou fixe. On facturerait d'une part les prestations du dentiste (examen, soins, empreinte, placement et correction éventuelle de la prothèse). On facturerait à part la prestation du prothésiste, c'est-à-dire la fabrication de la prothèse, dont le prix lui serait directement payé. Dans ces conditions, les choses seraient plus claires, les notes totales probablement plus basses et on ne pourrait plus accuser le dentiste de faire des bénéfices excessifs sur le travail d'un tiers. ■

FEU D'ARTIFISC

Le 30 juin est décidément une date magique.

DATE MAGIQUE lorsque nous étions étudiants, car elle représentait alors l'aboutissement et la concrétisation de nombreux efforts, par l'accession méritée à une année supérieure, ou même par l'investiture universitaire. Et vivent les vacances!

Date magique aujourd'hui encore, mais sous un jour bien plus sombre, que nous n'imaginions pas alors, car elle évoque désormais dans notre esprit de dentiste la ruine et l'anéantissement d'un «exercice» entier de labeur : c'est qu'il nous faut, en cette soirée estivale, accomplir, *in extremis*, notre tardive pérégrination annuelle vers la boîte à malices du bureau de contributions! Et que les vacances soient gâchées!

Le mois de juin s'apparente donc toujours bel et bien à une session d'examens. Examens dont la matière, me semble-t-il, se complexifie de réforme en réforme, et qu'il devient de plus en plus pénible de maîtriser sans un *blocus* en règle. Tous les guides et almanachs du monde — sans parler des comptables — auront d'ailleurs bien de la peine à vous prédire le résultat de la délibération, dont vous ne serez informés, pauvres hères contribuables, qu'en avril encore lointain. Jusque là, vous ignorerez si vous avez planché à bon escient, et si, de l'alchimie des chiffres dont vous avez rempli les cases, surgira une bonne ou une mauvaise cote...

Quand je dis alchimie, il me semble être dans le vrai.

Il est bien oublié, le temps jadis où la comptabilité d'une petite «affaire» comme un cabinet dentaire ressemblait à une tenue de comptes digne de ce nom, où la situation comptable collait au plus près à la réalité économique, et où le fisc prélevait son écot d'une manière d'autant plus légère qu'il n'était pas encore question de *solde net à financer*. Et un consensus général régnait, qui, en contrepartie des avantages sociaux accordés aux appointés, autorisait tacitement les travailleurs indépendants à gonfler tant soit peu l'addition de leurs frais professionnels...

Mais ce fragile équilibre est aujourd'hui mis à mal, de façon progressive et insidieuse, par un Etat qui ne cherche qu'à accroître et anticiper ses recettes. Il ne faudra pas vous faire un dessin : à l'heure où la pension de l'indépendant n'atteint toujours pas le revenu minimum garanti aux «touristes» — ceux qui n'ont jamais payé un franc de cotisation — la limitation confiscatoire à 75% des frais de déplacements, pis encore pour les trajets entre le domicile et le cabinet (probablement guère plus de 40%), l'interdiction de comptabiliser les cols de chemise maculés de sprays infectés, la requalification des revenus immobiliers, l'histoire sans fin des révisions de législation en matière d'assurance-vie et de crédit hypo-

thécaire, ... sont autant de trouvailles gouvernementales destinées à nous faire payer la mauvaise gestion de la classe politique. Car la situation économique mondiale n'est en réalité que très lointainement concernée dans le déficit public belge!

Nous nous sommes donc retrouvés cette année un peu plus englués encore dans la toile d'araignée du fisc, où la comptabilité ne sert plus à juger de l'état de santé d'une entreprise ou d'un travailleur indépendant, mais à déterminer, après de multiples tours de passe-passe, un montant arbitraire sur lequel l'impôt sera appliqué. Point à la ligne. L'artificialité de la méthode est évidemment le résultat déroutant de la lutte entre la pression fiscale d'une part, et d'autre part l'imagination sportive du contribuable dans l'élaboration de ses moyens de défense. Mais le constat est navrant : les fruits de notre travail, l'aboutissement de nos risques financiers s'évanouissent dans le gouffre sans fond du système bureaucratique belge.

Faut-il rire de cette mascarade? Sans doute. Mais ce n'est pas là une manière efficace d'encourager la libre entreprise : la relance a ses raisons que la politique ignore.

Et le Belge réclame des 30 juin transparents!

Espace Collections

Collectionneur recherche insignes de poche (brevetés) militaires belges. Tél.: 069/21.16.91 • C001

Cherche cartes postales anciennes avant 1930 : vues et fantaisies. Tél. Soir : 064/33.91.48 • C002

Cherche plaques (verre) photos pour stéréoscope. Tél. Soir : 064/33.91.48 • C003

Cherche ouvrages anciens (17e au 19e s.) sur l'Italie. Tél. Soir : 064/33.91.48 • C004

Cet espace sera désormais réservé aux consœurs et confrères atteints par la manie de la collection, dans quelque domaine que ce soit.

