

# LE PONT



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](http://www.dentiste.be)  
Bureau de dépôt 3000 Leuven Masspost - P109050



# KAVO UNIQA

La nouvelle classe  
compacte premium.



En savoir plus : [www.kavo.com/fr/uniqa](http://www.kavo.com/fr/uniqa)

Chères lectrices, chers lecteurs,

En cette fin d'année académique (et scolaire pour les plus jeunes), et de diplomation pour certain-e-s, les paroles d'une chanson française des sixties me reviennent en mémoire :

*Donne-moi ta main et prends la mienne  
La cloche a sonné, ça signifie  
La rue est à nous que la joie vient  
Mais oui mais oui l'école est finie.*

Après deux longues années de pandémie, les vacances qui se profilent à l'horizon pour un grand nombre d'entre nous sont attendues et méritées. La vie au cabinet revient tout doucement à la normale, même si la prudence reste de mise. Notre vie sociale se redynamise et le soleil apporte le sourire sur les visages.

Mais le monde dentaire ne s'arrête pas de tourner même pendant la trêve estivale. Ces dernières semaines l'ont encore prouvé :

Depuis le 1<sup>er</sup> juin, vous avez pu profiter de l'indexation linéaire anticipée des honoraires qui arrive à point nommé à la suite de l'inflation galopante. C'est un acompte, sept mois à l'avance sur l'indexation normale qui aura lieu en janvier 2023 et qui sera probablement très élevée vu les circonstances.

De grandes modifications sont apparues dans la nomenclature en ce 1<sup>er</sup> juillet. C'est la suite de la concrétisation des dispositions de l'Accord dento-mutualiste conclu en décembre 2021. La procédure d'approbation et la publication au Moniteur belge prend toujours un peu de temps. Dans les pages professionnelles de cette revue, nous vous en expliquons une nouvelle fois tous les détails.

Ce mois de juin est également à mettre dans les annales de notre profession, puisqu'après plus de 15 années de gestation complexe, les premiers(ères) Hygiénistes bucco-dentaires ont été diplômé-e-s dans la partie francophone du pays. C'est ainsi que demain vont se tisser de nouveaux liens entre praticiens de l'art dentaire et les membres de cette nouvelle profession. Nous leur souhaitons la bienvenue au sein du secteur des soins dentaires.

Au fil de ce numéro 293, vous découvrirez aussi un article intéressant d'orthodontistes sur un sujet polémique ces derniers mois (la frénectomie) ainsi qu'une tribune ouverte d'un groupe de dentistes à propos de la vaccination obligatoire des professionnels des soins de santé. Sujet ô combien clivant.

En terminant cet édito, c'est le mot « Rassembler » qui me vient maintenant à l'esprit : une des valeurs cultivées par la Société de Médecine Dentaire.

Bonne lecture,  
Mais surtout de bonnes vacances.



Bruno GONTHIER  
Président

LP

2

9

3



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

**Bureau exécutif :**

B GONTHIER - Président  
M DEVRIESE - Resp. Com. professionnelle  
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

**Juriste :**

A TIELEMAN

**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.  
Dietssesteenweg 624  
3010 Kessel-Lo

3	<b>Edito</b> - B Gonthier	
4	<b>Sommaire</b>	
6	<b>Cotisations 2022</b>	
8	<b>Vaccination obligatoire des professionnels des soins de santé</b>	
11	<b>Sommaire articles scientifiques</b>	
12	Interprétation erronée d'images radiographiques - S BLIGGENSTORFER, V CHAPPUIS, T von ARX	
17	Frénectomies : se libérer des mauvaises langues - C Rigaux, E Goffelli, M Tillier, A Gonzalès, M Floymont, P Wulleman	
25	Guide clinique pour la prescription prudente d'antibiotiques en pratique dentaire - KCE	
29	<b>Sommaire formation continue - Cours</b>	
30	Radioprotection	8 octobre
31	Dilemmes	22 octobre
32	Succès des implants en zone esthétique	19 novembre
33	<b>Sommaire formation continue - Workshop</b>	
34	Réanimation	23 septembre
35	Bien-être au travail	29 septembre
36	Composites injectables	1 <sup>er</sup> octobre
37	Tabacologie	13 octobre
38	Facettes indirectes en céramique Luxembourg	14-15 octobre
39	Désordres temporo-mandibulaires	27 octobre
40	Gestion du temps	10 novembre
42	Study-Clubs	
43	<b>Sommaire Professionnel</b>	
45	Édito - M Devriese	
46	Modifications de nomenclature au 1 <sup>er</sup> juillet : les détails - M Devriese	
50	<b>Fiscalité : La taxation des immeubles à l'étranger : nouveau régime</b> - M D'Auria	
51	<b>Assurances &amp; Pension : Tips &amp; tricks</b> - Curalia	
52	<b>Biblio</b> - O Custers	
54	<b>Culture</b> - P Mathieu	
58	<b>Petites annonces</b>	
59	<b>Agenda</b>	



