

LE POINT



Journal officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl
Association Dentaire Belge Francophone

Éditeur responsable : Bruno GONTHIER - Maison des Dentistes
Avenue des Courses, 20 - 1050 Bruxelles - www.dentiste.be
Bureau de dépôt 3000 Leuven Masspost - P109050

3M™ RelyX™ Universal Ciment-composite de collage

**Tellement petite.
Tellement efficace.**

15

**applications*
avec 3,4g de ciment**

Petite mais efficace, telle est la seringue du ciment-composite 3M RelyX Universal. La seringue ergonomique délivre suffisamment de ciment pour 15 applications standards* - mais génère 50% de déchets plastiques en moins. Le gaspillage de ciment est également réduit de 80% grâce au micro-embout mélangeur!

[3M.be/fr/RxUniversal](https://3m.be/fr/RxUniversal)



50%
de déchets
plastiques en
moins**

80%
de gaspillage
de ciment en
moins

Scannez
le code!



Chers Membres,

C'est lors de son conseil d'administration de ce 28 mars 2022 que les administrateurs m'ont élu nouveau Président de la Société de Médecine Dentaire. Je tiens à les remercier pour la confiance qu'ils m'ont accordé. Je prends ainsi la succession de Patrick BOGAERTS que je remercie pour ses cinq années à ce poste ainsi que pour tout le travail qu'il a accompli quotidiennement dans un seul but : la satisfaction des membres. Je m'efforcerai de poursuivre et de mener à bien ce travail pendant mon mandat.

Actif au sein de l'association depuis une dizaine d'années, d'abord en tant que Secrétaire Général puis comme Trésorier, j'ai accepté de relever ce nouveau défi de grande responsabilité. La SMD est à l'aube du passage de témoin entre l'ancienne et la nouvelle génération. Certains actifs, arrivant à une retraite bien méritée après tant d'année de dévouement à la profession, doivent transmettre leur savoir et leur expérience. C'est une tâche importante que j'accompagnerai et qui sera ma priorité pour que le service rendu à chacun-e d'entre vous reste toujours le meilleur.

Il est évident que l'asbl ce n'est pas qu'un Président mais une équipe performante sans laquelle ma mission serait vaine. Que ce soit les administrateurs, les mandataires aux différentes commissions et instances officielles qui au quotidien font évoluer notre profession, les membres de la commission scientifique qui travaillent d'arrache-pied pour vous fournir des formations, cours, workshops et congrès de grande qualité, les actifs au sein de Souriez.be qui fourmillent d'idées dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire des petits mais aussi de nos aînés, les responsables de Study Club assurant de nombreux contacts au plus proche de chez vous et n'oublions pas l'équipe du secrétariat que l'on pourrait aussi nommer « l'équipe qui ne dort jamais » tellement son implication et son dévouement aux membres est reconnue par tous. Sans eux, une grande association comme la Société de Médecine Dentaire ne pourrait fonctionner et rassembler plus des deux tiers des praticiens de l'Art dentaire francophone.

Je vous invite à nous rejoindre et apporter vos idées.

Je terminerai en vous conseillant de lire ou relire notre Dent@I-Infos Spécial Ukraine du 8 avril car toutes ces considérations ne doivent pas nous faire oublier qu'à quelques milliers de kilomètres de chez nous, un peuple souffre, des confrères doivent continuer à travailler malgré des conditions difficiles et une population est à nos portes pour qui un suivi dentaire est nécessaire.

Bonne lecture de ce 292^{ème} numéro du Point.



Bruno GONTHIER
Président

LP

2

LE POINT
Journal officiel de la
Société de Médecine Dentaire ASBL
Association dentaire belge francophone

Bureau exécutif :
B. GONTHIER - Président
M. DEVRIESE - Past-Président
O. CUSTERS - Directeur
A. WETTENDORFF - Secrétaire Générale
J. JOSSART - Trésorière

Président d'honneur :
H. ARONIS

Rédacteur en chef :
O. CUSTERS

Editeur responsable :
B. GONTHIER

Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs. Les publicités pour les formations externes à la SMD n'impliquent aucunement que la SMD valide leur contenu. Les annonces publicitaires sont publiées sous l'unique et entière responsabilité des annonceurs.

Responsable de la Commission Scientifique :
A. EL HACHMI

Responsable de la Commission Professionnelle :
M. DEVRIESE

Coordinateur prévention Souriez.be :
J. BOLLY

Directeur :
O. CUSTERS

Secrétariat :
B. FONTAINE
F. DE BAERDEMAEKER

ISSN : 0779-7060

Editeur :
Société de Médecine Dentaire asbl
Maison des Dentistes
Avenue des Courses 20/16
Tél. : + 32 (0)2 375 81 75

lepoint@dentiste.be
www.dentiste.be

Publicités :
Olivier CUSTERS
Tél. : 0475 376 838
olivier.custers@dentiste.be

Création & Mise en page :
BVG communication
www.bvgcom.com
benoit@bvgcom.be

Impression :
Imprimerie Van der Poorten s.a.
Diestsesteenweg 624
3010 Kessel-Lo

3	Edito - B Gonthier	
4	Sommaire	
6	Cotisations 2022	
10	Nouveaux locaux : un an déjà !	
13	Sommaire articles scientifiques	
14	L'utilisation raisonnée des antibiotiques en odontologie - FDI	
16	Les lésions carieuses et le premier traitement restaurateur - FDI	
18	Comprimés d'iode en cas d'accident nucléaire - Folia	
20	Freiner l'abus des sections de freins de langue ! - ONE	
22	Manifestations buccales du Covid-19 - T Karima	
25	Maladie parodontale et polyarthrite rhumatoïde, y a-t-il un lien ? - T Karima	
27	Conseils pour le traitement de l'hypominéralisation molaire-incisive en pratique privée - V Diener - J Dulla - H van Waes, H Mayer-Lueckel	
35	Prendre soin des patients anxieux - E Binhas	
37	Sommaire formation continue - Cours	
38	Rencontre Dentistes - Hygiénistes	7 mai
39	Radioprotection	8 octobre
40	Dilemmes	22 octobre
41	Succès des implants en zone esthétique	19 novembre
43	Sommaire formation continue - Workshop	
44	Relation au travail	19 mai
45	Facettes & éclaircissement	11 juin
46	Les sutures	18 juin
47	L'Art de diriger	23 juin
48	Réanimation	23 septembre
49	Bien-être au travail	29 septembre
50	Composites injectables	1 ^{er} octobre
51	Tabacologie	13 octobre
52	Study-Clubs	
53	Sommaire Professionnel	
55	Comment se mettre (facilement) en difficulté ? - M Devriese	
56	Obligation de mettre à disposition un moyen de paiement électronique - M Devriese	
57	Compensation Covid : précisions - M Devriese	
58	Prime télématique : les critères publiés - M Devriese	
60	« Statut social » 2020 publié ! = paiements libérés - M Devriese	
61	Statut social 2021 : l'application pour vos démarches est ouverte sur Myinami - Mes médicaments : une nouvelle app pour gérer se prescriptions - M Devriese	
62	Optimalisez votre pension complémentaire avec la CPTI - Curalia	
64	Biblio - O Custers	
66	Culture - P Mathieu	
70	Petites annonces	
71	Agenda	



**UNE COTISATION
ALL INCLUSIVE !**

COTISATIONS 2022



VOUS ÊTES DIPLÔMÉ EN

MONTANT

2016 et avant	390 euros
2017	195 euros
2018	100 euros
2019	100 euros
2020	GRATUIT
2021	GRATUIT
2022	GRATUIT
Etudiant (Bac 3, Master 1, Master 2)	GRATUIT
Assistant plein temps + de 65 ans	230 euros
Membre Honoraire	185 euros
Praticien n'exerçant pas en Belgique	60 euros
Conjoint de membre	260 euros
	50% de la cotisation

→ Le conjoint d'un(e) membre s'acquitte d'une cotisation réduite de 50%

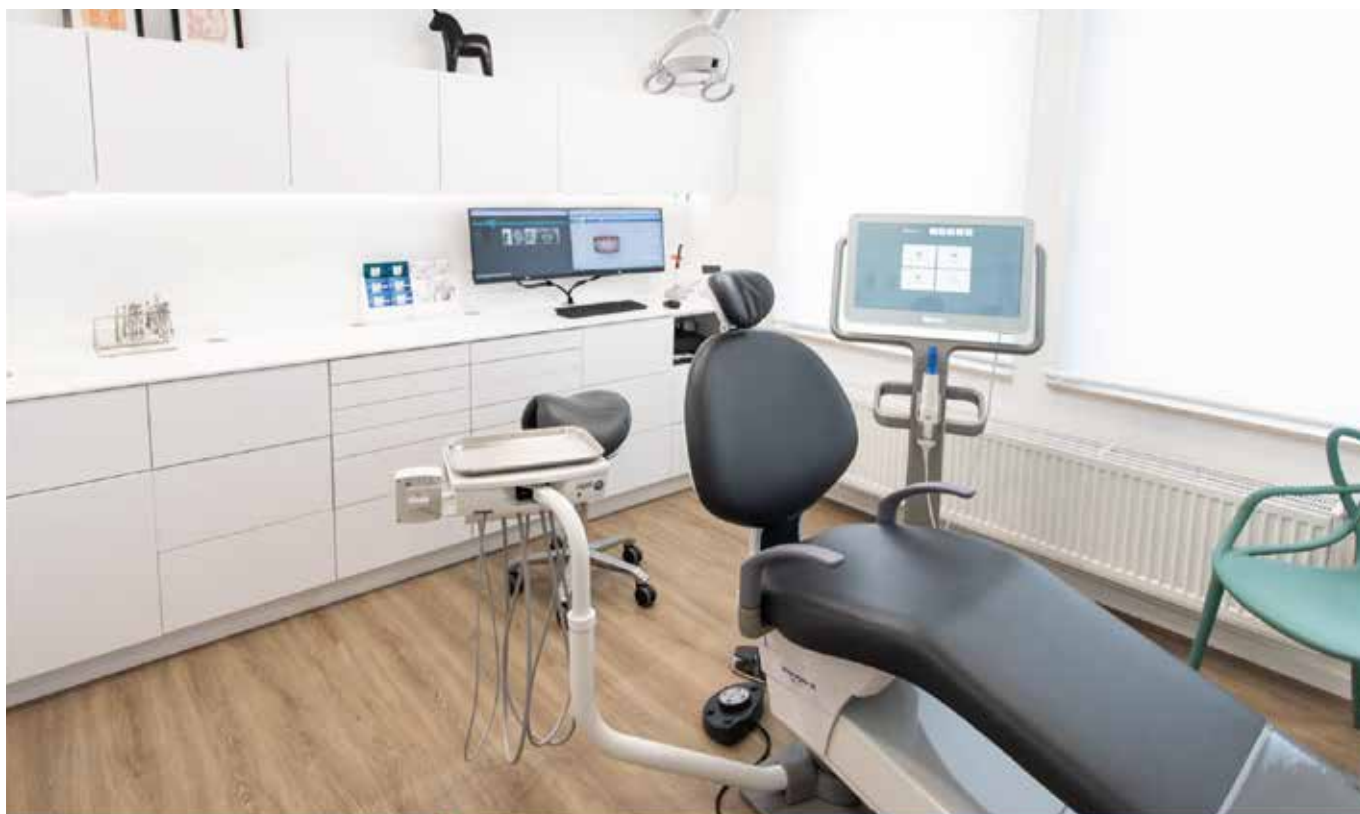
La cotisation peut être réglée par carte bancaire via QR Code





DENTAL PROJECT

Étude et création de cabinet dentaire & orthodontie
Gestionnaire de projets
Transformation & Rénovation clé sur porte



À PROPOS

Cette entreprise familiale depuis quatre générations a démontré un **savoir-faire unique** dans le domaine de l'ameublement médical depuis **plus de 38 ans**.

Il y a 10 ans, le père épaulé par ses fils, a décidé de créer **Dental Project** pour répondre aux besoins spécifiques de l'aménagement de cabinets dentaires.

Cette nouvelle génération est orientée sur les nouvelles technologies comme les **machines numériques** et la **conception 3D**.

Aujourd'hui, l'équipe est composée de **8 personnes**. Ils vous accompagnent sur toute la durée de votre projet : des prises de mesure au placement final de votre mobilier.

Dental Project a de nombreuses références dans toute la **Belgique, le Luxembourg et la France**

APPROCHE

Par son approche structurée avec un plan à plusieurs étapes, Dental Project vous garantit l'aboutissement d'un cabinet dentaire ou médical parfaitement aménagé.

1. PREMIER CONTACT

Car chaque cabinet dentaire est unique, le premier entretien avec l'un de nos architectes d'intérieur est une étape importante pour un projet réussi.

Design, ergonomie et fonctionnalité sont inscrits dans l'ADN de Dental Project.

Nous examinons en détail vos souhaits et analysons les spécificités de votre demande afin de vous apporter la solution idéale par rapport à l'espace disponible.



2. CONCEPTION

Sur la base de notre entretien préliminaire, nous vous présentons nos suggestions.

Un premier concept en 3D vous sera présenté : ceci vous donnera un aperçu clair de ce que nous vous proposons.



3. FINALISATION

Dental Project vous présente différents types de matériaux et vous conseille sur le choix de ceux-ci.

Ensuite, nous appliquons les éventuelles corrections afin que le projet corresponde exactement à vos besoins et nous vous présentons un devis détaillé et transparent.

Quand le projet est validé, nous mettons en place un dossier d'exécution : plans techniques, choix des couleurs, études de l'éclairage, ...

Pour finir, nous nous occupons de la planification et de la réalisation des travaux. Tout ceci en rapport avec le dépôt dentaire de votre choix.



Rue Jean Koch,5 - B-4800 Lambermont
dp@dentalproject.be - www.dentalproject.be
+32 (0)478 83 19 53

NOUVEAUX LOCAUX : UN AN DÉJÀ !

Hé oui, cela fait déjà un an et même plus que la Société de Médecine Dentaire a investi ses nouveaux locaux au numéro 20 de l'avenue des Courses à Ixelles, près du campus universitaire du Solbosch (ULB).

Un changement radical pour toute l'équipe et surtout un confort sans comparaison pour l'organisation de nos nombreux workshops.

S'il est vrai que nous avons dû attendre la fin des restrictions liées à la pandémie de COVID-19 pour organiser à nouveau nos formations pratiques, il n'en est pas moins vrai que depuis nous n'avons pas chômé en mettant sur pied pas moins de 30 formations pratiques dans notre salle spécialement aménagée. Et le programme est encore bien chargé d'ici la fin de l'année.

La demande est de plus en plus forte de la part des consœurs et des confrères de suivre des formations très pratiques, qui

leur permettent dès le lendemain de mettre en œuvre la technique apprise la veille.

Le plus de la Société de Médecine Dentaire a toujours été son atmosphère conviviale et son ambiance familiale. La Maison des Dentistes est vraiment VOTRE maison et les participants à nos formations nous le disent régulièrement : « On se sent vraiment chez soi ici ! », « La Maison des Dentistes prote bien son nom ! »

C'est dans cette ambiance familiale que nous vous proposons un nombre varié de workshops dont nous étoffons chaque année le catalogue.

Un conseil : inscrivez-vous de suite lorsque vous voyez l'annonce d'une nouvelle date car les inscriptions sont rapidement complètes.

O.C.





L'implant en zircone Patent Ø 3.5 mm – La solution saine et prédictible pour les espaces étroits

L'implant en zircone Patent en 2 pièces,
grâce à son diamètre endo-osseux et
prothétique de 3.5 mm, est unique.
Utilisant le procédé de fabrication breveté,
cet implant offre une réponse tissulaire
prévisible^{1,2} et une grande résistance.

Offrez à votre patient
une solution saine
et durable²



Ligne de finition adaptée au
profil gingival pour réduire la
préparation en bouche.



Surface usinée sur
la partie transgingivale.

Surface rugueuse (Ra 5,7 µm)
sur la partie endo-osseuse.



www.mypatent.com

¹ Glauser et al. Early bone formation around immediately placed 2-piece tissue-level zirconia implants with a modified surface. An experimental study in the miniature pig mandible. Poster at AO annual meeting 2022.

² Rauch N. et al. Two-piece zirconia implants in posterior regions: a prospective cohort study with a follow-up period of 9 years.

Nouveauté
Ø 3.5 mm

ARTICLES SCIENTIFIQUES

- 14 **L'utilisation raisonnée des antibiotiques en odontologie** - FDI
- 16 **Les lésions carieuses et le premier traitement restaurateur** - FDI
- 18 **Comprimés d'iode en cas d'accident nucléaire** - Folia
- 20 **Freiner l'abus des sections de freins de langue !** - ONE
- 22 **Manifestations buccales du Covid-19** - T Karima
- 25 **Maladie parodontale et polyarthrite rhumatoïde, y a-t-il un lien ?** - T Karima
- 27 **Conseils pour le traitement de l'hypominéralisation molaire-incisive en pratique privée** - V Diener - J Dulla - H van Waes, H Mayer-Lueckel
- 35 **Prendre soin des patients anxieux** - E Binhas

L'UTILISATION RAISONNÉE DES ANTIBIOTIQUES EN ODONTOLOGIE



ADOPTED by
FDI General Assembly September,
2019 in San Francisco, United States of America

Contexte

Dans le cadre de la menace mondiale représentée par la résistance aux antimicrobiens (RAM), la propagation de l'antibiorésistance est un risque sanitaire majeur résultant de longues maladies, de séjours prolongés à l'hôpital et de la mortalité, et susceptible de conduire à l'inefficacité des antibiotiques pour traiter même les infections les plus simples¹. L'on estime à 700 000 le nombre de décès causés chaque année par la RAM, et il pourrait atteindre 10 millions d'ici 2050 à travers le monde en l'absence de mesures efficaces². La facilité d'accès à des produits médicaux de piètre qualité, l'automédication, la prescription inadaptée ou inutile d'antibiotiques ainsi que les défaillances en matière de prévention et de maîtrise des infections sont responsables du développement et de la propagation de l'antibiorésistance. Cette situation particulièrement grave retient désormais l'attention des communautés de la santé humaine et animale, de l'agriculture, de l'industrie et de la recherche, et, de plus en plus, du grand public.

Les dentistes sont à l'origine d'environ 10 % des prescriptions d'antibiotiques pour les êtres humains (en fonction des pays). Les études montrent qu'en dépit des efforts consentis pour réduire le nombre de prescriptions inadaptées ou inutiles, les professionnels dentaires continuent à en rédiger plus que nécessaire³. La profession dentaire a donc un rôle primordial à jouer, à l'échelle nationale comme internationale, dans la lutte contre l'antibiorésistance.

Périmètre

La présente déclaration de principe souligne le rôle primordial des dentistes, de leurs équipes et des associations dentaires nationales (ADN) dans le cadre de l'utilisation raisonnée des antibiotiques.

Définitions

Antibiorésistance (ABR) : Mutation des bactéries suite à l'exposition aux antibiotiques, qui rend ces derniers inefficaces.

Utilisation raisonnée des antibiotiques (URA) : Ensemble de mesures cohérentes en faveur de l'utilisation adéquate des antibiotiques, dans le but de garantir un accès durable à un traitement efficace pour les personnes qui en ont besoin.

Programme d'utilisation raisonnée des antibiotiques (Programme URA) : Ensemble de mesures et d'initiatives de santé planifiées et mises en œuvre par les différents acteurs, dont l'objectif est de prévenir les infections et de limiter la transmission de micro-organismes et de leurs gènes de résistance aux patients et aux professionnels de santé⁴.

Principes

Le principe « One Health », proposé et adopté par de nombreuses organisations pour lutter contre l'antibiorésistance à l'échelle

mondiale et dans tous les secteurs (santé humaine et animale et environnement), requiert l'engagement et la participation active de la profession dentaire.

Il devient urgent d'adopter une utilisation raisonnée des antibiotiques, afin de n'y avoir recours que lorsque cela est absolument nécessaire. Pour ce faire, il convient d'élaborer des politiques publiques et de donner une orientation claire à la prescription d'antibiotiques, accompagnées d'une surveillance efficace et de davantage d'études sur l'utilisation raisonnée des antibiotiques.

L'efficacité des programmes d'utilisation raisonnée des antibiotiques en odontologie a été démontrée dans le cadre de l'optimisation de la prescription d'antibiotiques⁵.

Déclaration

- La FDI encourage à approfondir la connaissance et la compréhension de l'antibiorésistance et de l'utilisation raisonnée des antibiotiques via des recherches plus poussées, des informations et données de meilleure qualité ainsi que la promotion des travaux épidémiologiques à l'échelle nationale et régionale.
- La FDI encourage la recherche et le développement de solutions supplémentaires en matière de prévention et de traitement de la dysbiose du microbiote buccal.
- La FDI invite les dentistes à actualiser leurs connaissances sur l'antibiorésistance et l'utilisation raisonnée des antibiotiques, ainsi qu'à suivre les bonnes pratiques en matière de prescription d'antibiotiques.
- La FDI encourage le développement de programmes de formation sur l'antibiorésistance, la prescription et l'utilisation raisonnée des antibiotiques afin d'assurer l'évolution professionnelle des dentistes et des équipes dentaires.
- La FDI encourage vivement les dentistes à informer leurs patients sur l'antibiorésistance et l'utilisation adéquate des antibiotiques.
- La FDI recommande qu'outre les programmes d'utilisation raisonnée des antibiotiques, des programmes de prévention et de maîtrise des infections soient mis en œuvre en tant qu'éléments essentiels des bonnes pratiques cliniques.
- La FDI invite les ADN à prendre activement part aux plans d'action nationaux en matière de RAM, ainsi qu'à élaborer et instaurer des programmes d'utilisation raisonnée des antibiotiques en odontologie à l'échelle locale et nationale. Les ADN peuvent contribuer à améliorer la prescription d'antibiotiques par les dentistes en mettant à leur disposition les données scientifiques pertinentes.
- La FDI invite les ADN à recommander à leurs décideurs politiques de s'assurer qu'un solide plan d'action national est mis en place afin de lutter contre l'antibiorésistance.
- La FDI invite les principaux acteurs (sociétés pharmaceutiques,

revues scientifiques, décideurs politiques, ADN) à fournir des informations et à communiquer sur l'antibiorésistance et l'utilisation raisonnée des antibiotiques, notamment dans les revues scientifiques et professionnelles, mais également dans les cabinets dentaires et directement aux patients.