Vous collectionnez les livres anciens ou modernes, la porcelaine, la faïence, les peintures, les cartes postales ou les timbres poste...? ou encore les coquetiers, les bédouins, les bourdalous, ou autre chose encore?

Cette rubrique vous est ouverte pour y insérer une annonce ou pour la publication d'un article présentant votre collection.

Envoyez vos annonces et vos articles à notre Secrétariat
Boulevard Tirou, 25 - boîte 9 • 6000 Charleroi

Comptabilité

NOUVEAU SERVICE GRATUIT AUX MEMBRES «La Comptabilité Sans Peine»

Peu après la rentrée, la Chambre Syndicale Dentaire proposera à ses membres un séminaire pratique de la comptabilité du dentiste exerçant en personne physique. Un dentiste vous y soumettra une méthode de gestion comptable simple et efficace, accessible à tout un chacun.

→ POURQUOI ?

L'intérêt pour un dentiste de maîtriser et gérer lui-même la comptabilité de son cabinet se situe à divers niveaux.

Tout d'abord, notre profession est l'une des proies toutes désignées de la rage taxatoire; à ce titre, il est utile de prédire au plus près la ponction fiscale qui nous sera appliquée. Ensuite, l'incertitude qui règne actuellement dans les milieux financiers oblige les confrères, même routinés, à gérer au mieux leurs ressources de trésorerie. Enfin, le recours à un comptable professionnel est très onéreux, alors que la déductibilité de ses honoraires est désormais sujette à caution...

→ OÙ ET QUAND ?

Les lieux et dates vous seront communiqués en temps utile. Cependant, afin d'organiser au mieux ce nouveau service, nous demandons aux membres intéressés de **se faire connaître dès à présent**, en retournant le bulletin ci-dessous au secrétariat de la Chambre Syndicale Dentaire asbl, Boulevard Tirou, 25 bte 9 à 6000 Charleroi. Attention! Priorité sera accordée aux pré-inscrits!



Nom :

Prénom :

CACHET

souhaite bénéficier du service «La Comptabilité Sans Peine» et se pré-inscrit



INAMI

Irrégularités commises au détriment de l'A.M.I.

Sanction

La Commission d'appel instituée auprès du Service du contrôle médical de l'INAMI a décidé d'interdire aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût des prestations de santé qui seront dispensées pendant une période de trois prenant cours le 10 juin 1993, par le praticien de l'art dentaire mentionné ci-dessous :

Monsieur LOISEAU Pierre-Yves

Chemin de Rotheux 10

4130 TILFF-ESNEUX

Numéro d'inscription : 3/77058/78/001

Au moment des faits, l'intéressé pratiquait à Liège.

Source : circulaire O.A. n°93/153 du 4 juin 93/72/998



En bref !

Plus d'amalgame en Autriche en l'an 2000

Selon un rapport du journal allemand *Die Zahnarzt Woche*, en l'an 2000 en Autriche, aucune dent ne contiendra d'amalgame.

Le Dr. Michael AUSSERWINKLER, Ministre autrichien de la Santé, a fait cette déclaration à la suite des résultats d'une étude, montrant que les corps des individus avec des obturations à l'amalgame contenaient 40 fois plus de mercure que ceux des personnes n'en ayant pas. Selon le Dr. Max DAUNDERER de Munich, il ne fait aucun doute que les traces de mercure dans le corps proviennent des obturations à l'amalgame, car le mercure des obturations est continuellement libéré dans le corps.

Le Ministère autrichien de la Santé a déjà recommandé de ne pas utiliser d'obturations à l'amalgame pour les femmes enceintes. A partir de 1996, aucun enfant de moins de 14 ans ne pourra avoir d'obturation en Autriche. Cependant, la question de savoir quelles options sans danger sont ouvertes aux praticiens reste sans réponse.

INDICE DES PRIX A LA CONSOMMATION

Base : 1981 = 100

JANVIER

1991	147,31
1990	141,80
1989	136,88
1988	133,68
1987	132,43
1986	131,27
1985	126,85
1984	120,76

1992

Décembre	153,89
Novembre	153,91
Octobre	153,42
Septembre	153,10
Août	152,83
Juillet	153,08
Juin	152,38
Mai	151,89
Avril	151,34
Mars	151,18
Février	151,13
Janvier	150,66

1993

Mai	155,98
Avril	155,73
Mars	155,60
Février	155,33
Janvier	154,94