**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



# VACCINATION OBLIGATOIRE DES PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ

Lors de l'Assemblée Générale de la SMD qui s'est tenue le 23 mai dernier, un groupement de dentistes, indépendants du Conseil d'Administration, a souhaité nous lire la lettre reproduite ci-dessous. Et en nous demandant, en tant qu'association professionnelle représentative, de prendre position par rapport à l'obligation vaccinale des professionnels des soins de santé et des dentistes en particulier.

Même si certains arguments avancés dans cette lettre sont fondés et méritent discussion, malheureusement nos tentatives de dialogue, depuis de nombreux mois, avec le cabinet du ministre de la santé sont restées lettre morte. Si nous pouvons comprendre le principe et l'utilité d'une vaccination obligatoire dans des services hospitaliers, nous n'adhérons pas à cette idée telle quelle dans le cadre d'un cabinet dentaire. Quelle serait l'efficacité d'une obligation vaccinale des dentistes alors que leur personnel (assistant·e·s, secrétaires, hygiénistes) n'y serait pas soumis ? Par ailleurs, certains praticiens et leur famille se verraient privés de revenus car certains poursuivraient leur refus de la vaccination.

Cela entraînerait une perte de manpower alors que certaines zones en Wallonie sont déjà en pénurie. Comment gérer les praticiens non-vaccinés dans le cadre d'une pratique de groupe ?

Pour ces raisons et dans un but de représentation d'ensemble de nos membres nous diffusons cette lettre et dénonçons l'obligation vaccinale pour les dentistes.

## LETTRE COMMUNE AU SUJET DE LA VACCINATION OBLIGATOIRE DES DENTISTES

Chers Confrères, Présidents de nos associations professionnelles SMD et CSD,

Vous nous avez tenus informés, soutenus, défendus et avez été notre lien pendant la crise du Covid et nous tenons à vous en remercier.

Cependant à ce jour, nous rencontrons un problème sérieux et souhaitons vous en faire part.

En effet, Monsieur le ministre de la Santé VANDENBROECK veut obtenir que nos parlementaires accordent un blanc-seing au Gouvernement lui permettant de décider à sa guise de mettre en œuvre la vaccination obligatoire des soignants. A la suite de cette annonce, nous nous sommes réunis entre confrères, tant vaccinés que non-vaccinés, pour rédiger le présent courrier.

**1-** En premier lieu, nous ne comprenons pas pour quelle raison il n'y a aucune nuance dans la notion de soignants. C'est à l'évidence ignorer le contexte très spécifique dans lequel nous travaillons au sein de nos cabinets dentaires. Des mesures de protection très strictes ont été élaborées et mises en œuvre pour notre profession, à savoir :

- Délai entre chaque patient
- Ouverture des fenêtres et surtout présence de purificateurs et de stérilisateurs d'air pour lesquels nous avons, au demeurant, reçu une aide financière de l'État.
- Pour rappel, l'aération est devenue, à juste titre, le standard de précaution de référence.
- Port du masque en permanence (FFP2/ KN95 et/ou chirurgical selon les circonstances)

**2-** Il n'existe aucune étude qui aurait démontré l'existence du moindre cluster au sein des cabinets dentaires en exercice. La littérature pertinente révèle-t-elle le moindre élément de preuve scientifique qui démontrerait que des dentistes, non ou insuffisamment vaccinés, auraient constitué des vecteurs de contamination et qu'ils auraient ainsi mis leurs patients en danger ?

**3-** La vaccination des personnes à risques (âge très avancé, obésité, problèmes cardiaques...) a pu avoir un sens au printemps 2021 afin de leur éviter de développer des pathologies graves consécutives à l'infection virale et de saturer les services de réanimation. A présent, nous savons tous que la vaccination proposée n'empêche nullement la transmission du virus. Dès lors, force est de constater qu'actuellement, le choix qui doit être fait pour adhérer à la vaccination et au schéma vaccinal complet n'est destiné qu'à se protéger soi-même, en fonction de son état de santé personnel.