Avertissement

Les informations figurant dans la présente Déclaration de principe sont fondées sur les données scientifiques les plus fiables disponibles au moment de la rédaction et peuvent être interprétées de manière à tenir compte des sensibilités culturelles et contraintes socioéconomiques actuelles.

Références

1. Faculty of General Dental Practitioners. Antimicrobial Prescribing, 2019. www.fgdp.org.uk/antimicrobial-prescribing, consulté le 1^{er} février 2019.
2. Review on Antimicrobial Resistance. Tackling drug-resistant infections globally. Sous la direction de Jim O'Neill, mai 2016, <https://amr-review.org/>, consulté le 1^{er} février 2019.
3. Cope, A. L., Francis, N. A., Wood, F. et Chestnutt, I. G. Antibiotic prescribing in UK general dental practice: a cross-sectional study. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 44, 145-153, DOI : <https://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12199> (2016).

4. Michael J. Durkin, Qianxi Feng, Kyle Warren, Peter B. Lockhart, Martin H. Thornhill, Kiraat D. Munshi, 5 5 Rochelle R. Henderson, Kevin Hsueh, et al. (2018). Assessment of inappropriate antibiotic prescribing among a large cohort of general dentists in the United States. *Journal de l'Association dentaire américaine*, Vol. 149, Numéro 5, p. 372-381.e1
5. Organisation mondiale de la Santé, 2019. <https://www.who.int/infection-prevention/about/ipc/en/>, consulté le 24 avril 2019.
6. English Surveillance Programme for Antimicrobial Utilisation and Resistance (ESPAUR) Report 2018. Page 43 <https://www.gov.uk/government/publications/english-surveillance-programm...>, consulté le 10 mars 2019.
7. <https://www.nice.org.uk/guidance/hg15>, consulté le 1^{er} avril 2019.
8. Organisation mondiale de la Santé. Février 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance> (version française : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/r%C3%A9sistance-aux-...>)
9. Centers for Disease Controls and Prevention, 2018. About Antimicrobial Resistance. <https://www.cdc.gov/drugresistance/about.html>

#whdentalwerk
f @ v y
video.wh.com

Plus d'info
sur
wh.com



La percée dans la chirurgie orale



**La chirurgie piezo et Implantmed en un seul appareil -
avec le nouveau module Piezomed.**

La chirurgie piézo moderne pour votre Implantmed.

Le module Piezomed change la donne en matière de chirurgie piézoélectrique. Le module, connecté à l'Implantmed Plus, peut dorénavant être utilisé comme une simple solution complémentaire. W&H innove dans le domaine des applications chirurgicales. Cet ingénieux système modulaire combine l'expertise de différents domaines.



piezomed
module

LES LÉSIONS CARIEUSES ET LE PREMIER TRAITEMENT RESTAURATEUR



ADOPTED by
FDI General Assembly September,
2019 in San Francisco, United States of America

Contexte

En 2016, la FDI a approuvé une version révisée de la Déclaration de principe intitulée « L'intervention minimale dans le traitement des caries dentaires » (2002), qui affirmait qu'« une démarche opératoire (chirurgicale) ne doit être utilisée que pour des raisons précises, par exemple lorsque la cavitation est telle que la lésion ne peut être arrêtée ou lorsqu'il existe des raisons esthétiques ou fonctionnelles¹ ». L'objectif était de privilégier la médecine dentaire préventive² au traitement restaurateur des caries, mais, à ce jour, la transition dans la pratique clinique quotidienne est lente.

Périmètre

La présente déclaration de principe donne une orientation sur le traitement des caries sur les dents de lait et définitives en faisant la distinction entre les principes d'arrêt des caries et de traitement restaurateur mini-invasif.

Définitions

(Cf. également le système ICDAS)

Lésion carieuse initiale : Lésion carieuse sans cavitation qui se limite à un changement visible de couleur et de texture de l'émail

Lésion carieuse modérée : Lésion carieuse limitée au tiers extérieur de la dentine et à des microcavités

Lésion carieuse sévère : Lésion carieuse s'étendant au-delà du tiers extérieur de la dentine et présentant des cavités

Lésion carieuse active : Lésion carieuse présentant une perte minérale nette sur une période donnée, ce qui témoigne d'une progression de la lésion

Lésion carieuse inactive : Lésion carieuse ne présentant pas de perte minérale nette sur une période donnée, ce qui témoigne de l'absence de progression de la lésion

Principes

Il est primordial que les patients reçoivent des conseils diététiques adaptés et soient initiés à la gestion efficace du biofilm.

Le recours limité au traitement des lésions carieuses sur les dents de lait et définitives par ablation tissulaire permet de préserver la substance dentaire, de prolonger la vie de la dent affectée et de réduire, voire d'éviter, les troubles iatrogènes tels que la douleur, l'anxiété et des dommages aux dents adjacentes.

La décision en matière d'ablation tissulaire doit être prise en tenant compte du stade de la lésion, de son activité, de l'état de santé et du risque carieux présentés par le patient, ainsi que des exigences esthétiques de ce dernier. Lorsque l'ablation tissulaire est jugée nécessaire, il convient de procéder à une intervention minimale.

Déclaration

La Fédération dentaire internationale (FDI) encourage à privilégier les mesures visant à prévenir et arrêter le développement des caries, notamment via la surveillance, au traitement restaurateur des caries, dans le respect des principes de l'*International Caries Classification and Management System* (ICCMSTM).²

Les lésions carieuses initiales doivent être traitées via l'application topique de fluor et faire l'objet d'une surveillance. Il est alors possible de procéder au scellement des sillons pour les lésions occlusales et à l'infiltration de résine pour les lésions proximales dans le tiers extérieur de la dentine³. Pour les patients ne supportant pas le traitement, le fluorure diamine d'argent constitue une bonne alternative^{3,4,5}. Quelle que soit la procédure adoptée, il est impératif d'effectuer un suivi.

En cas de cavitation progressive dans la dentine profonde, il convient d'envisager un traitement restaurateur mini-invasif et l'ablation sélective de la carie.

Tout traitement doit être accompagné du contrôle du biofilm et de l'application topique de fluor, en complément de l'éducation et du suivi du patient.

Le diagnostic clinique de l'activité de la lésion carieuse doit tenir compte de la localisation de la lésion, de l'aspect superficiel, d'une évaluation tactile minutieuse et de la santé gingivale.

Le type et l'ampleur des interventions dépendent du profil de risque du patient^{4,5}.

Les lésions carieuses actives ou inactives initiales à modérées ne nécessitent généralement pas d'ablation tissulaire dans les situations suivantes :

- **Surface occlusale** : caries de sillon limitées à l'émail;
- **Surface proximale** : lésions carieuses sans cavitation limitées à l'émail et au tiers extérieur de la dentine;
- **Surface lisse** : lésions carieuses sans cavitation limitées au tiers extérieur de la dentine et à des microcavités.

Les lésions doivent être surveillées pendant le traitement puis à intervalles réguliers.

Les lésions carieuses inactives modérées à sévères ne nécessitent pas d'ablation tissulaire dans les situations suivantes :

- **Surface proximale** : lésions présentant des cavités dans l'émail, sans contact avec une dent ou une prothèse;
- **Surface lisse** : lésions présentant des cavités dans l'émail et la dentine, sans conséquence esthétique ni contact avec le crochet d'une prothèse.

Les lésions carieuses actives modérées à sévères nécessitent une ablation tissulaire mini-invasive dans les situations suivantes :

- **Surface occlusale** : lésions carieuses dans la dentine;
- **Surface proximale** : lésions présentant des cavités dans l'émail et la dentine;
- **Surface lisse** : lésions présentant des cavités dans la dentine.

Dans le cadre de la réduction progressive de l'amalgame dentaire, la Déclaration de principe de la FDI (2018) recommande de limiter ou d'éviter le recours à l'amalgame lorsque les lésions sont éligibles à d'autres traitements restaurateurs, notamment s'il s'agit d'une première intervention.

Matériaux de restauration à utiliser sur les **dents de lait** :

- ciments verres ionomères à haute viscosité ou modifiés par adjonction de résine pour les cavités uniques et à surfaces multiples dans le cadre d'un traitement restaurateur atraumatique (instruments manuels et ciments verres ionomères)⁶ ;
- matériaux composites à base de résine pour les cavités plus étendues (si le contrôle de l'humidité est possible) ;
- couronnes préfabriquées (acier ou polycarbonate) pour les cavités étendues ayant causé d'importants dommages dans la dent (dont la technique de Hall).

Matériaux de restauration à utiliser sur les **dents définitives** :

- matériaux à base de résine ;
- ciments verres ionomères à haute viscosité ou matériaux hybrides pour les cavités à surface unique et les petites cavités de classe 2 sans charge élevée ;
- inlays/onlays en or, en céramique ou en résine sur les dents plus endommagées ;
- couronne complète en métal, en céramique ou en alliage céramique sur les dents très endommagées.

Avertissement

Les informations figurant dans la présente Déclaration de principe sont fondées sur les données scientifiques les plus fiables disponibles au moment de la rédaction et peuvent être interprétées de manière à tenir compte des sensibilités culturelles et contraintes socioéconomiques actuelles.

Références

1. Fédération dentaire internationale (FDI). Déclaration de principe de la FDI : L'intervention minimale dans le traitement des caries dentaires, 2002. (<http://www.fdiworldental.org/media/11275/Minimal-intervention-in-the-man...> ; version française : Minimal-Intervention-in-the-Management-of-Dental-Caries-2002-Fr.pdf). Int. Dent. J., février 2017 ; 67(1) : 6-7. DOI : 10.1111/idj.12308. FDI (Fédération dentaire internationale). Déclaration de principe de la FDI sur l'intervention minimale en odontologie (Minimal Intervention Dentistry, MID) dans le cadre du traitement des caries dentaires, adoptée par l'Assemblée générale en septembre 2016 à Poznań, en Pologne.
2. Pitts N., Zero D. White Paper on Dental Caries Prevention and Management. A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease. www.fdiworldental.org, 2016.
3. Schwendicke F., Splieth C., Breschi L., Banerjee A., Fontana M., Paris S., Burrow M. F., Crombie F., Page L. F., Gatón-Hernández P., Giacaman R., Gugnani N., Hickel R., Jordan R. A., Leal S., Lo E., Tassery H., Thomson W. M., Manton D. J. When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement. Clin. Oral Investig., 23 août 2019. DOI : 10.1007/s00784-019-03058-w. [Publication en ligne avant impression] PMID : 31444695.
4. O. Urquhart, M. P. Tampi, L. Pilcher, R. L. Slayton, M. W. B. Araujo, M. Fontana, S. Guzmán-Armstrong, M. M. Nascimento, B. B. Nový, N. Tinanoff, R. J. Weyant, M. S. Wolff, D. A. Young, D. T. Zero, R. Brignardello-Petersen, L. Banfield, A. Parikh, G. Joshi¹⁶, et A. Carrasco-Labra¹⁷. Nonrestorative Treatments for Caries: Systematic Review and Network Meta-analysis. Journal of Dental Research 2019, Vol. 98(1), 14-26.
5. Slayton R. L., Urquhart O., Araujo M. W. B., Fontana M., Guzmán-Armstrong S., Nascimento M. M., Nový B. B., Tinanoff N., Weyant R. J., Wolff M. S., Young D. A., Zero D. T., Tampi M. P., Pilcher L., Banfield L., Carrasco-Labra A. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. J. Am. Dent. Assoc. Oct. 2018 ; 149(10) : 837-849.
6. Frencken J. E. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. Brit. Dent. J. 2017 ; 223 : 183-189.

COMPRIMÉS D'IODE EN CAS D'ACCIDENT NUCLÉAIRE



Comprimés d'iode en cas d'accident nucléaire

L'actualité en Ukraine nous donne l'occasion de revenir sur quelques messages essentiels de notre article Folia d'avril 2018 : Campagne d'information 2018 sur le risque nucléaire : distribution de comprimés d'iode. Le contenu de cet article a été vérifié par rapport aux informations les plus récentes.

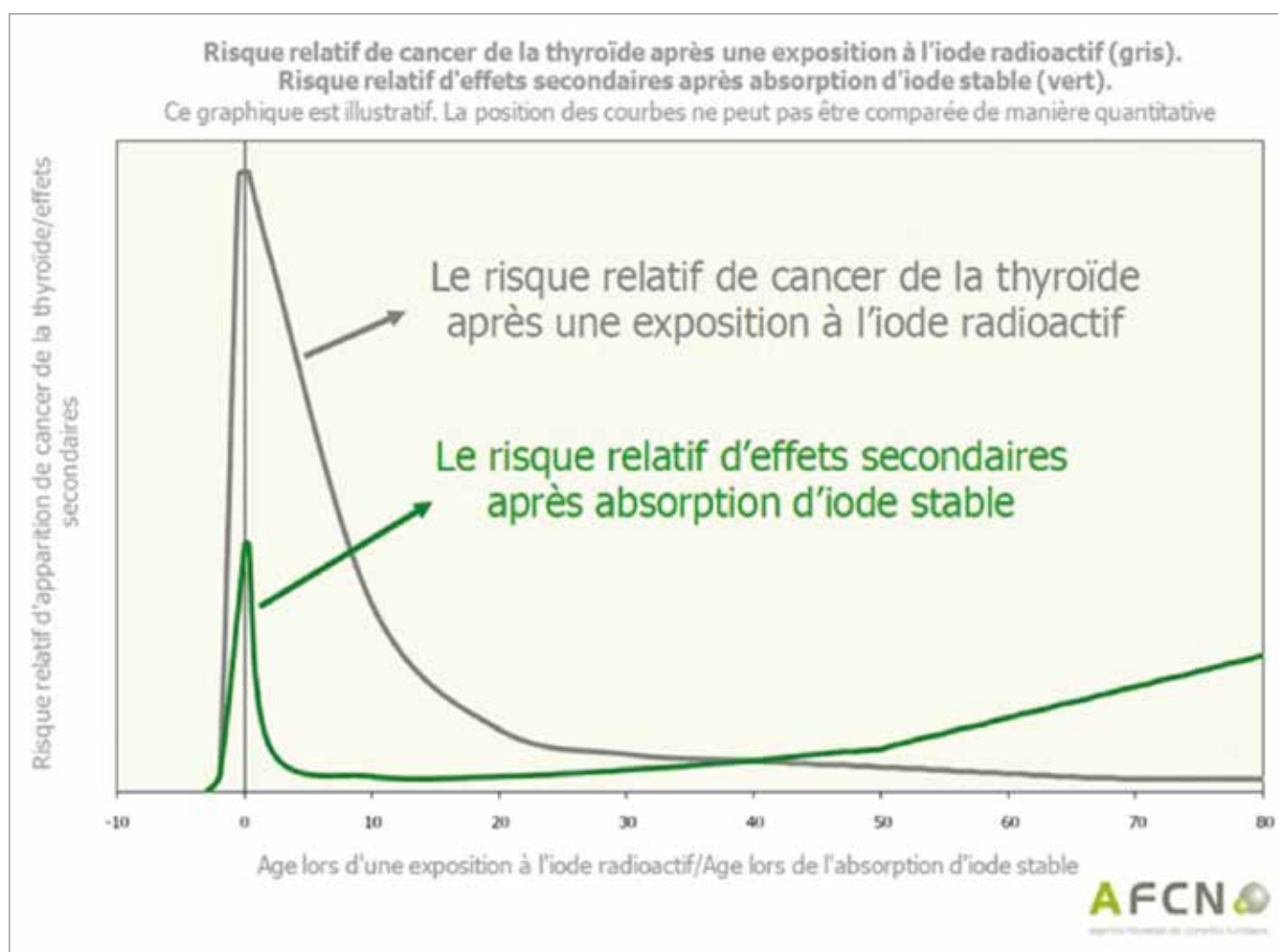
En cas d'accident nucléaire, de l'iode radioactif se libère et est accumulé dans la glande thyroïde, ce qui peut provoquer le développement d'un cancer de la thyroïde. En administrant ces comprimés d'iode (iodure de potassium à doses élevées), on peut empêcher l'absorption d'iode radioactif dans la glande thyroïde, en espérant réduire ainsi le risque de cancer de la thyroïde.

La prise prophylactique n'est pas conseillée chez tous

Les groupes cibles pour l'administration d'iodure de potassium en cas d'accident nucléaire sont les personnes qui présentent

le risque le plus élevé de développer un cancer de la thyroïde après une exposition à l'iode radioactif. Il s'agit des enfants (<18 ans), des femmes enceintes et des femmes allaitantes et, dans une moindre mesure des adultes entre 18 et 40 ans.

Au-delà de 40 ans, le risque de développer un cancer thyroïdien à la suite d'une exposition à l'iode radioactif est très faible, alors que ce groupe d'âge présente une probabilité accrue de pathologies thyroïdiennes méconnues, qui constituent une contre-indication à la prophylaxie. Pour cette raison, la prophylaxie n'est généralement pas indiquée dans cette catégorie d'âge. Pour plus d'information sur les risques de prise de ces comprimés d'iodure de potassium, voir Folia d'avril 2018.



Ce graphique est issu du site risque.nucleaire.be
Pour plus d'information voir : <https://www.risquenucleaire.be/pour-qui>

Les comprimés d'iode ne sont pas à prendre de sa propre initiative

Une prise anticipée d'iode, de sa propre initiative, n'a aucun intérêt et est fortement déconseillée. En effet, une prise anticipée n'a aucun effet préventif, chez personne, sans compter les risques associés à la prise de ces comprimés au-delà de 40 ans.

En cas d'accident nucléaire, le moment et l'importance de la contamination vont dépendre de nombreux facteurs. Pour être efficace, l'administration prophylactique d'iodure de potassium à doses élevées doit avoir lieu dans une fourchette de temps précise, qui ne peut être déterminée qu'une fois que l'accident nucléaire a eu lieu. C'est la raison pour laquelle il faut attendre un communiqué des autorités avant de prendre ces comprimés d'iode.

Les comprimés d'iode ont une durée de validité longue (10 ans au moins)

Les comprimés d'iode distribués lors de la campagne de 2018 restent valables. Les personnes déjà en possession de ces comprimés ne doivent pas renouveler leur stock.

Pour plus d'informations, voir aussi <https://www.risquenucleaire.be/aller-chercher-des-comprimés-diodechez-le-pharmacien>

Autres informations :

OMS: Use of potassium iodide for thyroid protection during nuclear or radiological emergencies (7 mars 2022). La prise de comprimés d'iode n'est pas la seule action recommandée en cas d'accident nucléaire. Les informations à propos des mesures générales à prendre en cas d'accident nucléaire sont accessibles sur la page Risque nucléaire : que pouvez-vous faire ?

Les Folia Pharmacotherapeutica sont publiés sous l'égide et la responsabilité du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les Folia Pharmacotherapeutica ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

Rédacteurs en chef : (redaction@cbip.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) et

J.M. Maloteaux (Université Catholique de Louvain).

Éditeur responsable :

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.



Aidez les Master 2 à finaliser leurs mémoires en répondant à des enquêtes et questionnaires

Les étudiants de Master 2 nous sollicitent afin de diffuser des enquêtes et questionnaires utiles à la réalisation de leur mémoire.

Scannez ce QR code pour retrouver ces enquêtes et y répondre.

Merci pour eux !



FREINER L'ABUS DES SECTIONS DE FREINS DE LANGUE !



L'ONE dénonce les indications massives et abusives de frénectomies chez les nourrissons.

Les 6 à 8 premières semaines de la vie d'un nourrisson peuvent être particulièrement difficiles à vivre pour les jeunes parents et régulièrement sources de désarroi et d'impuissance. Face à des difficultés d'allaitement, des pleurs, des coliques, du reflux gastro-oesophagien, un « mauvais » sommeil ..., certains professionnels présentent aux parents, comme solution à tous les problèmes de leur bébé, une intervention chirurgicale consistant à couper le frein de la langue.

Les jeunes parents, en recherche de solutions rapides et efficaces, ont l'impression d'une solution miracle.

Les freins de langue - De quoi s'agit-il ?

Le frein de langue est une membrane fibromuqueuse qui relie la face ventrale de la langue au plancher de la bouche.

Dans de rares cas, le frein de langue est dit « restrictif », c'est-à-dire qu'il entraîne une limitation des mouvements de la langue (ankyloglossie). Il s'agit d'un diagnostic plus fonctionnel qu'anatomique.