Les experts de la commission d'enquête parlementaire sont également parvenus quasiment à l'unanimité à cette même conclusion, abandonnant même l'idée d'une vaccination obligatoire de toute la population.

**4-** Monsieur le premier ministre Alexandre de CROO a, de son côté, reconnu il y a quelques temps que le Gouvernement se serait trompé de stratégie en misant tout sur les vaccins alors que Monsieur VANDENBROECK constatait au même moment que la Flandre, tout en étant l'endroit d'Europe présentant un des plus grands taux de vaccination, était néanmoins en proie au plus fort taux de contamination du continent !



**5-**Au fil des mois passés, nous avons tous acquis une immunité mucoale (IG A ) et sérique qui permet de bloquer la transmission du virus très efficacement .

Notre ministre de tutelle n'adapte malheureusement pas sa réflexion à l'évolution de la situation. Il ne tient pas compte de l'efficacité de cette immunité acquise après infection et guérison complète.

**6-** Nous ne pouvons également pas fermer les yeux sur les manifestations de plus en plus nombreuses d'effets secondaires qui surviennent au gré de la répétition des injections. Qui n'a pas reçu de témoignages dans ce sens au contact de ses patients ou de ses proches ?

L'apparition de nouveaux effets secondaires est d'ailleurs régulièrement confirmée par l'OMS. Il n'est plus temps de se réfugier derrière l'argument de l'ignorance.

**7-** Nous constatons que notre ministre de tutelle, à court d'argument scientifique pertinent, prend prétexte de la déontologie et du devoir d'exemplarité des soignants pour faire passer, en force, cette obligation vaccinale discriminatoire !

La déontologie comprend, bien sûr, un devoir d'exemplarité en termes de promotion de la santé publique mais il paraît indispensable dans le cas de nos cabinets dentaires que l'on puisse au préalable prouver de manière irréfutable que la vaccination proposée ait diminué le risque de transmission du dentiste au patient.

Sinon quelle est la limite de la déontologie ? Un médecin fumeur ou obèse doit-il être déchu de son diplôme et de son droit d'exercer ? Et donc si nous avons bien compris, nous ne pourrions plus exercer si nous ne suivons pas cette obligation de schéma vaccinal complet du moment ?

Cette sanction est TOTALEMENT DISPROPORTIONNÉE ne fût-ce qu'en regard d'un avis général très réservé sur le rôle du vaccin dans la transmission du virus.

En conclusion, en tant qu'organismes de défense professionnelle, à l'instar des syndicats de soignants qui se sont mobilisés, nous devons pouvoir compter sur vous pour défendre les intérêts de tous les dentistes, en bonne intelligence, c'est-à-dire en laissant la liberté de choix à chacun en fonction de ses antécédents médicaux et de ses convictions scientifiques.

Nous attendons dès lors que vous vous positionniez de manière ferme contre la déchéance éventuelle de notre droit d'exercer notre art dans le cas du refus de ces injections à répétitions.

Nous vous remercions d'avance pour la bonne attention et les suites utiles que vous réserverez à la présente.

Bien confraternellement

### **80 Signataires**

Anne M, André V, Philippe C, Christian P, Hélène D, Sarah W, Dominique W, Bertrand L, Serge H, Laurence R, Nicole W, Nathalie H, Mourad S, Muriel C, Laurent K, Sabine D, Zahia T, Stéphane S, Myriam B, Colette G, Bernard M, Dino O, Christine R, Fabienne J, Véronique D, Corinne V, Cécile M, Muriel H, Hoang VN, Jacques H, Anne-France L, Maurienne D, Leila S, Cédric B, Lauriane D, Roland M, Yvonne C, Isabelle V, Michèle S, Thomas M, Véronique C- L, Aysha M, Caroline M, Fabienne L, Benoit H, Katrin S, Bénédicte E, Dominique DK, Christian LB, Victor C, Shannen M, Marcella L, Salima C, Francis M, Niloofa M, Catherine P, Mélanie H, Claudine G, Isabelle P, Funda Y, Sophie M, France VT, Nathalie V L, Cécile L, Cécile B, Louis-Nicolas C, Sirin G, Bruno M, Martine D, Tatiana T, Ruslan D, Maria Teresa RT, Véronique F, Bilal S, Séverine Z, Guillaume R, Nastasia J, Françoise D, Rahma A, Olivia D.

### **Références :**

#### **1/ La vaccination n'empêche pas la transmission du virus :**

<http://thehill.com/homenews/sunday-talk-shows/565831-fauci-amount-of-virus-in-breakthrough-delta-cases-almost-identical/>  
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYWRIZjQ5ZjAtZjllYy00OGNmLWI3NDctMzdkM2Y3YzkyMjUyYUliwidCI6ImUxNTkwMzRhLTc5ODQtNDQ2ZS1iODM0LWUxZTM3ZDE2NzY3OSJ9>  
voir synthèse par statut

#### **2/ L'immunité naturelle est aussi ou même plus efficace que l'immunité vaccinale :**

<https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/09/15/natural-immunity-vaccine-mandate/>

#### **3/ Les effets secondaires du vaccin :**

<http://christine-cotton.1ere-page.fr/evaluation-essais-pfizer/>  
<https://www.mdpi.com/1467-3045/44/3/73/htm>  
<https://drive.google.com/file/d/1N3AkwXOcmByQC6ji4IdYSmfJ3ioXF8t1/view>  
[http://docs.les-citoyens.com/Rapport\\_OPESET\\_VP\\_ED.pdf](http://docs.les-citoyens.com/Rapport_OPESET_VP_ED.pdf)  
<https://cv19.fr/2022/01/10/plus-de-1000-etudes-scientifiques-sur-la-dangerosite-des-vaccins-covid-19/>  
[https://www.afmps.be/fr/news/coronavirus\\_aperçu\\_mensuel\\_des\\_effets\\_indesirables\\_des\\_vaccins\\_contre\\_la\\_covid\\_19\\_du\\_24\\_mars](https://www.afmps.be/fr/news/coronavirus_aperçu_mensuel_des_effets_indesirables_des_vaccins_contre_la_covid_19_du_24_mars)

# dentex

LE SALON PROFESSIONNEL DU SECTEUR DENTAIRE



**29 & 30 SEPT** —  
— **1 OCT 2022**  
**BRUSSELS EXPO**



Inscrivez-vous gratuitement  
avec le code **BAAC1000**  
sur [www.dentex.be](http://www.dentex.be)

by EASYFAIRS



# ARTICLES SCIENTIFIQUES

- 12 **Guide clinique pour la prescription prudente d'antibiotiques en pratique dentaire** - KCE
- 17 **Frénectomies : se libérer des mauvaises langues** - C Rigaux, E Goffelli, M Tillier, A Gonzalès, M Floymont, P Wulleman
- 25 **Interprétation erronée d'images radiographiques** - SBLIGGENSTORFER, V CHAPPUIS, T von ARX

# INTERPRÉTATION ERRONÉE D'IMAGES RADIOGRAPHIQUES :

## LE CANALIS SINUOSUS PEUT SUSCITER UNE FAUSSE IMPRESSION RADIOLOGIQUE-ANATO- MIQUE DE RÉSORPTION RADICULAIRE

Salome BLIGGENSTORFER, Vivianne CHAPPUIS, Thomas von ARX  
Clinique de chirurgie orale et de stomatologie,  
Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne

Reproduit du SSO VOL 131 12-2021 avec leur aimable autorisation.

### Résumé :

En radiologie conventionnelle, il est bien connu que le trou mentonnier ou le trou incisif peuvent être projetés sur des racines dentaires, simulant ainsi une parodontite apicale. La structure anatomique du Canalis sinuosus (canal sinueux) et de ses canaux sortants dans le maxillaire antérieur est moins connue. Parfois, ces canaux osseux peuvent donner l'impression, sur les radiographies conventionnelles, d'une dentino- ou d'une ostéolyse. Lorsque ces canaux osseux se projettent sur les racines de dents antérieures du maxillaire supérieur, il y a un risque que ces images induisent une interprétation erronée de résorption radiculaire ou de parodontite apicale.

Ce rapport de cas présente une observation radiologique fortuite. En raison d'une hyperclarté intraradiculaire de la 11, une résorption radiculaire a été suspectée. Une tomographie volumique numérique a permis d'identifier clairement l'origine de cette suspicion de dentinolyse en tant que projection d'une structure anatomique, et d'écarter ainsi le diagnostic suspecté. Ceci montre bien l'importance de la connaissance des structures anatomiques afin d'éviter des erreurs d'interprétation et des traitements inutiles.