Ainsi, 4 à 10 % des nourrissons naissent avec, anatomiquement, un frein lingual restrictif (frein très épais et / ou antérieur...).

Mais c'est seulement chez 2 % d'entre eux (donc chez 0,8 à 2 nouveau-nés sur 1 000) que ce frein peut entraîner des difficultés d'allaitement et justifier une intervention pour couper ce frein et « libérer » la langue. Cette intervention s'appelle la frénectomie.

Elle est parfois réalisée au cours du séjour à la maternité par les pédiatres.

Depuis quelques années, on assiste à une augmentation exponentielle du nombre de frénectomies, non seulement linguales, mais également labiales et jugales (freins de lèvre supérieure et « freins de joue »...).

Ces derniers mois les demandes d'intervention (rééducation logopédique, demandes d'intervention chez les ORL, les stomatologues, les dentistes ...) ont largement augmenté.

En 2020, l'INAMI a recensé le double d'opérations de frénectomie réalisées chez des enfants de moins de 2 ans, par rapport aux chiffres de 2019. Cette tendance ne se limite pas à la Belgique comme en témoigne le Communiqué de presse publié le 17 janvier 2022 par l'association française de pédiatrie ambulatoire.

Description de l'intervention

La section de frein est réalisée aux ciseaux ou au laser. La prise en charge correcte de la douleur lors de cette intervention n'est pas toujours assurée.

Cette intervention demande un investissement conséquent aux parents, tant en amont, que pour le suivi post-opératoire. Plusieurs fois par jour, pendant plusieurs semaines avant et après l'opération, il est recommandé aux parents de réaliser des stimulations et des massages de la zone incisée.

Par ailleurs, plusieurs consultations peuvent être conseillées parallèlement aux parents, avant et après la section de frein(s) chez d'autres professionnels pour améliorer la guérison.

Répercussions

- Sur la santé :

L'ensemble de ces interventions peut avoir des répercussions graves chez le nourrisson. Cette pratique intrusive dans la bouche des bébés peut être source de troubles de l'oralité.

Ainsi on a pu observer, suite aux douleurs lors de la frénectomie et après celle-ci, à l'expérience négative qui peut en résulter, des interruptions brutales de l'allaitement ainsi que l'apparition de troubles alimentaires importants avec des répercussions sur la croissance.

Sont également décrites des infections nécessitant parfois une hospitalisation, des apnées obstructives pendant le sommeil, des hémorragies... Ou à tout le moins une non amélioration des troubles observés qui ont mené à ce traitement ainsi que des reports de la vaccination.

Enfin, il arrive régulièrement que le frein en cicatrisant se reforme, parfois plus fibreux, plus épais formant une « bride cicatricielle ». Ces pratiques génèrent également de l'anxiété et de la culpabilisation chez les parents face aux répercussions sur la santé de leur enfant et la douleur occasionnée.

- Du point de vue économique et éthique :

Ces interventions coûtent de 350 euros à 1000 euros, en majeure partie non remboursées par les mutuelles. S'y ajoutent les frais liés aux complications.

Position de l'ONE

L'ONE attire l'attention de tous les professionnels de la petite enfance et de tous les parents sur les répercussions de cette nouvelle tendance de frénectomies abusives.

Si la frénectomie en présence de frein de langue restrictif peut, parfois, être un moyen pour améliorer l'allaitement maternel, la décision d'instaurer ce traitement exige un haut niveau de compétence clinique, de jugement et de discernement, ainsi qu'un avis multidisciplinaire.

Ce phénomène ayant pris une ampleur remarquable et suite aux nombreux appels de parents et de professionnels de terrain, le Collège des conseillers pédiatres et sages-femmes de l'ONE a réuni un groupe de travail multidisciplinaire qui a analysé la littérature et auditionné des experts.

Ce groupe de travail est arrivé à la conclusion que dans l'état actuel des connaissances, il n'existe ni critère/protocole consensuel bien défini, ni evidence-based practice pour diagnostiquer un (ou des) frein(s) restrictifs et déterminer les indications chirurgicales qui y sont liées.

La recherche scientifique doit encore se positionner sur la définition du frein de langue et de ses aspects fonctionnels, le degré d'incision requis, le mode d'intervention, les soins postopératoires

et l'évaluation du suivi des complications immédiates et à long terme. Les zones d'ombres de la littérature scientifique doivent être mises en exergue.

En outre, la littérature médicale et les avis d'experts multidisciplinaires (ORL, consultantes en lactation, stomatologues, orthodontistes, kinésithérapeutes, logopèdes, ostéopathes ...) convergent vers un excès d'interventions et un besoin urgent de recommandations au niveau de la prise de décision (notamment les indications chirurgicales), des implications cliniques (massages, anesthésie, matériel, suivi nécessaire...) et des compétences requises.

Enfin, de nombreuses formations sur les freins de langue sont assurées sans contrôle sur le contenu (notamment les fondements scientifiques) ni sur les compétences des dispensateurs et sont largement ouvertes à divers professionnels, même non-médicaux.

Recommandations

- 1) Cette thématique de santé doit être réglementée au niveau fédéral. Un trajet de soins correct multidisciplinaire basé sur des recommandations scientifiques fiables doit être établi. Le médecin traitant et le pédiatre, dont le rôle est de vérifier la globalité de la santé et du développement de l'enfant, doivent faire partie de l'équipe pluridisciplinaire.
- 2) Il est indispensable de mettre en place des formations actualisées et validées sur la thématique, à l'attention des professionnels de la petite enfance.
- 3) Il est indispensable que les parents et le public soient correctement informés.

FULL ZIRCONIE
130€

Prothetica laboratoire dentaire
vous propose la **full zircone à 130€**.

La 3D au prix de la 2D.

Une full zircone Made in Bruxelles évidemment!

MANIFESTATIONS BUCCALES DU COVID-19 (SARS-COV-2)

Dr TAHARI KARIMA - assistante en parodontologie
Exercice : service de parodontologie CHU Mustapha Bacha Algérie
karintaha@hotmail.fr

Introduction :

Plus de deux ans après l'arrivée du COVID-19 et avec plus de 300 millions de cas diagnostiqués au niveau mondial [1], les signes cliniques peuvent être différents selon le variant en cause, bien que les tableaux cliniques respiratoires, digestifs, cutanés sont les plus associés au SARS-CoV-2[1], nous faisons face à l'augmentation d'une variété de manifestations buccales [2-3]. En Iran des chercheurs ont examiné les effets de la maladie sur la cavité buccale dans le cadre d'une revue de 17 études, ils ont conclu que les symptômes buccaux sont souvent apparus après des symptômes généraux (de 10 à 42 jours) tels que la fièvre et l'asthénie mais peuvent toujours être le premier ou le seul signe de COVID-19[1] les principaux symptômes décrits sont : langue COVID, des pétéchies, une xérostomie, des ulcérations buccales, des candidoses [2-3-4-5-6].

Récepteur ACE2 et muqueuse buccale

Pour qu'un coronavirus puisse entrer dans une cellule et l'infecter il faut que celui-ci reconnaisse un récepteur présent au niveau de la cellule. Il est actuellement admis que l'ACE2 (enzyme de conversion de l'angiotensine II) est la porte d'entrée du COVID-19 dans l'organisme humain, [7-8] une étude récente publiée dans la revue Healthcare a pu démontrer que les protéines ACE2 sont fortement exprimées par les cellules épithéliales de différentes muqueuses orales (langue, gencive, palais et plancher buccal). [7-8] (figure 1)



Figure 1 : distribution des récepteurs ACE2 au niveau de la muqueuse buccale [8]

Matériels et méthode

Une analyse de la littérature scientifique publiée entre avril 2020 et septembre 2021 a été réalisée avec une stratégie de recherche documentaire électronique dans les bases de données Pub Med.

Résultats

370 études ont été retrouvées, seules ont été incluses dans cette revue les études qui ont rapporté des manifestations buccales chez des patients où le diagnostic du COVID-19 a été confirmé par un test PCR (17 études), les études avec des cas suspects de COVID-19 ont été exclues.

On va aborder les différentes lésions buccales citées dans les 19 études qu'on a inclus dans notre revue :

Manifestations buccales du COVID-19

Langue géographique et SARS-COV-2

Le premier cas a été décrit par un épidémiologiste du King's collège de Londres, il alertait sur un nouveau symptôme du coronavirus (taches sur la langue) [2-8-9-10-11] et le nomme « langue Covid » (figure : 2)



Figure 2 : langue COVID [2]

Xérostomie :

Il a été suggéré que la xérostomie observée chez certains patients COVID-19 positifs est liée à la forte présence des ACE2 au niveau des cellules des glandes salivaires [2-3-11-12-13-14] en se fixant sur ces récepteurs le SARS-CoV-2 provoque une destruction des cellules épithéliales avec inflammation du parenchyme glandulaire ce qui peut expliquer la xérostomie qui en résulte.

Pétéchies et SARS-COV-2

Les pétéchies, un autre symptôme observé chez certains patients COVID-19 positifs (figure : 3) probablement en rapport avec la thrombopénie observée au cours de la maladie. [2-4-16]

Ulcérations buccales (figure 4)

William LI, MD, directeur médical de la fondation angiogenesis décrit un processus par lequel le virus pénètre dans les cellules endothéliales qui tapissent les vaisseaux sanguins et les

endommagement, les ulcérations buccales peuvent être le résultat de ces lésions vasculaires, [2-5-8-10-14-15-16-17] d'autre part ces ulcérations peuvent être exacerbées par une inflammation accrue et une régulation positive des marqueurs inflammatoires dues au virus SARS-CoV-2. [2-5-16]

Candidose buccale (figure : 5)

Il s'agit d'une lésion d'apparition tardive essentiellement chez les patients avec des formes sévères de SARS-COV-2 [2-9-12-13], il semble que l'âge avancé, le sexe féminin et les comorbidités sont les principaux facteurs de risque [2], cependant l'antibiothérapie et l'immunodépression secondaire à l'infection SARS-CoV-2 semblent être les principaux facteurs étiologiques. [2-9-12]



Figure 3 : des pétéchies labiales patient COVID-19 positif [4]

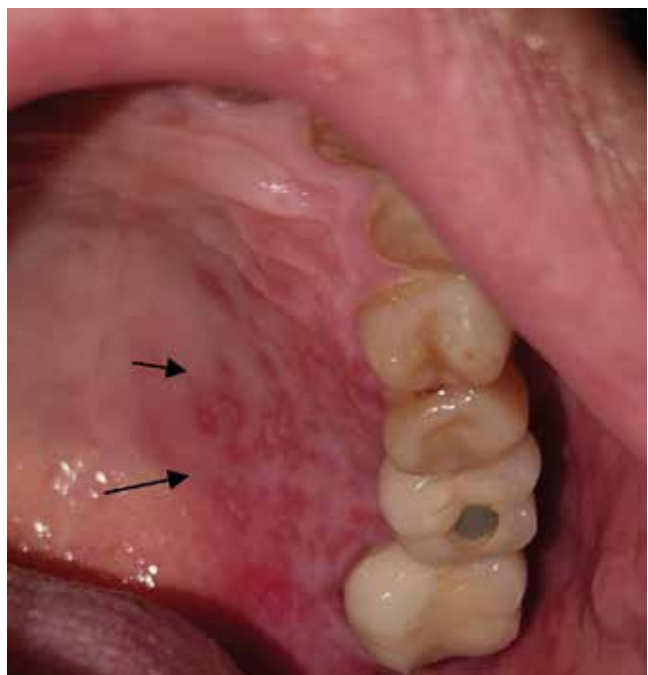


Figure 4 : patient COVID-19 positif. Ulcérations multiples au niveau du palais [3]

Aphtes et gingivo- stomatite (figure : 6)

Il semble que la gingivo- stomatite et le saignement gingival observé chez les patients COVID-19 positif résultent d'une

augmentation généralisée de l'inflammation, due à des taux élevés de cytokines et de l'interleukine initiés par le virus SARS-COV2 [2-6-9-14].

Les aphtes récurrents font partie des lésions buccales observées chez les Patients COVID-19 positifs, [2-6-12-14] les lésions se manifestent par des ulcérations multiples très douloureuses, principalement au niveau de la muqueuse labiale. [2-6-12]

Discussion

Le SARS-CoV-2 utilise les récepteurs ACE2 pour pénétrer à l'intérieur des cellules respiratoires, en passant par la cavité buccale où les ACE2 sont fortement exprimées, le SARS-CoV-2 peut se fixer et infecter la muqueuse orale et provoquer l'apparition de nombreuses lésions dont la survenue peut être expliquée par 3 mécanismes :

- ces lésions sont la conséquence directe de l'infection virale (pathogénie du virus)
- effet secondaire de la médication (corticothérapie/ antibiothérapie)
- un dérèglement du système immunitaire (conséquence de l'immunodépression).

dans la présente revue plusieurs lésions buccales ont été signalées, les ulcérations douloureuses étaient le symptôme buccal le plus fréquemment retrouvé chez les patients COVID-19 positifs, 8 études ont signalé ce symptôme [2-5-8-10-14-15-16-17-], dans l'une de ces études l'ulcération linguale était le premier signe de l'infection [10], suggérant que dorénavant l'ulcération buccale peut être considérée comme un signe révélateur du Covid 19, Le site buccal le plus atteint était le palais suivi par la langue cependant aucune étude n'a donné d'explications, un autre symptôme buccal fortement rapporté est La xérostomie qui a été signalée par 6 études [2-3-11-12-13-14] cependant aucune étude n'a précisé l'intensité de cette xérostomie ni son évolution (transitoire ou irréversible).

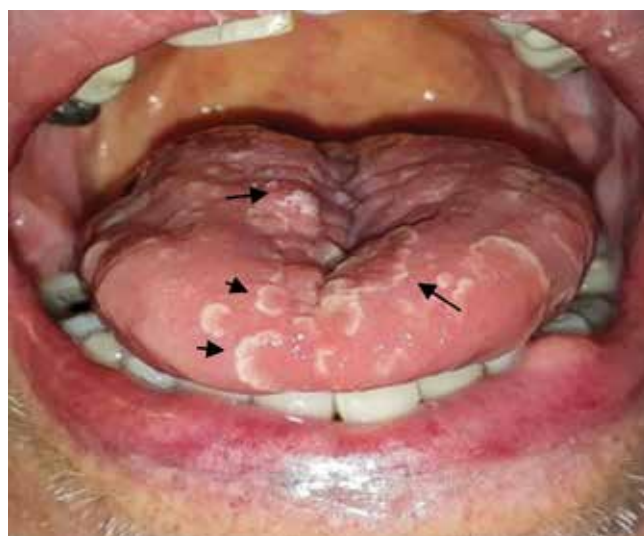


Figure 5 : candidose buccale chez un patient COVID-19 positif [2]



Figure 6 : aphthe labial chez un patient COVID-19 positif [16]

Le diagnostic des différentes lésions buccales était purement clinique, aucune étude n'a fait de biopsie pour confirmer le diagnostic, la taille d'échantillon dans les différentes études est insuffisante.

Malgré les lacunes déjà citées, il paraît évident que la cavité buccale représente une autre cible potentielle du SARS-CoV-2 la rareté d'études publiées et le manque de recul représentent un défi majeur pour définir les manifestations buccales du SARS-CoV-2 ainsi que la pathogénie de ces lésions.

Conclusion

Bien que de nombreux médecins continuent de remettre en question le lien direct entre le SARS-CoV-2 et les lésions buccales, les études récentes suggèrent que la cavité buccale pourrait être la zone la plus vulnérable à ce virus en raison de l'abondance des récepteurs ACE2 dans la muqueuse buccale, d'autres études sont nécessaires pour identifier l'effet causal et déterminer la répercussion de ces symptômes sur la santé bucco-dentaire à long terme.

Références

- [1]. Kenneth M , COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention. Literature review : Jan 2022
- [2]. Amorim Dos Santos J, Normando AGC, Carvalho da Silva RL, et al. Oral mucosal lesions in a COVID-19 patient: new signs or secondary manifestations? Int J Infect Dis. 2020; 97:326-328.
- [3]. Martín Carreras-Presas C, Amaro Sánchez J, López-Sánchez AF, Jané-Salas E, Somacarrera Pérez ML. Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection. Oral Dis. 2021;27
- [4]. Ciccarese G, Drago F, Boatti M, Porro A, Muzic SI, Parodi A. Oral erosions and petechiae during SARS-CoV-2 infection. J Med Virol. 2020 Jun; jmv.26221.
- [5]. Martín Carreras-Presas C, Amaro Sánchez J, López-Sánchez AF, Jané-Salas E, Somacarrera Pérez ML. Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection. Oral Dis. 2021;27
- [6]. Dominguez-Santas M, Diaz-Guimaraens B, Fernandez-Nieto D, Jimenez-Cauhe J, Ortega-Quijano D, Suarez-Valle A. Minor aphthae associated with SARS-CoV-2 infection. Int J Dermatol. 2020 Aug; 59(8):1022-3.
- [7]. Xu, H., Zhong, L., Deng, J. et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. Int J Oral Sci 12, 8 (2020).
- [8]. Ali N, Stéphane D, Jérôme B, Sandrine L. Les pathologies des muqueuses orales associées à l'infection à SARS-CoV-2 (COVID-19). TASK FORCE CNESBO 2020. Version 22 mai 2020
- [9]. Villarreal-Dorrego M, Liseth C, Rossana R, Vanessa B, Yesenia P, Henrique V. Oral Findings in Patients With COVID-19. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2021 Sep 16.
- [10]. Nejabi MB, Noor NAS, Raufi N, Essar MY, Ehsan E, Shah J, Shah A, Nemat A. Tongue ulcer in a patient with COVID-19: a case presentation. BMC Oral Health. 2021 May 20; 21(1):273.
- [11]. Coll Y, Elmahgoub F. could dentists be the first to diagnose COVID-19 due to oral manifestations? Evid Based Dent. 2021 Jan; 22(2):49.
- [12]. Corchuelo J, Ulloa FC. Oral manifestations in a patient with a history of asymptomatic COVID-19: Case report. Int J Infect Dis. 2020 Nov; 100:154-157.
- [13]. Fantozzi PJ, Pampena E, Di Vanna D, Pellegrino E, Corbi D, Mammucari S, Alessi F, Pampena R, Bertazzoni G, Minisola S, Mastrianni CM, Polimeni A, Romeo U, Villa A. Xerostomia, gustatory and olfactory dysfunctions in patients with COVID-19. Am J Otolaryngol. 2020 Nov-Dec; 41(6):102721.
- [14]. Brandão TB, Gueiros LA, Melo TS, Prado-Ribeiro AC, Nesrallah ACFA, Prado GVB, Santos-Silva AR, Migliorati CA. Oral lesions in patients with SARS-CoV-2 infection: could the oral cavity be a target organ? Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2021 Feb; 131(2):e45-e51.
- [15]. Sinadinos A, Shelswell J. Oral ulceration and blistering in patients with COVID-19. Evid Based Dent. 2020 Jun; 21(2):49.
- [16]. Eghbali Zarch R, Hosseinzadeh P. COVID-19 from the perspective of dentists: A case report and brief review of more than 170 cases. Dermatol Ther. 2021 Jan; 34(1):e14717.
- [17]. Dalipi ZS, Dragidella F, Dragidella DK. Oral Manifestations of Exudative Erythema Multiforme in Patient with COVID-19. Case Rep Dent. 2021 Aug 30



#1 EN
ÉCLAIRCISSEMENT
DENTAIRE
PROFESSIONNEL
DANS LE MONDE

Opalescence
go[™]
Tooth Whitening



+30 ans d'expérience
en éclaircissement

100 millions de
sourires éclatants

+50 récompenses par des
organismes dentaires

MALADIE PARODONTALE ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE Y A T IL UN LIEN ?

Dr TAHARI KARIMA - assistante en parodontologie
 Exercice : service de parodontologie CHU Mustapha Bacha Algérie
 karintaha@hotmail.fr

Introduction :

La maladie parodontale et la poly arthrite rhumatoïde sont deux pathologies inflammatoires chroniques poly factorielles, des études récentes suggèrent une possible association entre ces deux pathologies.

Qu'est-ce que la maladie parodontale ?

La maladie parodontale est une maladie inflammatoire d'origine infectieuse [1, 2, 3,4], Les bactéries responsables sont principalement celles du complexe bactérien rouge de Socransky, ce dernier contient essentiellement trois bactéries parodontopathogènes : Tannerella forthysia Treponema denticola, et le Porphyromonas gingivalis : bactérie anaérobie gram- hautement pathogène qui possède la peptidyl arginine déaminase (PAD) l'enzyme à l'origine de la citrullination post-traductionnelle des résidus arginines des protéines. [1, 2, 3,4, 5]

Qu'est ce que la poly arthrite rhumatoïde (PR)?

La polyarthrite rhumatoïde(PR) est une maladie systémique autoimmune , qui se caractérise par l'inflammation et la destruction irréversible du cartilage de plusieurs articulations.

Les articulations interdigitales (figure1), les poignets et les genoux sont les plus fréquemment touchés, au niveau articulaire la polyarthrite se caractérise par un épaissement inflammatoire de la membrane synoviale, qui va se développer jusqu' au contact des tissus articulaires, cartilage, et os sous chondral et sécrète une quantité accrue de liquide synovial correspondant à l'épanchement articulaire en regard de cette structure nommée pannus (figure : 1), les destructions du cartilage et les érosions osseuses apparaissent, altérant la fonction articulaire et générant la douleur. [3,4]

Le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde est posé en accord avec les critères de l'American Collège of Reumatology, à savoir le nombre d'articulations atteintes, la durée de symptômes, la vitesse de sédimentation VS) et la CRP(protéine-C-réactive) et le taux de deux anticorps : le facteur rhumatoïde(FR) et l'anti corps anti peptides citrullinés (Anti CCP), ces derniers sont très spécifiques de la polyarthrite rhumatoïde. [3,4]

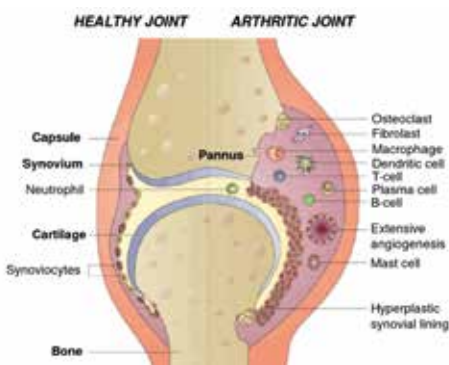


Figure 1 : articulation saine vs articulation rhumatoïde [4]

Implication de bactéries parodontopathogènes dans l'initiation et le développement de la polyarthrite rhumatoïde (Figure : 2)

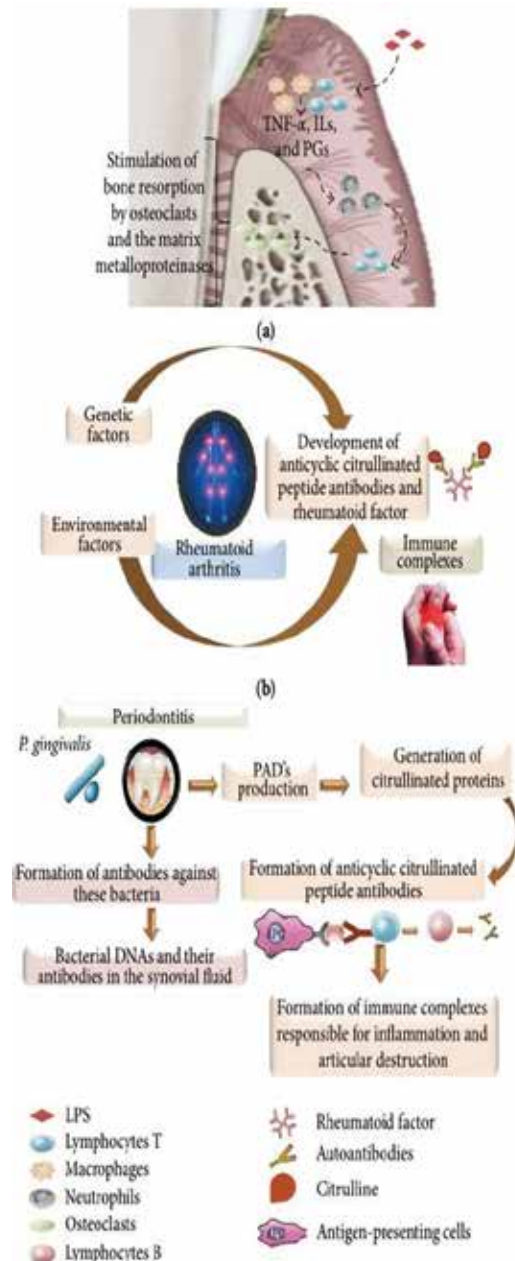


Figure 2 : rôle de la maladie parodontale dans l'initiation de la poly arthrite rhumatoïde [5]

Les recherches actuelles ont démontré que la maladie parodontale est un facteur de risque de la polyarthrite rhumatoïde [1,2, 3 ,4], L'hypothèse actuellement retenue est que, au cours de la maladie parodontale le porphyromonas gingivalis bactérie fortement impliquée dans l'etiopathogénie de la maladie parodontale et le seul organisme procaryote à posséder une enzyme PAD, citrulline des protéines bactériennes et de l'hôte [1,4], ces protéines sont phagocytées par les cellules présentatrices d'antigènes, et présentées aux lymphocytes pour activer la réponse immunitaire cela déclenche une forte production d'anticorps anti-CCP [1, 2, 3], certaines protéines bactériennes et humaines, telles que l'énolase, présentent de fortes homologies entre les espèces, ainsi, les anticorps ciblant l'énolase citrullinée bactérienne pourraient également reconnaître l'énolase citrullinée humaine, il s'agit d'une réaction croisée [2, 3 ,4], les complexes humains pourraient diffuser dans la circulation sanguine, arriver jusqu'aux articulations et favoriser l'activation locale des ostéoclastes et une inflammation à bas bruit, Lors de l'inflammation articulaire, des neutrophiles, cellules riches en PAD sont attirées au sein de la membrane synoviale et augmenteraient le taux de citrullination au niveau articulaire. [3, 4]

Corrélation épidémiologique

Selon les différentes études menées, les patients souffrant d'une parodontite ont une plus forte prévalence de polyarthrite rhumatoïde (PR) que les patients dont le parodonte est sain [5], ceci a été mis en évidence par Dissick et al en 2010, Demmer et al. en 2011, en réciproque, les patients atteints de PR présentent plus de poches parodontales profondes et des pertes d'attache sévères [5]. (Figure 3)

Influence du traitement parodontal sur la polyarthrite rhumatoïde

Ribeiro et al. ont montré que les patients avec une (PR) qui avaient eu pendant 3 mois des conseils d'hygiène bucco-dentaire associés à un traitement parodontal non chirurgical (détartrage, surfaçage), diminuaient de façon significative leur VS (vitesse de sédimentation) par rapport aux patients qui n'avaient reçu que des conseils d'hygiène. Plusieurs autres études affirment ces conclusions et concluent que le traitement parodontal a un effet bénéfique dans le traitement de la PR. En effet, après un assainissement parodontal, les indices de sévérités de la PR diminuent : réduction du taux de l'interleukine 6 (IL-6) dans le sérum, avec diminution de la VS (vitesse de sédimentation), du TNF (facteur de nécrose tumorale) et du facteur rhumatoïde (FR). [6, 7 ,8]

Références

[1]. Hitchon CA, Chandad F, Ferucci et al. Antibodies to porphyromonas gingivalis are associated with anticitrullinated protein antibodies in patients with rheumatoid arthritis 2010; 37: 1105-12

[2]. Mikuls TR, Payne JB, Yu F, Thièle GM, Reynolds RJ, Cannon GW, et al. Periodontitis and Porphyromonas gingivalis in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheumatol. 2014;66:1090-100

[3]. Potempa J, Mydel P, Koziel J. The case for Periodontitis in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. Nat Rev Rheumatol. 2017;13(10):606-20.

[4]. Kaja E, the relationship between periodontitis and rheumatoid arthritis}.medecine biology may 2017.

Conclusion

La maladie parodontale est dorénavant retenue comme un facteur de risque a la polyarthrite rhumatoïde, [4] Il semble que l'assainissement parodontal permet de diminuer la sévérité de la polyarthrite rhumatoïde, de ce fait, le traitement parodontal doit faire partie intégrante de la prise en charge globale des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.



Figure 3: parodontite chronique chez une patiente atteinte de polyarthrite rhumatoïde

[5]. Vilana A, Iracema M, Relationship between periodontitis and rheumatoid arthritis : review of the literature « mediators of inflammation ,vol .2015.

[6]. Rodriguez-Lozano B, Gonzalez-Febles J, Garnie et al. Association between severity of periodontitis and clinical activity in rheumatoid arthritis patients: a case-control study. Arthritis Res Ther. 2019;21(1):27.

[7]. ERCIYAS K, KISACIK et al. Effects of periodontal therapy on disease activity in rheumatoid arthritis patients. Oral Dis. mai 2013; 19(4):3

[8]. Al-Katma MK, Bissada NF, Bordeaux JM et al. Control of periodontal infection reduces the severity of active rheumatoid arthritis. J Clin Rheumatol 2007

CONSEILS POUR LE TRAITEMENT DE L'HYPOMINÉRALISATION MOLAIRE-INCISIVE EN PRATIQUE PRIVÉE

Valeria Diener^{1*}
Joëlle A. Dulla^{2*}
Hubertus van Waes¹
Hendrik Meyer-Lueckel²

¹ Clinique d'orthodontie et de médecine dentaire pédiatrique, Université de Zurich, Suisse.

² Clinique de médecine dentaire conservatrice, préventive et pédiatrique, Université de Berne, Suisse

Reproduit du Swiss Dental Journal SSO N°1 - 2022

Résumé

Le traitement de l'hypominéralisation molaire-incisive marquée (HMI ; MIH pour les Anglo-Saxons) représente souvent un défi pour le patient et le praticien. Des facteurs tels que l'hypermétabolisme, la pulpite, les molaires HMI partiellement éruptées et les valeurs réduites des forces d'adhésion compliquent le travail médico-dentaire et en réduisent le succès à long terme. Un aspect important pour la pratique quotidienne est le fait de disposer d'un large spectre d'options thérapeutiques temporaires, également pour les dents difficiles à restaurer. Le présent travail porte sur les recommandations pratiques relatives au traitement de l'HMI. Les recommandations thérapeutiques de l'Académie européenne de médecine dentaire pédiatrique (European Academy of Pediatric Dentistry, EAPD) et des « concepts HMI de Würzburg » sont prises en compte. En complément, les méthodes thérapeutiques établies des Universités de Berne et de Zurich sont discutées.

Introduction

Sur la base des synthèses publiées précédemment par Dulla & Meyer-Lueckel (Partie 1) et Weber et coll. (Partie 2), des recommandations pratiques relatives au traitement de l'hypominéralisation molaire-incisive sont présentées dans la troisième partie de cet article (DULLA & MEYER-LUECKEL 2021 ; WEBER et coll. 2021). La recherche sur l'HMI est un domaine hétérogène et relativement jeune, ce qui explique que de nombreuses questions concrètes n'ont pas de réponses fondées sur des preuves. Cependant, il est incontestable que le diagnostic de l'HMI fait maintenant partie intégrante du quotidien professionnel de la médecine dentaire. Après l'attribution en 2001 de la dénomination « Molar-Incisor Hypomineralisation » aux manifestations cliniques connues de cette affection (WEERHEIJM et coll. 2001), les recommandations thérapeutiques de l'Académie européenne de médecine dentaire pédiatrique ont suivi en 2010 (LYGIDAKIS et coll. 2010). Un autre groupe d'experts les a concrétisées dans le « Concept HMI de Würzburg » (STEFFEN et coll. 2017 ; BEKES et coll. 2016). Les procédures décrites ci-dessous sont basées principalement sur ces publications. Cependant, des méthodes thérapeutiques établies des Universités de Berne et de Zurich seront également proposées et discutées.

L'hypominéralisation molaire-incisive (HMI) occupe aujourd'hui une place importante en pratique quotidienne médico-dentaire. On sait maintenant que les défauts qualitatifs de l'émail ne surviennent pas seulement au niveau des incisives permanentes et des molaires de 6 ans. Dans la denture de lait, les secondes molaires, notamment, peuvent présenter des caractéristiques

cliniques similaires. Ces observations ont également été faites sur des canines de lait et des premières molaires de lait (Fig. 1). Les enfants présentant une hypominéralisation de molaire de lait (HML) ont un risque environ 5 fois plus élevé de développer ultérieurement une hypominéralisation molaire-incisive (HMI). En particulier, l'HML légère est considérée comme un facteur prédictif de l'HMI, et plus le nombre de molaires de lait affectées par une HML est élevé, plus la probabilité de développer également une HMI est grande (GAROT et coll. 2018 ; ELFRINK et coll. 2012 ; MITTAL & SHARMA 2015) (Fig. 2). Il est conseillé d'examiner plus fréquemment les enfants présentant une HML et de suivre l'éruption des premières molaires permanentes. Ainsi, le diagnostic d'HMI peut être posé à un stade précoce (Fig. 3).



Fig. 1 : La dent 63 présente une opacité blanc-jaunâtre bien délimitée.



Fig. 2 : La photo montre une dent 55 légèrement hypominéralisée (HML) et une dent 16 fortement hypominéralisée et hypersensible (HMI).
Fig. 3 : La photo montre la dent 26 en éruption. La cuspidé mésiopalatine présente une opacité jaunâtre évocatrice d'une HMI. La dent 65 ne présente pas de signes d'HML.

La décision thérapeutique relative aux dents affectées par une HMI dépend de facteurs locaux tels que l'hypersensibilité et l'effondrement post-éruptif de l'émail, de facteurs émotionnels tels que la peur de la douleur ainsi que de facteurs socio-économiques. Au quotidien, différents facteurs inhérents au patient individuel viennent s'y ajouter, comme l'hygiène bucco-dentaire, les habitudes alimentaires ainsi que l'historique des caries. Il sera décidé sur cette base si, en cas d'hypominéralisation sans effondrement, une simple instruction d'hygiène bucco-dentaire avec application de fluorure est suffisante (Fig. 4a, 4b), ou si un scellement permettrait d'améliorer le pronostic de la dent. En outre, il faut tenir compte du fait qu'une thérapie *lege artis* n'est pas toujours possible en tant que traitement initial. D'une part, cela peut être dû à une coopération insuffisante en raison de l'âge. D'autre part, il est fréquent en Suisse que la première visite chez le médecin-dentiste ait lieu seulement en âge scolaire. Il peut arriver ainsi que le premier contact avec le médecin-dentiste se produise dans des circonstances défavorables, par exemple en relation avec une dent HMI avec pulpite, et donc hypersensible. Et dans le cas de dents HMI hypersensibles, il peut être difficile d'obtenir une analgésie satisfaisante, même lorsque la dose maximale d'anesthésique local est injectée. Les stimuli normalement faciles à anesthésier peuvent alors poser des problèmes : par exemple la mise à sec (les systèmes d'aspiration à proximité de la dent hypersensible peuvent provoquer des sensations de froid douloureuses), la vibration de la fraise boule lors de l'excavation des caries ou encore le meulage occlusal sous refroidissement par eau. En raison de l'âge, il est difficile de traiter les dents partiellement éruptées en assurant une mise à sec suffisante. Cette situation est aggravée ensuite par l'augmentation du nombre de rendez-vous chez le médecin-dentiste nécessitée pour les réparations et les pertes d'obturations, par le coût élevé des traitements, et par l'incompréhension des parents face aux prestations non reconnues par les assureurs (LAMaI, AI). Cependant, le traitement des enfants ne comporte pas seulement des aspects négatifs. Les concepts orthodontiques fonctionnent très bien, notamment pendant le développement de la denture, et élargissent l'éventail thérapeutique.



Fig. 4a : Les dents 16 et 26 d'un enfant de 7 ans montrent des zones d'émail non cavitaires, exemptes de caries mais hypominéralisées. Le patient a également remarqué une hypersensibilité, qui ne le dérangeait pas vraiment. Après avoir été informé, il a exprimé le souhait de laisser les dents sans restauration. Il a toutefois accepté une application régulière de vernis fluoré (22.600 ppm, Profluorid varnish, VOCO® GmbH, Cuxhaven, Allemagne). Pendant cette période, la famille a soutenu l'enfant lors des soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire.

Fig. 4b : Après la mise en œuvre des mesures prophylactiques, les dents 16 et 26 présentaient toujours une surface sans cavités ni caries, même après trois ans.

Particularités du traitement de l'HMI

Souvent, les parents consultent un médecin-dentiste pour la première fois avec leur enfant parce qu'ils ont découvert une dyschromie jaune-brunâtre sur la molaire de lait la plus postérieure ou sur la molaire de 6 ans. Ils assimilent souvent cette dyschromie à une carie et pensent avoir « échoué » en ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire de leurs enfants (Fig. 5, 6). Ceux qui ont déjà traité des patients présentant une HMI marquée savent qu'il s'agit de séances exigeantes. Lorsque les dents hypominéralisées sont douloureuses, c'est surtout immédiatement après leur éruption. Il est donc dans la nature même de cette affection de concerner toujours des patients

d'âge pédiatrique. D'une part, on ne peut pas toujours s'attendre à une coopération optimale en raison de l'âge, et d'autre part, des études ont montré que les enfants présentant une HMI sévère ont plus souvent des problèmes de coopération comparativement aux autres enfants du même âge. Ainsi Jälevik & Klingberg ont montré que les personnes affectées avaient dû subir par le passé nettement plus de traitements médico-dentaires en raison de douleurs et autres troubles comparativement au groupe contrôle sain (JÄLEVIK & KLINGBERG 2002). Les auteurs s'expliquent les particularités comportementales observées dans le groupe test par les antécédents médico-dentaires.

Pour le praticien, il est donc pertinent de savoir que dans les formes graves, ces jeunes patients peuvent encore être confrontés à de nombreuses difficultés. En conséquence, il est important d'établir une bonne relation de confiance avec l'enfant et également avec les parents. À cet égard, il est important de prendre au sérieux les plaintes subjectives. Les enfants ainsi affectés ou leurs parents font généralement état d'une hypersensibilité lors de la consommation d'aliments froids ou également de douleurs lors du brossage des dents. Les zones concernées peuvent être très bien localisées et indiquées par les patients. Il est recommandé de renoncer à toute provocation inutile de la douleur par des soufflets ou par aspiration, même s'il faut s'efforcer d'objectiver la douleur. Pour l'inspection de la dent, il est recommandé de poser des rouleaux de coton pour obtenir le séchage relatif éventuellement nécessaire.

D'après notre expérience, les patients présentant une HMI symptomatique ont une sécrétion salivaire accrue, ce qui complique encore la mise au sec ; ce point fait toutefois l'objet d'une controverse scientifique (BEKES et coll. 2020 ; GHANIM et coll. 2013).

Comme le décrivait déjà en 2021 l'article de synthèse de Dulla & Meyer-Lueckel, les dents HMI présentent des opacités blanc-jaunâtres à brunâtres bien délimitées. Plus l'opacité est sombre, moins l'émail est minéralisé et plus il faut s'attendre à une perte de substance, éventuellement à une exposition de la dentine et à des hypersensibilités (CABRAL et coll. 2016 ; DA COSTA-SILVA et coll. 2011 ; JALEVIK & NOREN 2000 ; DULLA & MEYER-LUECKEL 2021). Si de plus l'hygiène bucco-dentaire de l'enfant est insuffisante, l'apparition et la progression de la carie est favorisée. Il en résulte une perte de substance avec une hypersensibilité encore plus marquée, ce qui entraîne une diminution accrue des soins d'hygiène bucco-dentaire et une progression plus rapide de la carie. D'où un cercle vicieux qui ne peut être interrompu sans traitement médico-dentaire (Fig. 7 et 8).



Fig. 5 : La dent 65 présente une hypominéralisation de molaire de lait (HML) avec des opacités blanc-jaunâtres.

Fig. 6 : La dent 16 présente une forme légère d'HMI. L'opacité jaunâtre se limite à la cuspide mésiopalatine. La dent 55 ne présente pas d'HMI.

Lorsqu'une thérapie avec isolation du champ de travail est prévue, la digue en caoutchouc est un moyen éprouvé. Toutefois, cela n'est pas possible lorsque les dents ne sont que partiellement éruptées. La pince de la digue en caoutchouc



Fig. 7 : En raison de l'hypersensibilité de la dent 16 HMI en éruption, les soins d'hygiène bucco-dentaire ont été fortement négligés.

Fig. 8 : La photo montre une dent 36 hypominéralisée avec une lésion carieuse profonde. De même, la dent 75 présente une lésion carieuse. La restauration a été réalisée en anesthésie générale en raison du manque de coopération du patient.

ne s'adapte pas, glisse généralement et peut endommager l'émail. De plus, une anesthésie locale est presque toujours nécessaire, même lorsqu'une intervention en soi indolore est prévue, comme par exemple le scellement de fissures. Les rouleaux de coton, les Dry-Tips® (société Microbrush International, Algonquin, USA), les cales d'occlusion, Optragate® (société Ivoclar Vivadent, Vaduz, Liechtenstein) ou différents systèmes d'aspiration (par ex. Isovac, société Gerl Dental, Cologne, Allemagne) sont des alternatives qui permettent d'atteindre plus rapidement le but recherché en fonction de la situation initiale et de l'objectif thérapeutique visé (Fig. 9).



Fig. 9 : Le système d'aspiration Isovac® (société Gerl Dental, Cologne, Allemagne) a été utilisé pour le scellement des fissures.

Notamment dans les cas d'HMI importante, il ne faut pas oublier que la douleur est une perception subjective qui ne dépend pas uniquement de facteurs somatiques. Pour minimiser autant que possible les sensations douloureuses pendant le traitement, il vaut la peine d'appliquer différentes méthodes visant à influencer le comportement (Behaviour Management) (STEFFEN & DIENER 2018). Cela se traduit généralement par une meilleure coopération du patient, et davantage de temps de traitement médico-dentaire sans interruption.

Sur le plan pharmacologique, le contrôle de la douleur doit être assuré, dans la mesure du possible, par une anesthésie locale (STEFFEN & VAN WAES 2011). Les échecs de l'anesthésie sont toutefois très fréquents et entraînent souvent l'arrêt du traitement. La technique d'infiltration CIA (Crestal Intraosseus Approach) à l'aide d'un dispositif d'injection contrôlé par ordinateur (par ex. The Wand, société Milestone Scientific, Livingston, USA) s'avère être une méthode d'anesthésie ménageant les tissus et offrant une bonne efficacité, et peut

présenter un avantage par rapport à l'anesthésie de conduction (Fig. 10 ; DIXIT & JOSHI 2018 ; DISCEPOLO & BAKER 2011 ; SIXOU & BARBOSA-ROGIER 2008 ; FOUAD & LEVIN 2006).