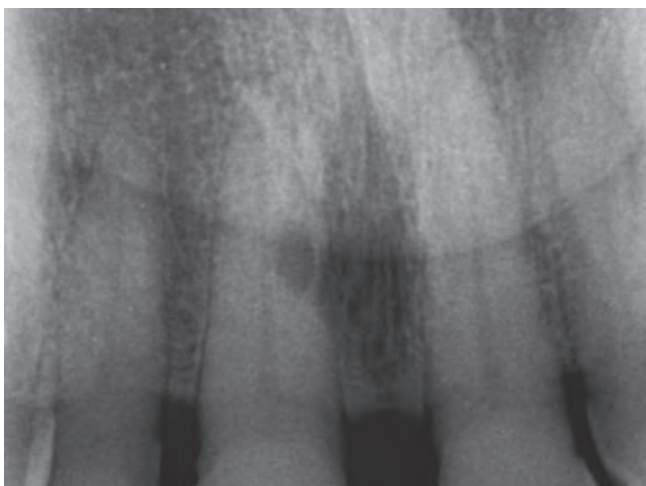


Figure 1: La radiographie de dent unitaire montre une hyperclarté intraradiculaire mésiale dans le tiers moyen de la racine de la dent 11

### Introduction

Il y a plus de 80 ans, le Canalis sinuosus (= canal sinueux) a été décrit en détail par WOOD-JONES (1939). Néanmoins, la connaissance de l'existence de cette structure anatomique

que l'on retrouve régulièrement dans le maxillaire supérieur est peu répandue.

Une branche du nerf maxillaire, le nerf infra-orbitaire, assure l'innervation sensitive des incisives et des canines ainsi que de la peau et des muqueuses de la partie moyenne de la face. Avec ses trois branches principales (nerf alvéolaire supérieur antérieur (NASA), médian et postérieur), le nerf infra-orbitaire forme le plexus dentaire supérieur. Après être sorti du foramen infra-orbitaire, le nerf infra-orbitaire se divise en ses rameaux terminaux, les rameaux palpébraux inférieurs, nasaux externes et internes et labiaux supérieurs (HU et coll. 2006). Le NASA prend naissance sous l'orbite, encore dans le canal infra-orbitaire, en tant que branche la plus développée du nerf infra-orbitaire (Fig. 2).

Le NASA se dirige ensuite avec les vaisseaux sanguins du même nom dans un canal osseux distinct, le Canalis sinuosus (canal sinueux), de la zone infra-orbitaire en direction antéro-latérale jusqu'à la paroi antérieure du sinus maxillaire. Il s'oriente ensuite en direction médiale et passe sous le foramen infra-orbitaire à l'intérieur de la paroi antérieure du sinus maxillaire, jusqu'à l'orifice piriforme. Ici, il présente une courbure prononcée en direction caudale puis longe la paroi latérale de la cavité nasale jusqu'au niveau du maxillaire antérieur (Fig. 3). Dans son parcours final, le Canalis sinuosus se divise en plusieurs canaux terminaux, qui mènent aux apex des dents antérieures du maxillaire supérieur ou se terminent dans le palais antérieur (MACHADO et coll. 2016). Sur les radiographies conventionnelles, ces canaux osseux peuvent simuler des lésions intra- ou périradiculaires sur les dents antérieures du maxillaire supérieur.

Si ces dentino- ou ostéolyses présumées ne sont pas reconnues comme des structures anatomiques ou, respectivement, comme des canaux osseux neuro-vasculaires, elles peuvent conduire au diagnostic erroné de parodontite ou, comme dans le cas présent, de résorption radiculaire.