Si l'anesthésie locale ne permet pas d'obtenir une analgésie suffisante, l'utilisation d'une prémédication analgésique lors d'une séance suivante peut être d'une grande aide dans le traitement des patients présentant des dents HMI hypersensibles. Pour influencer les douleurs chroniques, le traitement médicamenteux devrait déjà commencer > 24h avant l'intervention. La prise des 4 doses se répartit comme suit : >24h, 12h, 6-8h avant le traitement prévu, et la dernière dose sera prise immédiatement avant l'intervention. Le traitement médicamenteux doit être anti-inflammatoire en plus de l'effet analgésique (STEFFEN & VAN WAES 2011).

Premier choix : paracétamol en monothérapie

- Posologie : Initialement 25 mg/kg PC, puis 3 x 15 mg/kg PC (moins de 16 kg PC / max. 125 mg/kg PC/jour). [[ndt: le paracétamol n'est pas un anti-inflammatoire!]]

Deuxième choix : dérivés de l'acide arylpropionique (anti-inflammatoire non stéroïdien)

- Posologie : Initialement 5 mg/kg PC, puis 3 x 5 mg/kg PC (moins de 30 kg PC / max. 500 mg/jour).

Souvent, une combinaison de prémédication analgésique, d'anesthésie locale et de sédation est nécessaire. Alors que l'anesthésie locale permet de réduire ou de supprimer les douleurs, la sédation a pour but d'atténuer le contexte émotionnel de crainte et d'anxiété associé aux soins médico-dentaires. La sédation pharmacologique par Dormicum® (Cito Pharma Services GmbH, Uster) est souvent utilisée chez les jeunes enfants (< 6 ans), mais elle est également possible chez les plus âgés. Le principe actif du Dormicum®, le midazolam, exerce un effet sédatif rapide et inducteur de sommeil, un effet anxiolytique, anticonvulsivant et myorelaxant et entraîne une amnésie antérograde. Ce médicament n'a pas d'effet analgésique, de sorte que l'anesthésie locale reste nécessaire. La sédation par inhalation d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène convient très bien pour les enfants plus âgés. Souvent, les enfants présentant des dents HMI hypersensibles peuvent être traités de manière satisfaisante en combinant une prémédication analgésique, une anesthésie locale et un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène. Lors de l'utilisation de Dormicum® (Cito Pharma Services GmbH, Uster), il convient de noter que ce sédatif ne doit pas être combiné à d'autres sédatifs (dont le protoxyde d'azote), ni avec des médicaments hypnotiques. Le midazolam est une substance active qui peut provoquer des effets secondaires tels que des événements cardiorespiratoires graves. Ce médicament ne doit être utilisé que lorsque l'on dispose des connaissances professionnelles nécessaires et des installations adéquates. Si la coopération de l'enfant reste insuffisante malgré la sédation, l'anesthésie générale est alors la seule option qui reste.



Fig. 10 : Technique d'infiltration CIA (Conventional infiltration anaesthesia) utilisant un dispositif d'injection assisté par ordinateur.

Les possibilités de soins provisoires

Une dent HMI hypersensible entraîne souvent une coopération insuffisante du patient, ce qui rend impossible une restauration définitive immédiate. Dans de telles situations, les options provisoires sont indiquées et visent à soulager la douleur, à stopper la perte progressive de substance dentaire dure et à mettre le patient en confiance. Il est important d'établir une meilleure hygiène bucco-dentaire, qui sera soutenue par l'application professionnelle de vernis fluoré. Mais de manière générale, il n'existe pas de preuves cliniques avérées de la supériorité d'une méthode prophylactique (non invasive) spéciale en cas d'HMI, de sorte qu'il vaut mieux s'en tenir aux méthodes établies de prévention des caries. Dès que les mesures temporaires ont permis de réduire les hypersensibilités et que le patient montre une coopération suffisante, il est possible d'envisager des restaurations définitives.

Dans le cas de molaires HMI partiellement éruptées et/ou hypersensibles, pour lesquelles une mise au sec absolue n'est pas possible, il convient d'essayer de tamponner délicatement la dent au moyen de pastilles de coton pour la sécher, puis d'appliquer un matériau d'obturation temporaire. Ces mesures permettent souvent d'obtenir une première diminution de l'hypersensibilité. L'objectif doit également être de ralentir la perte d'émail post-éruptive, mais cela ne réussit pas dans tous les cas (Fig. 11). Selon le degré d'hypersensibilité, il faut déjà effectuer une prémédication et/ou une anesthésie locale pour les restaurations provisoires.

Les matériaux d'obturation provisoires à privilégier sont les ciments de verre ionomère (CVI) conventionnels ou modifiés à la résine (ELHENNAWY & SCHWENDICKE 2016). Un CVI conventionnel convenant pour le scellement temporaire et la protection de surface est le Fuji TRIAGETM pink (il est important ici d'utiliser le CVI de couleur rose). Ainsi, il est possible de distinguer clairement le matériau dentaire du CVI (GC Corp., Tokyo, Japon). Ce ciment de verre ionomère présente une faible viscosité, il est tolérant à l'humidité et, selon les indications du fabricant, il libère plus de fluor que les autres CVI (Fig. 12a, 12b, 13). En tant qu'alternative, des résultats satisfaisants sont obtenus avec le ciment de verre ionomère modifié à la résine Clinpro™ XT Varnish (3M Deutschland GmbH, Seefeld, Allemagne) comme couche de protection temporaire et de désensibilisation (Fig. 14a, 14b). Utilisé comme « coating » ou revêtement, ce matériau possède certaines propriétés antibactériennes qui réduisent le risque de caries sous la couche protectrice.



Fig. 11 : La dent 36 présente une perte d'émail post-éruptive en raison d'une HMI, malgré le scellement de fissures effectué.

Fig. 12a : La dent 36 présente des opacités jaune-brunâtres et une perte d'émail occlusale postéro-supérieure de type HMI, ainsi que des caries.



Fig. 12b : Malgré l'anesthésie locale, la dent 36 est restée hypersensible et seule une restauration provisoire avec Fuji TRIAGETM (GC Corp., Tokyo, Japon) a pu être réalisée. Le suivi a montré une amélioration subjective, mais pas une disparition totale des symptômes.

Fig. 13 : La surface occlusale de la dent 16 a été recouverte avec du Fuji TRIAGETM (GC Corp., Tokyo, Japon). L'hypersensibilité n'ayant que peu diminué, une bande orthodontique supplémentaire a été scellée par la suite (cf. fig. 16).



Fig. 14a : Cette patiente a refusé de coopérer avec l'orthodontiste en raison de l'hypersensibilité dentaire au niveau des dents 16 et 26 (à noter la perte prématurée des dents 55 et 65). Afin de traiter immédiatement les troubles liés à la pulpite, les surfaces occlusales des dents 16 et 26 ont été recouvertes de Clinpro™ XT Varnish (3M Deutschland GmbH, Seefeld, Allemagne).

Fig. 14b : Situation 6 mois après le traitement. La mère et l'enfant ont pu confirmer une réduction significative de l'hypersensibilité.

Si de surcroît une lésion carieuse survient dans une zone hypominéralisée, il sera d'autant plus difficile d'obtenir la suppression de la douleur. Malgré une anesthésie locale correctement réalisée, il arrive souvent que des douleurs surviennent, au plus tard lors de l'excavation avec la fraise boule, et que le traitement doive alors être achevé tant bien que mal. Cependant, on considère aujourd'hui qu'une excavation complète de la carie à proximité de la pulpe n'est pas recommandée ; on peut de préférence y laisser de la dentine dure à légèrement ramollie, laquelle durcira à nouveau sous une obturation dense (RICKETTS et coll. 2013).

Dès que plusieurs faces d'une molaire sont excavées, on peut avoir recours à une bande orthodontique comme solution temporaire (Fig. 15-17, STEFFEN 2011). Cette option présente surtout un avantage lorsque la dent n'a pas encore fait complètement éruption et ne peut donc pas encore bénéficier d'une restauration définitive. La bande peut assurer une mise en forme circulaire et une stabilisation, et les parties occlusales peuvent être recouvertes d'un ciment de verre ionomère ou d'un composite. L'avantage est également qu'il n'est pas nécessaire de travailler sur les tissus dentaires durs, ce qui est potentiellement douloureux, et que le scellement ne nécessite pas une mise au sec absolue. On gagne ainsi un temps précieux pendant lequel la dent continue à faire éruption, et comme l'expérience l'a montré, la pulpite s'atténue, de sorte que par la suite il sera plus facile de procéder au traitement définitif de la dent. La bande orthodontique peut être enlevée sans grande difficulté.

Les molaires hypominéralisées peuvent également être recouvertes de couronnes en acier. Les indications comprennent les hypersensibilités sévères, les pertes de substance importantes et les échecs thérapeutiques antérieurs. Souvent, les circonstances extérieures jouent aussi un rôle, par exemple lorsqu'une thérapie n'a été possible que sous anesthésie générale et qu'une intervention ultérieure doit être évitée autant que possible. La couronne en acier minimise considérablement le risque d'apparition de caries et prévient également l'effritement progressif des parties hypominéralisées de l'émail. Cette méthode présente l'inconvénient de devoir meuler plus ou moins la dent, en fonction de l'espace disponible. La perte de substance qui en résulte est toutefois moins importante que pour une préparation de couronne conventionnelle, car l'espace nécessaire est faible et le métal, grâce à sa plasticité, s'adapte bien aux conditions locales. L'inconvénient esthétique, en revanche, est manifeste (Fig. 18a, 18b).



Fig. 15 : Dent 46 : Après l'excavation carieuse et la restauration provisoire avec Fuji II LC (GC Corp., Tokyo, Japon), une bande orthodontique a été scellée avec Ketac™ Cem (3M Deutschland GmbH, Seefeld, Allemagne). La bande est toujours en place 3 ans après le scellement.

Fig. 16 : La dent 16 avait été précédemment restaurée avec Fuji TRIAGETM (GC Corp., Tokyo, Japon). En raison de l'hypersensibilité persistante, une bande orthodontique supplémentaire a été scellée.



Fig. 17 : La dent 46 avait été précédemment restaurée avec Fuji TRIAGETM (GC Corp., Tokyo, Japon). Au lieu d'une bande orthodontique unique autour de la dent 46, il a été décidé avec l'orthodontiste de mettre en place un arc lingual (à noter la perte prématurée de la 73 et de la 83).

Les possibilités de restauration à long terme

Le scellement des fissures est considéré comme une mesure de prévention efficace pour les molaires HMI intactes, et doit être effectué lorsque la dent est complètement éruptée et que la mise à sec peut être suffisante (Fig. 19). En cas de contamination par la salive pendant ou après le mordantage à l'acide, les valeurs d'adhésion du produit de scellement de fissures diminuent nettement (MULLER-BOLLA et coll. 2006 ; DENNISON et coll. 1990 ; WELBURY et coll. 2004). En cas de mise au sec insuffisante, il convient de privilégier en

conséquence les scellements de fissures provisoires au moyen de GIZ® (cf. Possibilités de restaurations provisoires). Des informations plus précises sur le scellement des fissures et l'utilisation de systèmes adhésifs avant l'application de l'agent de scellement sont disponibles dans un travail de synthèse récemment publié (WEBER et coll. 2021).



Fig. 18a : La photo montre la dent hypominéralisée 36 non traitée.

Fig. 18b : La dent 36 a été restaurée avec une couronne en acier. Si l'on considère la situation initiale, la thérapie semble très invasive. Cependant, la décision a été fondée sur le fait que le patient était en situation de handicap cognitif important et que le traitement ne pouvait être réalisé que sous anesthésie générale. Il était donc indiqué d'opter pour une solution aussi durable que possible et techniquement peu fragile.

Dans la plupart des cas, une restauration adhésive des défauts de substance et un recouvrement de l'émail poreux semblent judicieux (Fig. 20a-c, 21a, 21b, 22a, 22b). Il convient toutefois de noter que les valeurs d'adhésion sur les parties hypominéralisées de l'émail sont plus faibles que dans le cas d'une dent saine (KRÄMER et coll. 2018 ; WEBER et coll. 2021). C'est pourquoi il faut évaluer si la limite de la préparation doit être étendue à une zone d'émail saine, ce qui implique toutefois un sacrifice accru de substance dentaire afin d'obtenir une meilleure force d'adhésion dont la signification clinique n'est pas claire. Il n'en reste pas moins que les pertes d'obturations entières sont rares (WEBER et coll. 2021). Il faut s'attendre cependant à des marges d'obturation insuffisantes, car l'émail adjacent se fracture souvent. Il est conseillé d'informer au préalable les patients que les obturations doivent être contrôlées très souvent, et réparées si nécessaire. Les restaurations indirectes telles que les onlays ou les couronnes partielles présentent un bon succès clinique à long terme. Ces restaurations sont principalement utilisées chez les adolescents pour les dents HMI avec destruction de substance dentaire dure, et en cas de bonne coopération (cf. WEBER et coll. 2021).

Infiltration pour masquer une HMI

Le point commun de toutes les altérations blanchâtres est la densité minérale plus faible, et donc l'augmentation de la quantité d'air ou d'eau (c'est-à-dire de salive) au sein des « white spots ». Les deux milieux induisent un indice de réfraction plus faible (1,0 et 1,33 respectivement) par rapport à l'émail sain et bien minéralisé environnant (1,62). Nous percevons visuellement cette différence d'indice de réfraction comme une modification blanchâtre (KIDD & FEJERSKOV 2004). Le matériau d'infiltration présente un indice de réfraction proche de celui de l'émail sain (1,52), de sorte que l'on peut s'attendre à une bonne adaptation esthétique de la lésion si l'infiltration est aussi complète que possible. Cependant, les éventuelles dyschromies jaune-brunâtres doivent être éliminées avant l'infiltration, dans la mesure du possible, par exemple

par blanchiment. Le masquage esthétique des lésions carieuses, ainsi que la fluorose de degré moyen au maximum, est possible de manière très fiable (KOBBE et coll. 2019). Les dents présentant une hypominéralisation molaire-incisive (HMI) importante d'un point de vue esthétique ne semblent pas pouvoir être masquées optiquement de manière aussi favorable, du moins lors d'un mordançage unique à l'acide chlorhydrique à 15% (KIM et coll. 2011). Néanmoins, comparativement à la fluoruration, l'infiltration réduit le risque de fracture de l'émail hypominéralisé (NOGUEIRA et coll. 2021). Pour obtenir un résultat esthétique optimal, nous recommandons un mordançage plus important ou plus long afin de pouvoir effacer également les zones plus profondes de la couche superficielle. Le cas échéant, les zones insuffisamment masquées, ainsi que celles qui présentaient déjà une perte de substance dentaire dure avant l'infiltration, peuvent être traitées par une obturation composite superficielle. Cette procédure nous semble avantageuse par rapport à la thérapie d'obturation sans infiltration supplémentaire des dents antérieures HMI pratiquée jusqu'à présent, car de cette manière, les zones d'émail hypominéralisées sont laissées autant que possible en place et la dent est donc moins endommagée (MEYER-LUECKEL et coll. 2017).



Fig. 19 : La dent 16 hypominéralisée a été traitée avec un scellant de fissures à base de résine (Helioclean® F, Ivoclar Vivadent, Vaduz, Liechtenstein). Un adhésif a été appliqué avant la mise en place du scellant. L'isolation du champ de travail a été réalisée à l'aide du système d'aspiration Isovac® (société Gerl Dental, Cologne, Allemagne).



Fig. 20a : La dent 36, qui n'est que légèrement hypominéralisée, présente une perte partielle du scellement des fissures.

Fig. 20b : Le matériau d'obturation restant a été retiré et le relief de fissure ainsi que le défaut d'émail disto-buccal ont été préparés à minima.

Fig. 20c : La restauration a été réalisée selon la technique « Etch and Rinse » et avec un composite fluide. Le traitement a été effectué sous anesthésie locale.

Traitement d'extraction lors d'HMI

Comme décrit précédemment, les dents atteintes d'HMI peuvent présenter des complications dès leur éruption. C'est aussi pour cette raison que la préservation à long terme de ces dents doit être évaluée de manière critique. Si le pronostic d'une molaire est mauvais parce qu'une perte de substance significative s'est déjà produite et/ou s'il existe des risques endodontiques, une extraction peut être envisagée. Il est recommandé d'évaluer de tels cas en collaboration avec un médecin-dentiste spécialisé en orthodontie afin de déterminer si une extraction est bénéfique pour le patient (fig. 23 a-c). Schätzle et coll. décrivent que l'extraction des molaires de 6 ans doit avoir lieu au mieux entre 8 et 10,5 ans dans le maxillaire supérieur et entre 8 et 11,5 ans dans la mandibule, afin que la

molaire de 12 ans puisse fermer spontanément l'espace lors de son éruption et que la correction par des appareils soit la plus limitée possible (SCHÄTZLE & PATCAS 2011). Il convient toutefois de mentionner ici qu'il n'est pas toujours possible d'attendre le moment idéal pour l'extraction. Le risque de complications endodontiques (par ex. abcès dentogène) ne doit pas être pris.

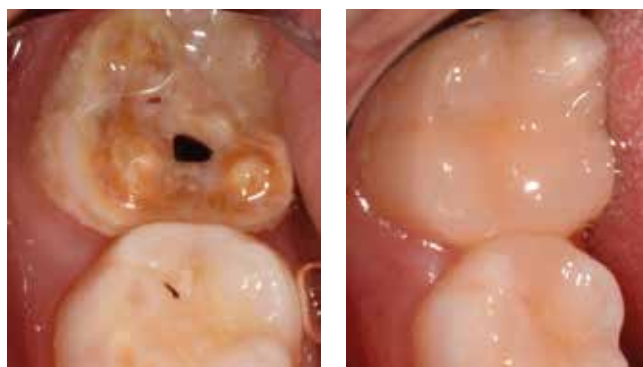


Fig. 21a : La dent 46 présente une perte d'émail post-éruptive avancée et une forte hypersensibilité.

Fig. 21b : La reconstruction de la dent 46 a été réalisée avec un composite (Ceram.x Spectra™, Dentsply Sirona, Charlotte, USA). L'émail hypominéralisé a été éliminé en grande partie. L'intervention a été réalisée sous anesthésie générale en raison de la forte hypersensibilité et de la coopération insuffisante. Lors du contrôle de suivi à 4 mois, l'hypersensibilité n'était plus constatée.



Fig. 22a : Il s'agit du même patient que celui de la Fig. 21a et 21b. La dent 16 présente une surface fortement hypominéralisée mais non cavitaire.

Fig. 22b : La dent 16 a été restaurée avec un composite, de façon analogue à la dent 46 de la Fig. 21b (Ceram.x Spectra™, Dentsply Sirona, Charlotte, USA).



Fig. 23a et b : Situation clinique et radiologique d'un patient de près de 10 ans, présentant des molaires 36 et 46 effondrées, en partie cariées et hypominéralisées. Comme ces dents provoquaient déjà de fortes douleurs, le concept orthodontique prévoyait leur extraction rapide. Elles ont été extraites 2 mois plus tard.



Fig. 23c : L'OPT montre la situation presque 3 ans après l'extraction des molaires. Les dents 37 et 47 ont fait éruption sans complications, 2 ans après l'extraction des premières molaires mandibulaires. Les espaces dans les régions 36 et 46 se sont refermés sans intervention orthodontique.

Conclusion

En raison de la complexité des facteurs qui peuvent influencer la décision thérapeutique, il n'est guère possible d'établir un arbre décisionnel. Il est de la responsabilité des soignants de tenir compte des différents facteurs propres au patient individuel.

En principe, il est recommandé de disposer d'un maximum d'options afin que les patients puissent bénéficier d'une aide rapide, même si une solution à long terme n'est pas toujours possible dans tous les cas.

Castellini Puma Eli R



A PARTIR DE 16.995 €

À PARTIR **316 €** PAR MOIS

Castellini Skema 5



A PARTIR DE 19.995 €

À PARTIR **371 €** PAR MOIS

Gand •

Anvers •



Rendez nous visite à Zellik!

• Bruxelles

Castellini Skema 6



A PARTIR DE 23.995 €

À PARTIR **446 €** PAR MOIS

Castellini Skema 8



A PARTIR DE 27.495 €

À PARTIR **510 €** PAR MOIS

Eurodent Isoplus



A PARTIR DE 16.995 €

À PARTIR **316 €** PAR MOIS

Eurodent Absolute



A PARTIR DE 16.995 €

À PARTIR **316 €** PAR MOIS

Système MyRay X5 3D Conebeam



A PARTIR DE 38.995 €

À PARTIR **32,49 €** PAR JOUR

Système MyRay X9 Pro



A PARTIR DE 28.990 €

À PARTIR **26,92 €** PAR JOUR

➤ Visitez le bureau, la salle d'exposition et le centre de service d'UDental à Bruxelles (Zellik). Prenez rendez-vous avec nos chargés de clientèle.



Bernard Felix
Responsable secteur (FR/NL)

T 0470 49 67 25
E bernard.felix@udental.be



Tom Deleuze
Responsable secteur (NL/FR)

T 0467 008 200
E tom@udental.be



Bart Thielemans
Responsable service technique et technicien

T 02 660 16 50
E bart@udental.be



Steven Scheire
Technicien de maintenance

T 02 660 16 50
E info@udental.be



Abdel Elmrini
Technicien de maintenance

T 02 660 16 50
E info@udental.be

PRENDRE SOIN DES PATIENTS ANXIEUX



Dr E. Binhas

Les journées d'un cabinet dentaire sont souvent intenses. Effectivement, la volonté de bien faire et de proposer des soins les plus performants à ses patients est réellement présente. L'accueil et l'accompagnement sollicitent pleinement les capacités d'adaptation de l'équipe. C'est dans ces conditions qu'il est indispensable d'intégrer que les patients anxieux demandent plus d'attention que les autres et qu'ils peuvent générer un stress pour l'ensemble des membres du cabinet. Surtout s'ils ne sont pas formés à les recevoir !

Qui sont-ils ?

Les patients anxieux mettent souvent leur santé bucco-dentaire en danger à cause de leur peur. Ils préfèrent être partout ailleurs que sur le fauteuil d'un dentiste et trouvent souvent de nombreuses excuses pour annuler ou retarder leurs rendez-vous. Votre rôle ? Les amener à en parler.

Ces patients sont effrayés par l'expérience qu'ils vont vivre dans votre cabinet. Cela ne sera probablement pas évident au début. Savoir quelles questions leur poser aidera certainement à briser la glace. Vous pouvez par exemple leur demander :

- Avez-vous eu des expériences dentaires négatives dans le passé ? Si oui, pourriez-vous les partager avec moi ?
- Quelles sont vos inquiétudes concernant le traitement ?
- Avez-vous des inquiétudes concernant le forage, les injections ou l'anesthésie ? Si oui, cela vous dérangerait-il de m'en parler ?

Passer du temps à répondre à leurs préoccupations leur donnera l'occasion de se détendre et de se mettre dans les meilleures conditions pour démarrer les soins nécessaires à une bonne santé bucco-dentaire.

Comment reconnaître des patients anxieux ?

Toute l'équipe du cabinet doit se sentir concernée. Il peut être une bonne idée de se former à reconnaître les signes courants de l'anxiété : une respiration forte, une transpiration excessive, des mains triturrées... de même que les patients qui parlent fort ou a contrario qui sont particulièrement silencieux. Lorsque l'on constate un de ces signes, l'équipe doit accorder une attention particulière au patient et faire tout son possible pour le mettre à l'aise. Cela peut tout simplement consister à lui parler calmement en attendant que le praticien arrive ou encore de l'aider à remplir des documents. Il se sentira rassuré.

Apprenez à les connaître

Vous devez créer une véritable relation de confiance avec ces patients sujets à une forte anxiété. Il s'agit d'un véritable challenge ! Montrez-leur des photos avant/après des cas que vous avez traités. Vous pouvez même investir dans un outil de simulation qui aura pour effet de leur montrer ce à quoi ils ressembleront après la réalisation du traitement. Posez-leur des questions sur leur famille, leurs loisirs... Ces moments sont l'occasion de se familiariser avec eux et petit à petit, ils se sentiront plus à l'aise.

Ne soyez pas moralisateur

Si vous commencez par faire la leçon à ce type de patients en déplorant l'état de leur bouche, vous pouvez être certain

qu'ils n'accepteront aucune de vos propositions. Vous les braquerez et l'effet sera plus que négatif dans la relation que vous créez. Cela ne sert à rien de les culpabiliser. Soyez plus dans la bienveillance et éduquez-les ! Expliquez-leur que vous pouvez les aider et qu'ils ne sont plus seuls face à leur peur et leur problème dentaire.

Laissez-les agir

Perdre le contrôle de la situation peut se révéler extrêmement stressant pour certains patients. Si vous leur donnez le sentiment de maîtriser quelques éléments, vous diminuerez leur stress. Leur proposer d'emblée de faire un signe pour faire une pause lors du rendez-vous ou pour signaler une douleur est un bon moyen de les rassurer. Savoir qu'ils ont la possibilité de stopper le soin les aidera à rester calme pendant toute la séance. Vous pouvez également envisager de vous former à l'hypnose ou à des techniques de relaxation. Les patients sont très souvent réceptifs à ces méthodes. Vous leur montrez ainsi que vous prenez en compte leur stress et que vous faites preuve d'empathie.

Une information à la fois

Commencez par ce qui est essentiel. Ne submergez pas les patients avec un trop grand nombre d'informations et des projets de plans de traitement lors des premiers rendez-vous surtout s'ils sont nerveux à l'idée d'être là. L'idée est de ne pas leur donner d'excuses pour ne pas revenir.

L'environnement

Le cadre dans lequel vous recevez vos patients est un outil important pour rassurer. Une atmosphère d'hôpital n'est pas très engageante ni rassurante. Les patients anxieux se sentiront encore plus stressés. Du comptoir d'accueil en passant par la salle d'attente, une décoration chaleureuse, des fauteuils confortables, des éléments pour faire passer le temps comme des affiches ou un écran avec du contenu seront autant d'éléments qui favoriseront la détente.

Soyez ponctuel !

Imaginez comme l'attente peut être très désagréable pour un patient anxieux. Vous ne ferez que renforcer ce sentiment. Il en est de même en salle de soins. La musique est un moyen de détourner l'attention des patients et de se concentrer sur autre chose que le bruit des instruments...

Comme nous venons de l'évoquer, les patients anxieux demandent une prise en charge un peu différente. Ils peuvent être frustrants à soigner au début mais si vous arrivez à gagner leur confiance, il y a de fortes chances qu'ils vous soient fidèles très longtemps. C'est très gratifiant pour l'ensemble de l'équipe qui ne manquera pas de noter les progrès à la fois dans le comportement et dans la bouche de ces patients.

Vous
souhaitez
numériser
votre flux
de travail ?

Ne cherchez
pas plus

loin



Une équipe digitale à votre service
Contactez notre service client au +32 467.41.70
ou votre délégué Nobel Biocare

nobelbiocare.com

FORMATION CONTINUE COURS

38 **Rencontre Dentistes - Hygiénistes**
39 **Radioprotection**
40 **Dilemmes**
41 **Succès des implants en zone esthétique**

7 mai
8 octobre
22 octobre
19 novembre

RENCONTRE DENTISTES-HYGIENISTES

Samedi 7 mai 2022
de 9h00 à 17h30



Blue Point Bruxelles
Bd A. Reyers 80
1030 Bruxelles

Accréditation demandée
40 UA dom 1, 6
Formation continue 6hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

RADIOPROTECTION

Samedi 8 octobre 2022
de 9h00 à 12h30



Brussels Expo Palais 7
Pl. de Belgique 1
1220 Bruxelles

**Pr V PIRLET
A JANSSENS
S LEONARD**

Accréditation
20 UA dom 3 - 21009453
Formation continue 3hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

DILEMMES

Samedi 22 octobre 2022
de 9h00 à 17h30



Blue Point Bruxelles
Bd A. Reyers 80
1030 Bruxelles

Accréditation
10 UA dom 1 - 30 UA dom 2
Formation continue 6hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

SUCCES DES IMPLANTS EN ZONE ESTHETIQUE

Samedi 19 novembre 2022
de 9h00 à 17h30



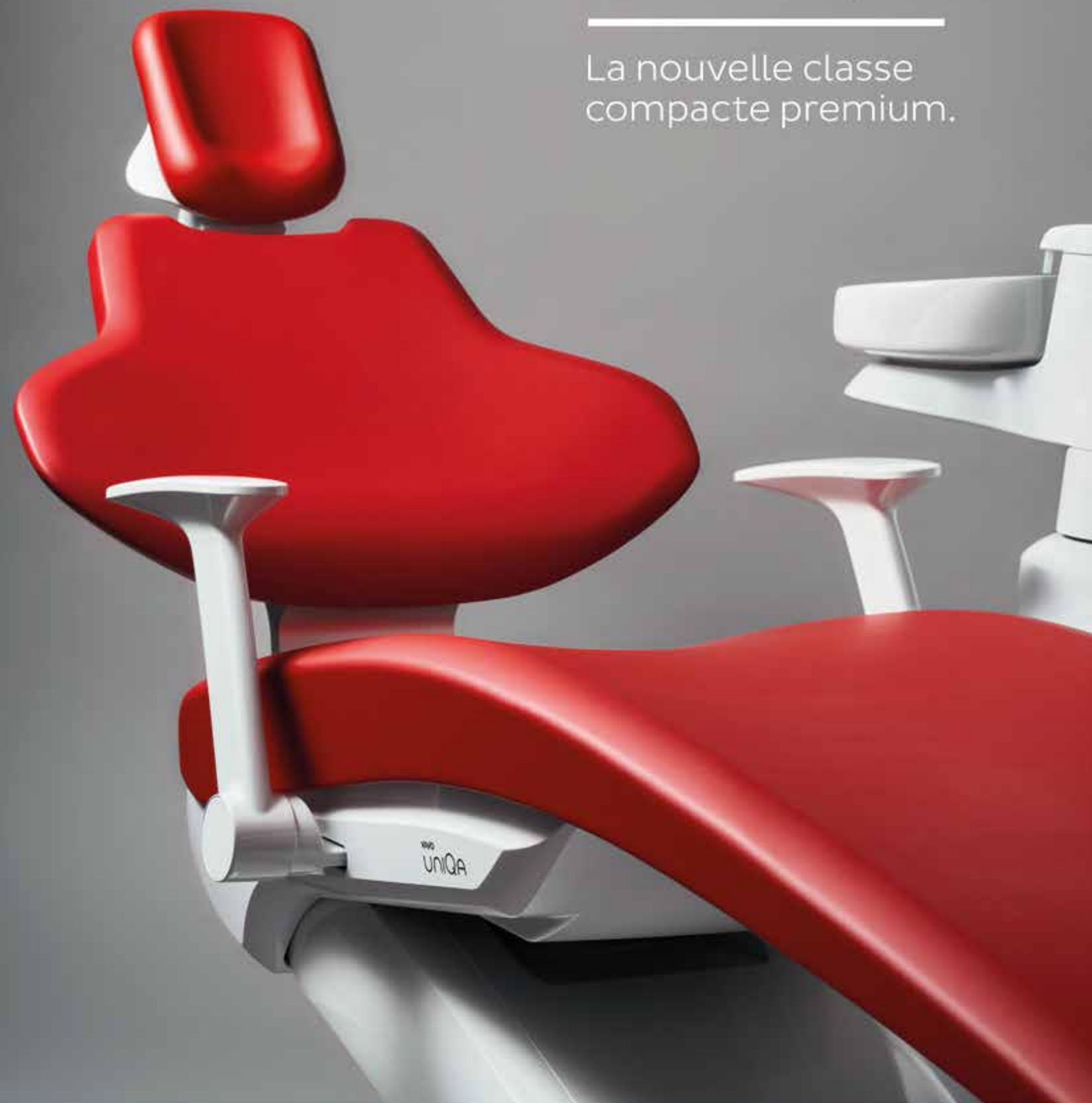
Dolce La Hulpe
Chaussée de Bruxelles 135
1310 La Hulpe

Accréditation accordée
20 UA dom 6 - 20 UA dom 7
Formation continue 6hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

KAVO UNIQA

La nouvelle classe
compacte premium.



En savoir plus : www.kavo.com/fr/uniqa

FORMATION CONTINUE WORKSHOP

44	Relation au travail
45	Facettes & éclaircissement
46	Les sutures
47	L'Art de diriger
48	Réanimation
49	Bien-être au travail
50	Composites injectables
51	Tabacologie
52	Study-Clubs

19 mai
11 juin
18 juin
23 juin
23 septembre
29 septembre
1er octobre
13 octobre

RELATION AU TRAVAIL

Jeudi 19 mai 2022
de 9h00 à 17h00

COMPLET
Prochaine date
24 novembre



WORKSHOP



Maison des Dentistes
Avenue des Courses 20
1050 Bruxelles (ULB)

F AZDIHMED

Accréditation
40 UA dom 2
Formation continue 6hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

FACETTES & ECLAIRCISSEMENT

Samedi 11 juin 2022
de 9h00 à 17h00
COMPLET



WORKSHOP



Maison des Dentistes
Avenue des Courses 20
1050 Bruxelles (ULB)

J SABBAGH

Accréditation
30 UA dom 7 - 10 UA dom 4
Formation continue 6hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

SUTURES

Samedi 18 juin 2022
de 9h00 à 13h00



WORKSHOP



Maison des Dentistes
Avenue des Courses 20
1050 Bruxelles (ULB)

Accréditation
20 UA dom 6
Formation continue 3hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

C VOISIN

L'ART DE DIRIGER

Jeudi 23 juin 2022
de 9h00 à 17h00

COMPLET
Prochaine date
8 décembre



WORKSHOP



Maison des Dentistes
Avenue des Courses 20
1050 Bruxelles (ULB)

F AZDIHMED

Accréditation
40 UA dom 2
Formation continue 6hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

REANIMATION

Vendredi 23 septembre 2022
de 9h00 à 17h00



WORKSHOP



Maison des Dentistes
Avenue des Courses 20
1050 Bruxelles (ULB)

B DASSARGUES

Accréditation
40 UA dom 1
Formation continue 6hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL

Jeudi 29 septembre 2022
de 9h00 à 17h00



WORKSHOP



Maison des Dentistes
Avenue des Courses 20
1050 Bruxelles (ULB)

Accréditation demandée
40 UA dom 2
Formation continue 6hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

F AZDIHMED

COMPOSITES INJECTABLES

Samedi 01 octobre 2022
de 9h00 à 17h00



WORKSHOP



Maison des Dentistes
Avenue des Courses 20
1050 Bruxelles (ULB)

S ERCUS

Accréditation
40 UA dom 4
Formation continue 6hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

TABACOLOGIE

Vendredi 13 octobre 2022
de 9h00 à 12h30



WORKSHOP



Maison des Dentistes
Avenue des Courses 20
1050 Bruxelles (ULB)

B DASSARGUES

Accréditation
20 UA dom 1
Formation continue 3hrs

DÉTAILS ET INSCRIPTION
www.dentiste.be
02 375 81 75

QUELQUES RÉGLES À RESPECTER

Assistant.es, conjoint.es, prothésistes, bienvenu.es au study-club : participation de 40€ pour l'accompagnant d'un membre et de 80€ pour l'accompagnant d'un non-membre. Ce montant sera facturé directement au dentiste.

- Inscription obligatoire à la conférence (via le site)
- Limitation du nombre de participants (voir places restantes sur le site)

Merci de votre compréhension.

BRABANT WALLON - BRUXELLES - HAINAUT OCCIDENTAL - HUY - LIÈGE - MONS - VERVIERS

Bientôt de nouvelles dates

CHARLEROI

Lieu : Hôtel Charleroi Airport : Chaussée de Courcelles 115 6041 Gosselies - 071/ 25 00 50

Responsables : Didier BLASE - 071 35 68 02 - Sébastien JASSOGNE 071 32 05 17

Xavier Leynen - 071 51 56 49

Les conférences débutent à 20h00 précises, accueil dès 19h30.

Petite restauration avant et après la conférence.

21/09/2022 : Choix rationnel d'un agent de liaison en prothèse fixée - Pr A VANHEUSDEN

Nombre de places limité, inscription obligatoire sur www.dentiste.be

NAMUR

Lieu : Le Félicien avenue d'Ecolys 2 - 5020 Suarlée

Responsables : Olivier FRANÇOIS - 081 46 20 33 - Annabel DOUMENG - 081 46 20 33 - Adrien BOLETTE

Les soirées débutent à 19h30, conférence à 20h00 précises.

Petit drink d'accueil + buffet froid (petits sandwiches) après la conférence.

17/05/2022 : Approche chirurgicale et non-chirurgicale de la périimplantite - Bruno DE PINTO

Nombre de places limité, inscription obligatoire sur www.dentiste.be

Accréditation : nous vous rappelons que pour être pris en compte pour l'accréditation, vous devez être présent dès l'heure du début annoncée et rester jusqu'à la fin de la conférence.

L'INAMI est très strict à ce sujet, soyez prévoyants.

Accréditation demandée : 10 UA - Formation continue : 1h30 par SC.

INSCRIPTION PRÉALABLE OBLIGATOIRE VIA LE SITE WWW.DENTISTE.BE

Les membres de la Société de Médecine Dentaire ont accès GRATUITEMENT aux SC. Le non-membre est le bienvenu au Study Club de sa région, moyennant le paiement d'une participation aux frais de 80 euros. Le paiement valide l'inscription.



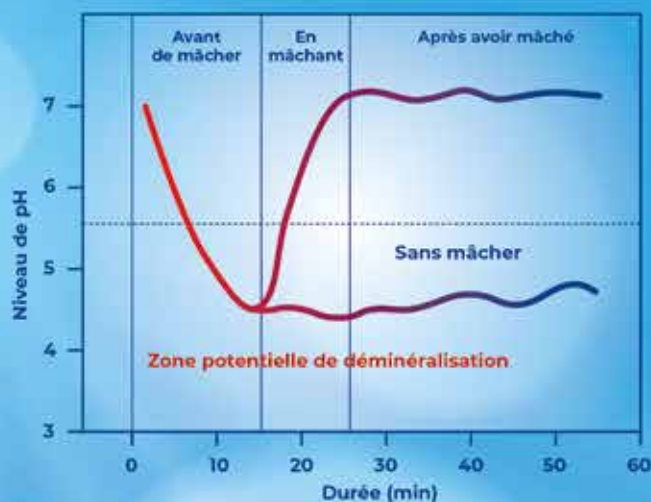
INFOS PROFESSIONNELLES

- 55 **Comment se mettre (facilement) en difficulté ?** - M Devriese
- 56 **Obligation de mettre à disposition un moyen de paiement électronique** - M Devriese
- 57 **Compensation Covid : précisions** - M Devriese
- 58 **Prime télématique : les critères publiés** - M Devriese
- 60 **« Statut social » 2020 publié ! = paiements libérés** - M Devriese
- 61 **Statut social 2021 : l'application pour vos démarches est ouverte sur Myinami - Mes médicaments : une nouvelle app pour gérer se prescriptions** - M Devriese

POUR UNE BOUCHE FRAÎCHE ET SAINÉ



Après chaque prise alimentaire au cours de la journée, **IL EST RECOMMANDÉ DE MÂCHER UN CHEWING-GUM SANS SUCRES PENDANT 20 MINUTES**, en complément des 2 brossages quotidiens, pour prendre soin de ses dents.



Mâchez Freedent après avoir bu ou mangé : une solution **AGRÉABLE, SIMPLE ET EFFICACE** de stimuler la production de salive et d'aider ainsi à neutraliser les acides de la plaque dentaire.



COMMENT SE METTRE (FACILEMENT) EN DIFFICULTÉ ?

Il est toujours surprenant pour nous de constater que des consœurs et des confrères se mettent eux-mêmes en difficulté, alors que notre association met en œuvre des efforts considérables pour que les praticiens, et en particulier les membres qui nous font confiance, soient parfaitement informés.

La Société de Médecine Dentaire ne fait pas de la « Comm' ». Non, elle forme et informe. Nous avons pris le parti de ne vous envoyer de Dent@I-Infos que si nous avons quelque chose d'important à vous communiquer. Pas de bavardage ni de remplissage dans les Dent@I-Infos.

Quelques exemples de collègues qui sont (ou vont être) en difficulté :

- Rater son année d'accréditation pour **introduction tardive** de sa demande, soit après le 31 mars. C'est un rendez-vous incontournable chaque année, et cela devrait être inscrit comme tâche récurrente annuelle, comme le paiement des anticipés d'impôts, contrôle technique de votre voiture ou... examen buccal annuel.
- Rater son accréditation 2021, car pas en ordre au niveau du **Service de Garde**. C'est une obligation légale mais aussi un critère obligatoire depuis 2015 pour être accrédité (c'est indiqué en première page de la réglementation annuelle de l'accréditation). Cette année, le contrôle effectif va avoir lieu pour la première fois. Et on s'attend déjà à ce qu'un dentiste sur dix ne soit pas en ordre à ce niveau et perde son accréditation 2021.
- Ne pas être en ordre au niveau de l'**AFCN** (autorisation individuelle et formation continue obligatoire en radioprotection). Certains jeunes ou des praticiens étrangers oublient cette démarche d'inscription. Et quand le Service de Contrôle de l'INAMI en prend connaissance, ce sont des centaines de radiographies (ou de traitement comprenant une radiographie - les endos) qu'il vous faut rembourser à l'INAMI, du fait « d'actes non conformes ». Être accrédité en suivant le cycle de 5 ans vous met automatiquement en ordre au niveau des exigences de formation continue en matière de radioprotection.
- « Oublier » de prendre dans les temps position par rapport à l'Accord Dento-Mutualiste, et être conventionné à l'insu de son plein gré.
- « Oublier » d'effectuer à temps les démarches pour bénéficier du montant du Statut social (jeunes diplômés la première année et praticiens conventionnés).
- Etc.

Notre conseil du jour : LISEZ les Dent@I-Infos !
Ou relisez-en les archives qui se trouvent en ligne sur notre site.
<https://www.dentiste.be/DisplayPage.aspx?pid=99>
Pour rappel, il faut être « identifié (login et mot de passe) pour lire certains articles.

Bonne lecture.