En dentition permanente, la résorption radiculaire correspond à une dégradation pathologique du ciment et de la dentine résultant de l'activité ostéoclastique. Les facteurs déclenchant la résorption radiculaire comprennent différents stimuli : traumatisme dentaire, nécrose pulpaire, traitement orthodontique, maladie parodontale ou irritation chimique (FUSS et coll. 2003). Il en résulte une atteinte, à la surface de la racine, de la couche protectrice contre la résorption des cémentoblastes et du tissu non minéralisé (précément). L'inflammation locale qui s'ensuit active les ostéoclastes, qui résorbent le tissu minéralisé exposé (cément et dentine). Cela conduit à une résorption radiculaire externe. En fonction de l'évolution ultérieure, il se produira une résorption superficielle, une

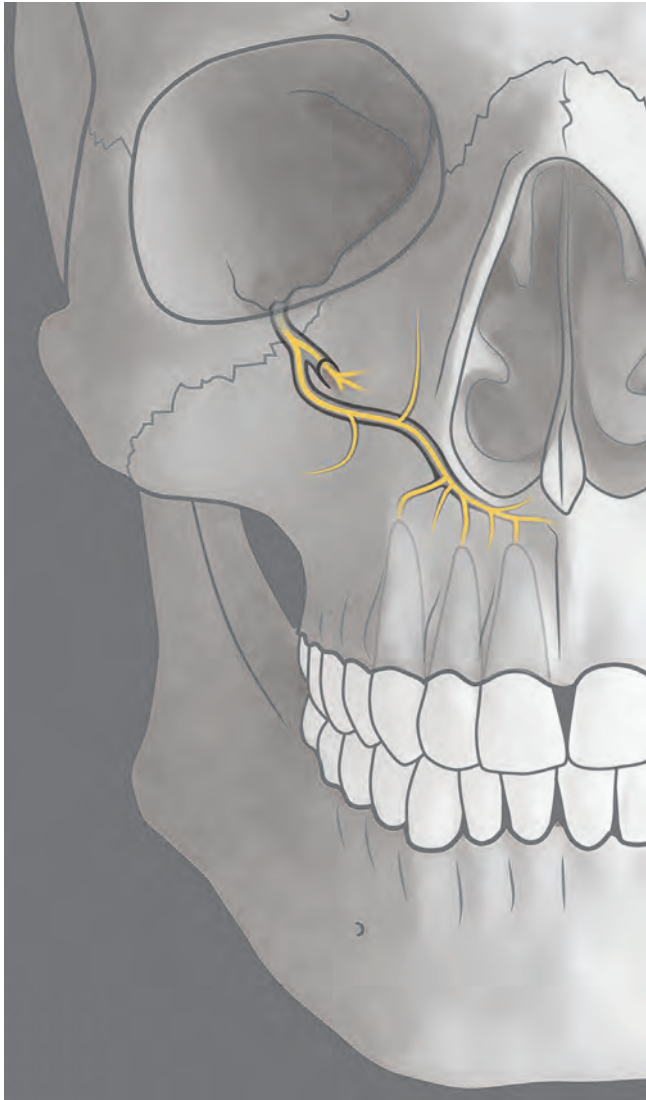


Figure 2: Représentation schématique du parcours du Canalis sinuosus droit.

résorption du tissu de remplacement ou une résorption liée à l'infection. En l'absence de stimulation supplémentaire des ostéoclastes, la résorption est autolimitée et s'arrête. Les lésions radiculaires superficielles et de petite taille peuvent être réparées par les cémentoblastes (résorption superficielle).

Lors de lésions plus étendues, les ostéoblastes prolifèrent dans la zone du défaut. Ceux-ci forment de l'os et il en résulte une ankylose (résorption du tissu de remplacement). La stimulation durable des ostéoclastes par des stimuli tels que l'infection ou la pression entretient l'activité du processus de résorption (ANDREASEN 1985; TROPE 2002).

Les dents affectées par des résorptions radiculaires sont souvent asymptomatiques. Pour cette raison, les résorptions radiculaires sont souvent découvertes fortuitement lors d'une radiographie de routine.

Comparativement à la tomographie volumique numérique (TVN), l'image radiographique conventionnelle n'est pas assez différenciée pour évaluer correctement le site d'entrée de la résorption radiculaire, sa taille, son extension et sa localisation. Pourtant, il s'agit là des informations pertinentes pour poser un diagnostic correct et prendre une décision thérapeutique appropriée (DURACK et coll. 2011 ; PATEL et coll. 2019). C'est pourquoi la TVN est l'imagerie de choix pour l'évaluation, le diagnostic et la détermination du traitement des résorptions radiculaires (SCARFE 2011).