Michel DEVRIESE
Chargé des questions professionnelles

OBLIGATION DE METTRE À DISPOSITION UN MOYEN DE PAIEMENT ÉLECTRONIQUE

Ce 10 mars 2022, une Loi a été votée à la Chambre obligeant toute entreprise (et nous en sommes) à proposer un moyen de paiement électronique.
La Loi rentrera en vigueur le 1^{er} juillet 2022.

Soyons précis : la Loi stipule que « *lorsque le paiement en euro a lieu en présence physique et simultanée du consommateur et de l'entreprise*, l'entreprise met également à la disposition du consommateur un moyen de paiement électronique* ».

Nous imaginons bien que la plupart des cabinets dentaires sont déjà équipés d'un moyen de paiement électronique. Cela présente tellement d'avantages. Nous avons mené une enquête début 2014 qui révélait que déjà alors 64 % des cabinets étaient équipés. Huit années plus tard, on doit être proche des 100 %, d'autant que l'offre de solutions s'est diversifiée (smartphone, Payconiq, etc.) et que les coûts ont fortement diminué. Le secteur dentaire est donc probablement en pointe à ce propos par rapport à d'autres professions de santé (médecins, kinés, etc.).

L'obligation imposée par la Loi est rencontrée si vous autorisez - sans condition - le paiement de vos notes d'honoraires par virement bancaire.

L'exposé des motifs de cette Loi cite comme objectif, outre d'encourager l'utilisation des moyens de paiement électroniques par les consommateurs qui le souhaitent, de lutter contre la fraude fiscale.

Notons encore que le non-respect de cette obligation est assorti de sanctions sous forme d'amende.

Remarquons enfin que cette obligation de mise à disposition d'un moyen de paiement électronique n'autorise pas les entreprises à refuser les paiements en espèces. Le paiement en espèces doit toujours être accepté par l'entreprise, en respectant toutefois la loi anti-blanchiment qui spécifie la limite maximale des 3 000 euros.

Enfin, il convient de rappeler qu'il est interdit par la Loi de facturer des frais aux consommateurs lors de l'utilisation d'un moyen de paiement électronique.

* « *Sont tenues par cette obligation, non seulement les entreprises au sens courant du terme, mais aussi les professions libérales et toutes les personnes, associations, administrations, etc. qui exercent des activités économiques en relation avec des consommateurs* ».

Pas encore équipé ?

Si vous n'êtes pas encore équipé, sachez qu'il existe une multitude de solutions :

- de la solution sur smartphone, via applications bancaires du dentiste et du patient, ou via appli sur le smartphone du patient (solution avec p. ex. un coût fixe de 0,06 EUR par transaction).
- à la solution de petits boîtiers (lecteurs de cartes de banque) très peu coûteux, MAIS qui ont l'inconvénient de se rémunérer par prélèvement d'un pourcentage sur la transaction (p.ex. un coût de 1,69 % de la valeur de la transaction !)
- des solutions hybrides.

Votre choix dépendra également de la configuration de votre cabinet (solo ou groupe).

ACCORD DENTO-MUTUALISTE APPROUVÉ !

Les comptes sont faits : l'Accord Dento-mutualiste rentre en vigueur.

Tous les arrondissements de Bruxelles et de Wallonie atteignent le quorum requis. On n'y note que peu d'évolutions (>voir [détails des comparaisons avec l'Accord précédent](#)).



COMPENSATION COVID : PRÉCISIONS

Comme prévu pour cette fin février 2022, les dentistes ont reçu sur leur compte bancaire le montant des compensations COVID relatives à la période de décembre 2020 à juin 2021.

Il est bien précisé dans l'Arrêté qui crée ce mécanisme qu'il s'agit d'une « *intervention financière temporaire dans les coûts des mesures de protection spécifiques et du matériel, dans le cadre de la pandémie COVID-19* ».
Donc matériel et/ou mesures de protection spécifiques.

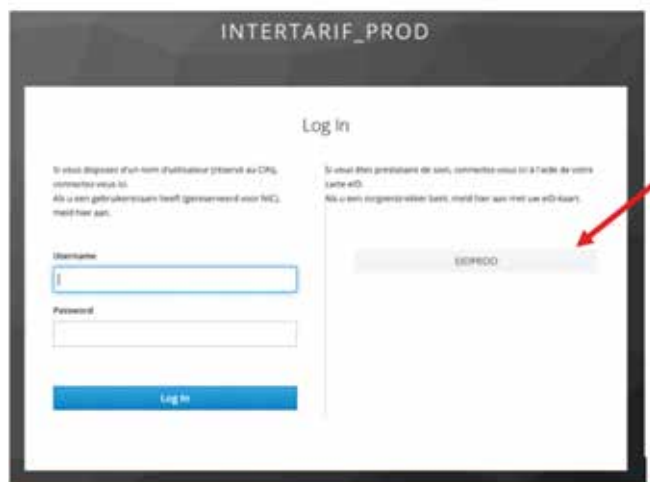
ASD rentrées ?

Il faut préciser que SEULES les ASD rentrées par le patient auprès de sa mutuelle avant le 31 août 2021 sont prises en considération pour ce troisième paiement.
A noter que les utilisateurs de e-ATTEST (ou d'e-FAC) ont à cet égard bien des avantages, puisque leurs ASD sont rentrées... en temps réel auprès des mutuelles !

Obtenir un DÉCOMPTE ?

Une procédure a été mise au point pour obtenir le relevé des prestations qui ont été prises en compte ainsi que le détail des paiements. Un fichier CSV est - de suite ! - téléchargeable. Le portail : <https://prod.mycarenet.be/cin/intertarif>

Choisissez en colonne de droite EIDPROD (la connexion sécurisée se fait via eID et un lecteur de carte).
NB : si cela ne fonctionne pas, il est utile d'essayer avec différents navigateurs (Firefox, Chrome, etc...)



Cliquez sur « paiements » (en bleu) :



Cliquez sur la 3^{ème} flèche vers le bas :



Cliquez sur « CSV » pour télécharger le fichier.



C'est une très belle avancée que d'avoir cet accès immédiat à vos données.

Carte d'identité eID et... lecteur de carte

Malheureusement ITSME n'est pas disponible pour vous identifier sur ce site.
C'est la carte d'identité qui est utilisée.
ATTENTION : de nouvelles versions de l'eID Middleware et de eID Viewer sont disponibles. Afin de pouvoir continuer à utiliser votre carte d'identité électronique sans encombre sur des applications en ligne, il est important d'installer ces nouvelles versions disponibles sur : <https://eid.belgium.be/fr/eid-viewer>
Si vous désirez effectuer un test d'identification, rendez-vous sur : <https://iamapps.belgium.be/tma/?lang=fr>

Comment analyser ce fichier CSV ?

Le fichier CSV reprend en 2 colonnes les données : la date + le n° NISS du patient.

Il est évidemment utile de trier et regrouper par dates ces enregistrements. Particulièrement pour les praticiens partageant leur activité dans plusieurs cabinets.

Nous avons préparé un petit **tutoriel** vidéo (5 minutes) pour vous apprendre des fonctions d'Excel bien utiles pour réaliser cette analyse.
Vous pouvez le visualiser en suivant > [ce lien](#).



Une quatrième période

Ce paiement concerne la période qui s'est terminée ce 30 juin 2021. Une quatrième période est normalement prévue, et couvrirait du 1^{er} juillet 2021 à fin mars 2022.
Mais à ce stade, aucune décision formelle n'a été prise, ni sur la période ni sur les modalités. L'Accord Dento-Mutualiste 2022-2023 insiste sur la nécessité de cette « compensation COVID » tant que dure la pandémie.

En savoir davantage ?

Pour les stagiaires aussi

Ces montants de compensation COVID sont également attribués aux stagiaires, puisqu'ils attestent sous leur propre numéro INAMI.

Si vous exercez en hôpital

Pour rappel, seuls les praticiens travaillant hors milieu hospitalier sont censés recevoir ces compensations, les hôpitaux les recevant pour leurs services via un autre canal. En effet, ceux-ci ont bénéficié d'avances et d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19.

Le texte de l'Arrêté est clair à ce propos :

« *L'intervention financière n'est pas due pour les prestations de santé portées en compte par un établissement hospitalier* ».

N.B. : Toutefois, Il faut préciser que les termes « portés en compte par un établissement hospitalier » peuvent être mal compris. Dans le texte accompagnant l'Arrêté, il est précisé que **seule la facturation électronique NE peut être prise en compte**. Ce qui signifie que la facturation papier par l'hôpital reste elle-même prise en considération pour l'application de cette mesure « compensation COVID » et des paiements qui y sont liés.

Si vous exercez en cabinet de groupe

Cette intervention financière porte tant sur les mesures de protection spécifiques que sur le matériel. Il est donc légitime que le montant accordé au praticien soit réparti selon les mesures et/ou achats réalisés par le cabinet lui-même.

A titre d'exemples :

- Si le matériel est acheté et payé par le cabinet, il est normal que des montants lui reviennent.
- Si l'organisation du cabinet impose de maintenir plus de temps entre chaque patient, il est normal que des montants reviennent au collaborateur.

Chaque cabinet établit cette répartition selon la réalité des frais et des faits. Spécifiques à chaque cabinet.

Utilisez-vous correctement les ASD en cabinet de groupe ?

Nous avons également eu communication de pratiques inappropriées d'utilisation de carnets d'ASD d'un confrère au sein de cabinets de groupe.

Nous voudrions rappeler qu'utiliser les ASD d'un confrère ne peut se faire qu'à titre tout à fait exceptionnel.

Les cabinets de groupe doivent utiliser des carnets portant le numéro BCE de l'entité perceptrice si la perception est centralisée. Mais ces carnets ne sont PAS personnalisés à l'impression. Chaque praticien du cabinet peut alors utiliser ces ASD en y apposant son propre cachet (avec son numéro INAMI).

Voir : <https://www.medattest.be/site/fr/applications/Riziv/content/help.html>

Question B.10.

Il reste à ces praticiens travaillant en groupe et qui auraient fait ce mauvais usage des ASD de demander leur décompte individuel et de re-ventiler les montants reçus en interne.

PRIME TÉLÉMATIQUE : LES CRITÈRES SONT PUBLIÉS

C'est ce 17 février 2022 qu'ont été publiés les critères de la prime télématique 2022 (et dans la foulée ceux de 2021 qui n'avaient pas encore été officiellement publiés).

Ces critères vous étaient déjà connus, puisque publiés sur le site internet de l'INAMI depuis mai 2021. Nous vous en avions

fait part dans notre Dent@l-Infos du 3 juin 2021.

Pour 2022

Schématiquement, voilà les critères à rencontrer en 2022, versus 2021.

PRIME TELEMATIQUE		Situation au 16 février 2022			
Critères		2021	1 ^{ère} fois en 2021	2022	1 ^{ère} fois en 2022
Assurabilité		Obligatoire pdt 6 mois	Obligatoire 1 fois	Obligatoire pdt 6 mois	Obligatoire 1 fois
e-TAR tarif		Obligatoire pdt 6 mois	Obligatoire 1 fois	Obligatoire pdt 6 mois	Obligatoire 1 fois
e-FAC facturation électron. du tiers payant		Critère facultatif *	Critère facultatif *	Critère facultatif **	Critère facultatif **
eHealthBox		Oui pdt 6 mois	Oui 1 fois	Oui pdt 6 mois	Oui 1 fois
Recip-e					
Schéma de médication		Oui 1 fois	Oui 1 fois	Oui 1 fois <small>durant le 2^e trim. Obligatoire à partir du 1^{er} octobre 2022.</small>	Oui 1 fois <small>durant le 2^e trim. Obligatoire à partir du 1^{er} octobre 2022.</small>
e-DMG médecin détenteur		Oui pdt 6 mois	Oui 1 fois	Oui pdt 6 mois	Oui 1 fois
e-ATTEST dématérialisation des ASD		Oui minimum 5 prestations	Oui minimum 5 prestations	Oui <small>Min. 50 % des prest. durant le 2^e trim. Obligatoire à partir du 1^{er} juillet 2022</small>	Oui <small>Min. 50 % des prest. durant le 2^e trim. Obligatoire à partir du 1^{er} juillet 2022</small>
Nombre de critères		Minimum 5 <small>2 Obligatoires</small>	Minimum 5 <small>1 Obligatoire</small>	Minim. 5 <small>> 4 Obligatoires</small>	Minim. 5 <small>> 4 Obligatoires</small>

** Attention : ce n'est plus un critère facultatif pour les praticiens pratiquant **beaucoup** le tiers payant. Lire ci-dessous.

Quelques règles générales

- Comme c'était le cas auparavant, on continue de distinguer si c'est une première année de prime ou non. Les critères sont moins lourds à rencontrer lorsque c'est une première année. Ceci permet de bénéficier de la prime alors qu'on s'est équipé pour la première fois en cours d'année. Cette disposition permet aussi aux jeunes diplômés et stagiaires de bénéficier de la prime dès leur année de diplôme.
- On rappellera la disparition du critère « prescription électronique des médicaments » depuis 2021. Ce mode de prescription est désormais obligatoire dans votre cabinet, sauf les exceptions connues.
- Le nombre de critères à rencontrer est de **minimum 5, dont maintenant 4 doivent l'être obligatoirement** (et 5 pour les praticiens pratiquant beaucoup le tiers payant. Voir ci-dessous). Sur un total de 7 critères possibles.

Les différents services concernés par la prime télématique

Pour bénéficier de la prime télématique, divers critères doivent être rencontrés, chacun avec ses spécificités. Nous les détaillons ci-après.

1. Consultation de l'**assurabilité des patients** en faisant usage du service MyCareNet via son logiciel-métier.
C'est un critère obligatoire.
Il est aisé à rencontrer, puisque la plupart des logiciels exécutent cette consultation en tâche de fond, sans l'intervention du praticien, dès l'ouverture d'une fiche patient.
2. Consultation des **tarifs** (e-TAR) en faisant usage du service MyCareNet via son logiciel-métier.
Ceci demande une action du praticien via son logiciel : faire une requête e-TAR. Pour rappel, il s'agit non seulement d'une requête qui permet de savoir quel tarif appliquer, mais elle permet d'avoir une indication sur le remboursement possible ou non d'un acte envisagé. Exemples: remboursabilité d'une RX pano, d'une prothèse, etc.
C'est un critère obligatoire.
Nous vous conseillons de l'indiquer comme « to do » dans vos tâches mensuelles.
3. **Facturation électronique du tiers payant (e-FACT) en faisant usage du service MyCareNet via son logiciel.**
Il s'agit forcément d'un critère non-obligatoire, les dentistes n'étant pas tenu à appliquer le tiers payant, contrairement à d'autres professions.
Mais attention : les praticiens qui font usage du tiers payant régulièrement (= au moins 100 prestations en tiers payant durant le second semestre de l'année 2022) doivent obligatoirement facturer au moins une fois en tiers payant via e-fact durant ce second semestre 2022. Ceci prouvera qu'ils sont bien équipés.
NB : il est bien évident qu'un praticien pratiquant le tiers payant et équipé de e-Fact a tout intérêt à utiliser ce mode de facturation vu ses multiples avantages, dont le délai de paiement drastiquement réduit (moins de 15 jours, voire même moins d'une semaine pour certains organismes assureurs).
NB 2 : il faut souligner le travail remarquable des firmes qui ont déjà implémenté cet outil dans leur logiciel-métier ! On compte déjà plus de 4 000 dentistes utilisateurs d'e-FACT !
4. **Consultation du droit DMG du patient en faisant usage du service MyCareNet via son logiciel-métier.**
En fait, cette requête permet d'obtenir l'identité du médecin-généraliste qui gère le DMG du patient (Dossier Médical Global).
Ceci permet de faciliter la communication transdisciplinaire centrée sur le patient.
Cette communication va en double sens : vous pouvez demander des informations auprès du médecin-généraliste du patient. Mais vous avez également le devoir de communiquer au médecin-généraliste des informations pertinentes sur l'état de santé dentaire du patient qui peuvent concerner son état de santé général, suite à un diagnostic. Exemples :

le résultat d'un DPSI, un diagnostic suite à une RX pano.
NB : Pour pouvoir consulter cette donnée du patient, il faut que - préalablement - une « relation thérapeutique » ait été déclarée entre le patient et le praticien. La lecture de la carte d'identité du patient par le logiciel peut générer la création de cette « relation thérapeutique ». Il est de bonne pratique de dûment en avvertir le patient.
Certains logiciels exécutent cette consultation en tâche de fond, sans l'intervention du praticien, dès l'ouverture d'une fiche patient.

5. Usage de la eHealthBox (eHB).

A noter que la qualité de l'intégration dans les divers logiciels-métiers est très variable. Elle détermine pourtant sa facilité d'utilisation. Il y a encore une marge de progression pour en faire un réel outil collaboratif.

Attention que le critère repose bien sur le téléchargement d'un message.

Nous vous conseillons de l'indiquer comme « to do » dans vos tâches mensuelles.

6. Lecture de schémas de médication.

Ceci mérite quelques clarifications, car notre Belgique compliquée connaît des réalités régionales distinctes.

Qu'entend-on par schéma de médication ? *Le schéma de médication rassemble les informations standardisées sur la médication active d'un patient : les médicaments prescrits et non prescrits, leur posologie, leur indication, les instructions pertinentes pour l'utilisation et les renseignements supplémentaires éventuels. Via les réseaux de santé régionaux, les dispensateurs de soins ont accès à cette information.*

Si Bruxelles et la Wallonie partagent le même système, la Flandre possède un système distinct. L'INAMI développe un projet nommé VIDIS qui devrait permettre de faire évoluer les schémas de médication.

Pour aller plus loin : [Infos sur le site de l'INAMI.](#)

NB : les 2 logiciels-métiers « majors » que sont DentAdmin et Care Connect n'ont malheureusement pas encore intégré la connexion avec les Réseaux Santé Wallon et Bruxellois. Cela met en difficulté les praticiens francophones qui utilisent ces logiciels. Ces sociétés sont pourtant bien au courant - et de longue date - de ce critère de connexion aux hubs régionaux.

La SMD a organisé en décembre 2021 une rencontre entre ces 2 grands logiciels et les responsables du Réseau Santé.
NB : e-Dent et DentOpen ont déjà réalisé cette connexion.
NB 2 : Les Réseaux Santé Wallon et Bruxellois donnent bien plus d'informations que le seul schéma de médication. Un argument de plus pour que les 2 « majors » répondent aux demandes des praticiens francophones.

NB 3 : les dentistes francophones tardent - de leur côté - à s'inscrire sur les Réseaux Santé Wallon et Bruxellois en tant que professionnel de la santé. C'est pourtant simplissime (et gratuit) à réaliser via ce lien : <https://www.dentiste.be/DisplayPage.aspx?pid=604> en étant identifié (pour rappel, tout dentiste peut demander des identifiants pour le site www.dentiste.be).

A noter que l'inscription au Réseau wallon vous inscrit au Réseau bruxellois (et vice-versa).

Un bon exercice pour découvrir l'apport des Réseaux santé est de vous inscrire tant comme patient que comme professionnel et de créer une relation thérapeutique entre soi -patient- et soi -praticien-.

7. Facturation électronique « directe » (e-ATTEST) en faisant usage du service MyCareNet via son logiciel.

Si ce n'était pas un critère **obligatoire** en 2021, **il le devient à partir de juillet 2022** pour accéder à la prime.

Le remplacement des attestations de soins (ASD) « papier » par leur version électronique constitue une simplification administrative majeure qui se doit d'être encouragée. Il est donc légitime d'en faire **un critère obligatoire** pour obtenir une prime télématique.

Les praticiens qui l'ont adopté en sont doublement satisfaits de par l'enthousiasme de leurs propres patients.

On compte déjà plus de 5 000 dentistes utilisateurs d'e-ATTEST.

Perspectives d'avenir

Est annoncé pour 2023 une refonte complète du système de prime télématique : un système transversal aux différentes professions de santé, qui mettrait en avant l'échange de données de santé entre professionnels. Wait an see ! Car les travaux de conception n'ont pas encore commencés. Il est vrai aussi que le montant de 800 euros (qui n'a jamais été indexé) devient dérisoire en regard des frais de cette technologie.

Demande de la prime 2021

La période de demande n'est pas encore ouverte, elle le sera probablement en date du 1er juillet 2022. Seule certitude : la fermeture de la période est fixée par la réglementation au 31 octobre 2022.

« STATUT SOCIAL » 2020 PUBLIÉ ! = PAIEMENTS LIBÉRÉS

L'Arrêté royal du 27 janvier 2022 a été publié au Moniteur belge ce 10 février.

Cette publication donne le FEU VERT à l'INAMI pour procéder aux paiements des montants relatifs à l'année 2020 pour les praticiens conventionnés: 3 200 EUR.

Lisez avec attention les informations ci-dessous pour ne pas perdre le bénéfice de ce montant !
Nous constatons chaque année que des praticiens laissent filer cette opportunité !
Ceci concerne 2 praticiens sur 3 (les praticiens conventionnés).

Seuil d'activité

Une nouveauté : un seuil d'activité de minimum 300 prestations par an a été instauré.

En effet, un praticien qui n'a plus aucune activité professionnelle ne peut plus prétendre à ce montant. Logique.

Ce seuil est basé sur les prestations « comptabilisées » (= remboursées par la mutuelle) pendant l'année de prime.

Dispense de seuil

Les jeunes diplômés et les praticiens couverts par un plan de stage sont dispensés de ce seuil.

Il en est de même pour les dentistes qui, au 1^{er} janvier de l'année de la prime, disposent d'un numéro INAMI depuis moins de 5 ans.

C'est dire si ce seuil instauré ne pose AUCUN problème pour les jeunes.

Note aux jeunes

Puisque l'année de votre diplôme, vous prenez l'Accord en cours de route, vous êtes conventionné d'office. Donc vous avez d'office droit à cet avantage social, au prorata du nombre de mois exercés.

Mais cela demande une démarche de votre part : voir ci-dessous.

A quoi attribuer ce montant ?

Pour faire bref, ce montant va servir à payer les primes

- soit d'un contrat d'assurance « revenus garantis »
- soit d'un plan « pension ».

Le paiement est effectué au bénéfice du contrat souscrit.

Privilégiez le plan pension !

C'est une assez mauvaise idée que d'utiliser ce montant pour une assurance « revenu garanti » :

1. Vous perdez l'opportunité fiscale de déduire la prime de votre assurance revenu garanti
2. A la fin de votre carrière, il ne vous restera rien de votre statut INAMI
3. Le montant du statut social a augmenté de plus de 25% depuis 2020 : avez-vous besoin d'augmenter votre revenu garanti de 25% ?

En clair : Privilégiez le plan pension !

Les praticiens ayant atteint l'âge de la pension bénéficient - eux - d'une autre forme d'avantage (voir ci-dessous).

Note aux retraités

Des dentistes qui ont pris leur pension de retraite légale mais qui continuent de travailler en tant que prestataires conventionnés peuvent obtenir cet avantage sous forme alternative dite « prime autre avantage » :

Il s'agit d'une prime dont le montant est identique au montant de l'avantage social.

Ceci est valable dès l'année de la prise de pension de retraite légale, et les années ultérieures pour autant que le seuil d'activité soit atteint.

NB : les 2 types de primes ne sont bien sûr pas cumulable.

Ce paiement est effectué directement sur le compte en banque du prestataire.

Ce montant de « prime autre avantage » ne bénéficie toutefois pas du même traitement fiscal favorable (immunisé) que le versement au bénéfice d'un contrat tel que dans les avantages sociaux « ordinaires » (avant pension).

Plus d'infos sur les conseils et démarches ?

Si vous n'avez pas encore de contrat auquel affecter ce montant, nous vous conseillons de prendre contact avec notre courtier et partenaire www.curalia.be TRES expérimenté en ce domaine.

Vous pouvez aussi évaluer avec lui votre situation, et voir si un changement dans votre contrat doit être effectué : info@curalia.be.

Ne négligez pas cette réévaluation : nous avons constaté - avec dépit - que certains praticiens étaient mal conseillés en matière de « Statut social ».

STATUT SOCIAL 2021 : L'APPLICATION POUR VOS DÉMARCHES EST OUVERTE SUR MYINAMI

Débuté actuellement la procédure pour le montant de l'année 2021.

Depuis l'an dernier, le processus d'attribution du « statut social » a été informatisé.

Votre dossier doit être géré « en ligne » via [MyInami](https://myinami.be). Une « tuile » nommée « Statut social » y est disponible et dès à présent active.

Vous avez reçu, ou allez sous peu recevoir un courriel de l'INAMI à ce propos, si vous êtes concerné).

Si vous n'en sortez pas, Il vous est possible d'attribuer un « mandat » à un tiers pour vous aider à gérer votre dossier. Là aussi, vous pouvez prendre contact avec notre courtier et partenaire www.curalia.be/ info@curalia.be pour tout conseil. Ils gèrent le dossier de milliers de prestataires de soins et consultent leur dossier via un mandat : ils pourront vous aider à vous y retrouver.



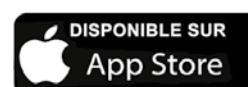
MES MÉDICAMENTS : UNE NOUVELLE APP POUR GÉRER SES PRESCRIPTIONS

L'INAMI lance une app qui permet au patient de recevoir les prescriptions sur son smartphone. Il suffit de présenter au pharmacien l'écran de son smartphone avec le code-barres de sa prescription.

Plus pratique encore, vous pouvez réserver vos médicaments prescrits auprès du pharmacien de votre choix. Très utile pour des médicaments généralement pas en stock chez votre pharmacien, ou lorsque plusieurs boîtes sont nécessaires. 'Mes médicaments' vous permet aussi de gérer quelles prescriptions le pharmacien peut voir.

'Mes médicaments' utilise une connexion avec Itsme® pour récupérer vos prescriptions. Mais dans l'application vous pouvez aussi choisir, une fois connecté, de sauvegarder vos prescriptions dans votre smartphone. Elles s'effaceront bien entendu une fois la délivrance effectuée.

Disponible sur :



Optimalisez votre pension complémentaire avec la CPTI

Dans le domaine de la constitution de pension, la CPTI est un peu la belle inconnue. Quel est donc l'intérêt de cette « Convention de Pension pour Travailleur Indépendant » ? L'intérêt est évidemment fiscal mais la question est de savoir quelles sont les conditions à respecter pour en bénéficier. Répondons-y.

Qui peut y souscrire ?

Tout indépendant qui n'exerce pas son activité au travers d'une société. L'indépendant qui exerce à la fois via une société et en personne physique peut utiliser la CPTI pour les revenus qu'il tire de son activité en personne physique.

Quel est l'importance de l'avantage fiscal ?

Il est de 30% sur les primes versées. Comme celles-ci peuvent atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros, l'avantage fiscal peut aussi se chiffrer en milliers d'euros.

Quel est le montant maximum des primes qui donnent droit à cet avantage fiscal ?

Il n'y a pas de montant absolu fixé. Le montant maximum est calculé individuellement et tient compte du fait que les primes doivent respecter la règle des 80%, ce qui veut dire que la totalité de votre pension (légale + complémentaire) ne dépasse pas 80% de vos revenus professionnels. Votre pension complémentaire se compose du capital de votre PLCI et du statut INAMI (avantages sociaux) si vous êtes conventionné. Pour le calcul de cette règle on ajoutera le capital de la CPTI. Malgré cette règle, les montants versés peuvent être très élevés pour certains contribuables.

Sur quels revenus se base-t-on ?

Pour calculer cette règle des 80%, on se base sur la moyenne des revenus professionnels des 3 dernières années (2019 à 2021). Les revenus pris en compte sont les revenus professionnels après déduction des frais professionnels mais en ne déduisant pas vos cotisations sociales et les primes versées pour votre PLCI.

Quel montant pouvez-vous déduire ?

Le montant déductible est calculé individuellement. Vous connaissez maintenant vos revenus 2021, ce qui permet de faire le calcul de la prime déductible pour cette année.

Peut-on rattraper le temps perdu ?

Vous pouvez verser des primes sur votre CPTI pour les années pour lesquelles vous ne l'avez pas fait à partir de 2018, ce qui fait déjà quatre ans en 2022.

Quand faut-il utiliser la CPTI ?

La PLCI (Pension Libre Complémentaire des Indépendants) reste la solution fiscalement la plus intéressante mais le montant maximum déductible est limité (3.966 EUR en 2022). La CPTI est la bonne solution si vous voulez déduire un montant important : il n'y a pas de montant limite tant que la règle des 80% est respectée.

Pour qui la CPTI est la plus intéressante ?

Les indépendants qui ont des revenus importants et n'ont pas beaucoup de frais professionnels et d'amortissements peuvent se constituer un capital important en quelques années grâce à la CPTI. Le rendement fiscal s'ajoute au rendement financier pour arriver à un rendement total élevé. Même s'il ne vous reste que quelques années avant la pension, la CPTI peut être une solution intéressante.

Comment optimiser encore plus la CPTI ?

Le calcul de la prime déductible via la règle des 80% est primordial : il détermine le montant que vous pourrez déduire et donc votre avantage fiscal.

Ce calcul est notamment dépendant du type de contrat CPTI.

Pour les contrats à taux d'intérêt garanti dont le taux, appliqué sur la totalité de l'épargne constituée, est modifiable annuellement,

la prime déductible est sensiblement plus élevée que pour les contrats « classiques » pour lesquels le taux appliqué à une prime donnée reste fixe entre le versement et la fin du contrat. Souscrire un contrat à taux variable appliqué à l'ensemble de la réserve

Pouvez-vous utiliser le capital de votre CPTI avant votre pension ?

Oui, vous pouvez utiliser une partie (importante) du capital de votre CPTI pour financer l'achat ou la rénovation d'un bien immobilier dans l'Union Européenne, sans attendre votre pension pour cela.

Pourquoi choisir Curalia pour votre CPTI?

Curalia met sa longue expérience en matière de pension complémentaire au service des dentistes. Les contrats CPTI proposés sont de type CuraNova, avec taux d'intérêt modifiable, appliqué à l'ensemble de la réserve. Ils permettent donc aux dentistes de verser et de déduire des primes plus importantes. L'avantage fiscal peut être élevé pour dans certains cas.

Si vous êtes indépendant en personne physique et voulez savoir si la CPTI est une bonne solution pour vous constituer un capital pension complémentaire, remplissez ce formulaire de demande de calcul.

Curalia a revu ses tarifs et applique des frais parmi les plus bas du marché. Les frais d'entrée, de maximum 2,95%, diminuent avec l'importance de la prime, et il n'y a aucun frais de gestion.







Pour plus d'information, contactez Curalia par email via info@curalia.be ou par téléphone au 02/735.80.55

ZenFlex™

Lime de Mise en Forme Rotative NiTi

L'équilibre idéal entre force et flexibilité. ZenFlex vous permet d'atteindre la longueur de travail avec moins de risque de fracture, tout en maintenant l'intégrité de la dent.

-  Efficacité de coupe élevée
-  Minimalement invasif
-  Une force exceptionnelle
-  Excellente flexibilité



Nouveau !!



OFFRE SPECIALE LANCEMENT :

2 boîtes de ZENFLEX pour le prix de 1 = 41,45 €

Pour plus d'informations ou une démonstration du produit dans votre cabinet scannez le code QR ou contactez directement votre conseiller Kerr.

Wallonie & Bruxelles : jean-philippe.verstappen@kerrdental.com / 0471 61 92 01

Flandre : emel.merghad@kerrdental.com / 0474 94 96 21





LES GESTES DU CHIRURGIEN-DENTISTE : OPTIMISER LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

Michel Bartala - Julien Brousseau

Les auteurs de cet ouvrage, spécialistes reconnus en odontologie conservatrice, endodontie, prothèse, parodontologie ou implantologie, analysent les activités de l'omnipraticien dans chaque discipline en montrant les étapes des traitements et leur organisation : par exemple, la réalisation d'un collage, d'une RMIPP, d'un acte d'endodontie, de parodontologie, la prise en charge des soins chez les enfants, chez l'édenté partiel ou complet ou les empreintes en implantologie.

Un livre conçu pour accompagner vos choix et vos réalisations cliniques au quotidien.

Un ouvrage à double lecture :

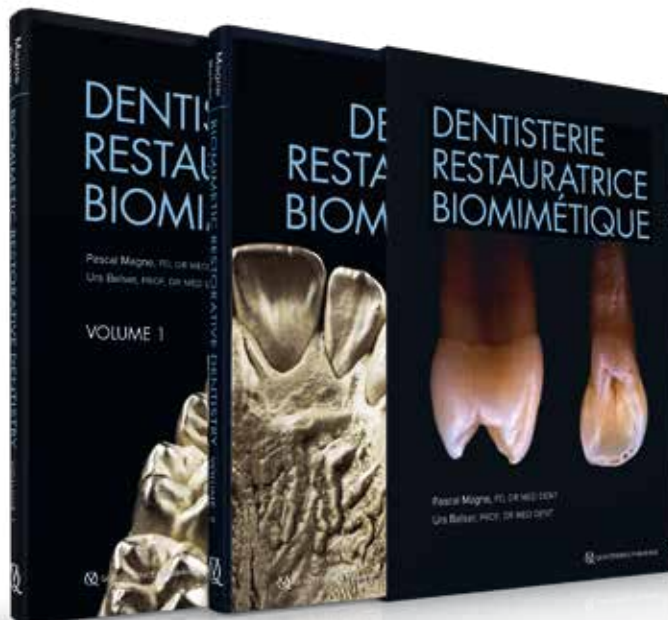
- pour les praticiens, jeunes ou plus expérimentés, qui pourront voir ou revoir des protocoles actuels et modernes, voire reprendre des bases qu'ils ont un peu délaissées ou simplifiées avec le temps ou par habitude...
- pour les assistants dentaires qui y trouveront beaucoup d'explications techniques, mais aussi des listes de matériel adaptées à chaque type d'acte. Elles pourront ainsi réaliser des « check-lists » pour éviter les erreurs et oublis, potentialiser l'organisation des soins et gagner du temps. De plus, en comprenant les objectifs, les exigences et les contraintes des praticiens, elles pourront mieux s'adapter et anticiper leurs gestes.

Prix 92 €

Editeur : Information Dentaire

ISBN : 978-2-36134-079-7

Nombre de pages : 280



DENTISTERIE RESTAURATRICE BIOMIMÉTIQUE

MAGNE Pascal - BELSER Urs
EN FRANÇAIS

La première édition de ce livre a pris d'assaut le monde dentaire en 2002 et est devenue l'un des livres Quintessence les plus vendus de tous les temps, et cette édition fera sans aucun doute de même. Il porte la science de la reconstruction dentaire esthétique à un niveau supérieur, tant sur le plan clinique qu'académique, et offre tout ce qu'un clinicien peut souhaiter en termes d'indications et d'étapes cliniques classiques pour la préparation des dents, les procédures de laboratoire et de CFAO, les procédures de collage et la maintenance. Mais ce qui rend ce livre si unique, c'est avant tout le principe sous-jacent auquel Pascal Magne adhère : respecter la structure naturelle et utiliser cette nature comme guide dans la restauration. La philosophie centrale du livre est le principe biomimétique, c'est-à-dire l'idée que la dent intacte dans ses teintes et ses nuances idéales, et peut-être plus important encore dans son anatomie intracoronaire et son emplacement dans l'arcade, est le guide de la reconstruction et le facteur déterminant du succès. Restaurer ou imiter l'intégrité biomécanique, structurelle et esthétique des dents est primordial. Par conséquent, l'objectif de ce livre est de proposer de nouveaux critères pour la dentisterie restauratrice esthétique basés sur la biomimétique. Les forces motrices de la dentisterie restauratrice sont le maintien de la vitalité de la dent et la conservation maximale des tissus durs intacts, et à ce titre, le livre propose des options de traitement ultraconservateur qui peuvent précéder un traitement plus sophistiqué. Le cœur du livre est centré sur l'application du principe biomimétique sous la forme de restaurations collées utilisant des résines composites et des céramiques. Le large éventail d'indications des restaurations collées est décrit, suivi d'instructions détaillées sur la planification du traitement et l'approche diagnostique, qui est la première étape pour chaque cas. Le traitement est ensuite décrit étape par étape, y compris la préparation et l'empreinte de la dent, les procédures de laboratoire et de CFAO liées à la fabrication des pièces en résine composite et en céramique, et leur insertion finale par des procédures de collage.

Le volume 1 couvre les principes fondamentaux et les procédures de base, et le volume 2 se concentre sur les techniques cliniques avancées, l'entretien et la réparation des restaurations collées. Tout au long de l'ouvrage, des QR codes renvoient à des démonstrations des techniques et à des vidéos spectaculaires mettant en évidence l'art de la biomimétique. Écrit par un véritable maître et un véritable artiste, ce livre inspirera sans aucun doute l'excellence à quiconque le prendra en main.

Editeur : Quintessence
Tarif souscription 300 € au lieu de 380 € jusqu'à parution
Vol 1 : 496 pages
Vol 2 : 392 pages
2500 illustrations
ISBN 978-2-36615-071-1

QUESTURE

Patricia Mathieu

Fondation Boghossian

“ Portraits of a Lady “

Jusqu'au 4 septembre 2022
Information : 02 627 52 30

Portrait of a Lady illustre à travers une série d'œuvres d'art la représentation de la femme depuis la Préhistoire jusqu'à aujourd'hui, ainsi que le parcours de quelques femmes d'exception.

L'exposition fera dialoguer différentes cultures et civilisations d'Orient et d'Occident, en réunissant une sélection de pièces anciennes et contemporaines. On y appréciera des oeuvres de Berthe Morisot, Alphonse Mucha, Edgar Degas, Paul Delvaux, Pablo Picasso, William Klein, Lisetta Carmi, Mary Cassatt, et de nombreux autres artistes.

De nombreux événements sont organisés à la Villa Empain. Visites guidées gratuites à certaines dates, conférences et performances.



Exposition " A BOCCA CHIUSA "

Oeuvres de Johan Muyle à la Belgian Gallery Jusqu'au 28 mai 2022

L'exposition dévoile le résultat d'un travail d'atelier débuté il y a un an pour aboutir à de nouvelles installations sculpturales. Johan Muyle a visité le Musée Rodin, cette visite l'a inspiré pour créer des œuvres dont le point de départ est le travail des sculpteurs du 19^{ème} siècle ou début 20^{ème}.

Le titre de son exposition s'inspire du monde de la musique (bouche fermée en italien) indiquant l'exécution de chœurs sans paroles. Elle évoque la place de l'artiste dans le monde contraint, ses paroles ressemblent à des murmures.

L'artiste belge (1956) enseigne la sculpture à la Cambre. Deux de ses œuvres sont inspirées du travail de Constantin Meunier. Une musique d'Erik Satie a accompagné la création des œuvres.

La Belgian Gallery possède 3 espaces d'exposition, Namur, Knokke et Bruxelles.
L'exposition monographique de Johan Muyle est visible à Bruxelles : rue de Florence, 39 1050 Ixelles



Exposition Costa Lefkochir "Le Cheminement d'une quête "

Musée de la Boverie à Liège

Du 6 mai au 7 août 2022

L'exposition monographique repose sur la présentation des œuvres de grand format de Costa Lefkochir, peintures, sculptures et installations de 1987 à 2022.

Dans cet ensemble qui couvrira 35 ans de production, nombre d'œuvres sont inédites, provenant de collections privées, d'institutions, d'entreprises, d'autres créées spécialement pour l'exposition qui comprendra plus d'une centaine de pièces. Au cours de la visite, l'exposition fera appel, de manière libre et volontaire, à la participation des visiteurs pour la réalisation d'une œuvre commune.

Né à Héraklion (Grèce), le 30 août 1952, l'artiste a étudié à l'Académie Royale des Beaux-Arts de Liège. Il vit et travaille en Belgique mais également sur l'île de Paros (Cyclades)

Costa Lefkochir travaille principalement l'acrylique sur différents supports, réalise des livres scellés, des livres-sculptures, et des livres d'artistes avec des poètes mais aussi des installations et des peintures monumentales associées à l'architecture.



« Mémoire du temps/ A Gandhi »,
acrylique sur papier marouflé sur toile,
70x150cm, 1994. ©
Photo : J.F Dreuilhe



« Glyptogramme », marbre de Paros, 2021 ©
Photo : Idrisse Hidara

A G

07/05/2022 - COURS Rencontres Dentistes - Hygiénistes

Lieu : Blue Point - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél: 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
Web : www.dentiste.be

08/10/2022 - COURS Radioprotection

Lieu : Brussels Expo Palais 7
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél: 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
Web : www.dentiste.be

10/05/2022 - WORKSHOP Relation au travail

Lieu : Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél: 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
Web : www.dentiste.be

E N

11/06/2022 - WORKSHOP Facettes & éclaircissement

Lieu : Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél: 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
Web : www.dentiste.be

16/06/2022 - WORKSHOP L'Art de diriger

Lieu : Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél: 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
Web : www.dentiste.be

18/06/2022 - WORKSHOP Sutures

Lieu : Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél: 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
Web : www.dentiste.be

D A

23/06/2022 - WORKSHOP L'Art de diriger

Lieu : Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél: 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
Web : www.dentiste.be

23/09/2022 - WORKSHOP Réanimation

Lieu : Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél: 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
Web : www.dentiste.be

29/09/2022 - WORKSHOP Bine-être au travail

Lieu : Maison des Dentistes
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél: 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
Web : www.dentiste.be

Mandatez un expert pour votre Statut Social INAMI!

6.500 prestataires de soins nous ont déjà mandatés pour la gestion de leur Statut Social INAMI 2021 Et vous ?

5 bonnes raisons de le faire :

- Le **support d'un expert** qui aura accès à votre dossier
- Le **suivi** des différentes étapes de la procédure
- Une **aide** pour mieux comprendre votre situation personnelle
- Une **communication régulière** pour ne rater aucune démarche
- Un **service complet** : assistance et défense de votre dossier tout au long de la procédure

Un seul but : que vous receviez la prime à laquelle votre activité en 2021 vous donne droit!

Et bénéficiez en plus :

- ↳ Rendement élevé : 1,40%* NET en 2021 (0,60% d'intérêt garanti + 0,80% de participation bénéficiaire**)
- ↳ Frais d'entrée parmi les plus bas du marché (2,95%)



La procédure INAMI 2021 suit son cours.
Simplifiez-vous la vie, accordez un mandat électronique à Curalia et confiez votre Statut Social INAMI à un expert!

Plus d'infos ?

Demandez l'avis personnalisé du conseiller de votre région.
info@curalia.be - 02/735.80.55

Curalia, le partenaire Assurances et Pension de la SMD




curalia
for your life

**Inami 2020 :
Intervention
dans plus de
600 dossiers**