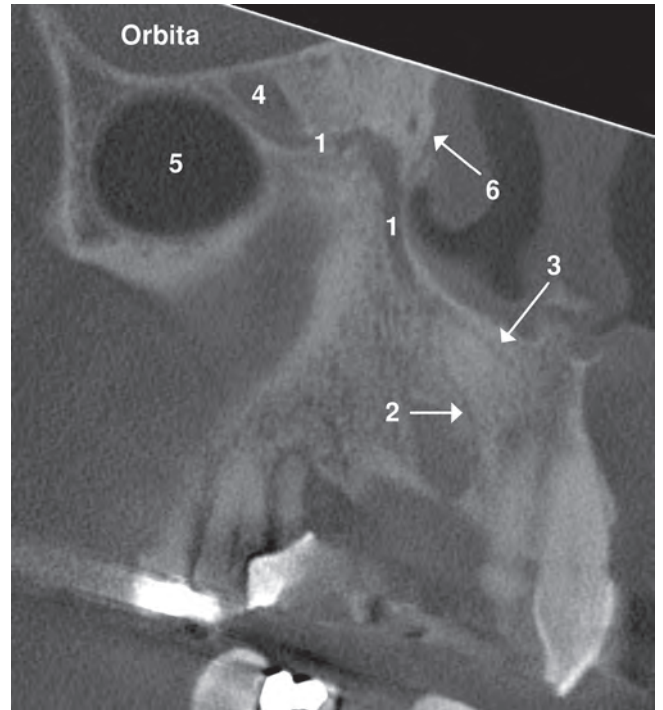


Figure 3: Coupe coronale en TVN, montrant le parcours complet du Canalis sinuosus droit et des structures adjacentes. Le Canalis sinuosus s'étend autour du bord latéral et inférieur de la cavité nasale et forme des ramifications vers le maxillaire antérieur et le plancher nasal. Fig. 1) Canalis sinuosus, 2) Canal terminal issu du Canalis sinuosus, 3) Canalicule issu du Canalis sinuosus, se dirigeant vers le plancher nasal, 4) Canal infra-orbitaire, 5) Sinus maxillaire, 6) Limite latérale de l'orifice piriforme.

## Rapport de cas

### Anamnèse

Ce patient de 56 ans nous a été adressé par la Clinique universitaire de Chirurgie cardiovasculaire de l'Hôpital de l'Île pour l'assainissement de foyers infectieux potentiels avant le remplacement de la valve aortique. Le patient présentait une hypertension artérielle traitée par un bêtabloquant (Beloc Zoc®, Recordati SA, Baar, Suisse) et un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (Atacand®, CPS Cito Pharma Services GmbH, Suisse). En outre, le patient présentait une insuffisance aortique sévère.

### Constatations

Le patient ne présentait aucun symptôme au moment de l'examen. Cliniquement, on constatait une parodontite marginale généralisée. La dent 26 présentait une atteinte de furcation de degré 1, et la dent 27, de degré 2. Toutes les dents, à l'exception des dents 26 et 27, ont réagi positivement au test de sensibilité au CO<sub>2</sub>. L'orthopantomogramme (OPT) (Fig. 4A) montrait une perte osseuse horizontale généralisée. Les dents 18 et 28 étaient absentes, la dent non fonctionnelle 38 était allongée. Les dents 26 et 27 présentaient chacune une ostéolyse apicale. Sur la dent 11, une hyperclarté mésiale intraradiculaire était visible dans le tiers moyen de la racine. Sur la radiographie unitaire (Fig. 4B) et sur le cliché occlusal du maxillaire supérieur (Fig. 4C), cette lésion se présentait dans le tiers moyen de la racine comme une hyperclarté ronde-ovale bien délimitée. En outre, sur le cliché occlusal du maxillaire supérieur, une autre hyperclarté intraradiculaire mésiale était visible dans le tiers radicaire apical de la dent 22 (Fig. 4C). Ces trouvailles radiologiques fortuites ont conduit à la suspicion de résorption radiculaire dans les dents 11 et 22. Cliniquement, il n'y avait aucun signe ou symptôme associé aux dents 11 et 22.

Une TVN a été réalisée pour vérifier ce diagnostic de suspicion. Cet examen a mis en évidence un canal intra-osseux vertical en position palatine au niveau la région 11 (Fig. 5). Ce canal terminal était issu du Canalis sinuosus, se dirigeait caudalement dans le maxillaire antérieur et latéralement par rapport au



canal naso-palatin, et se terminait, en position palatine, à la racine de la dent 11. Des canaux osseux similaires ont également été identifiés au niveau palatin dans les régions 12 et 22 (Fig. 6 et 7).

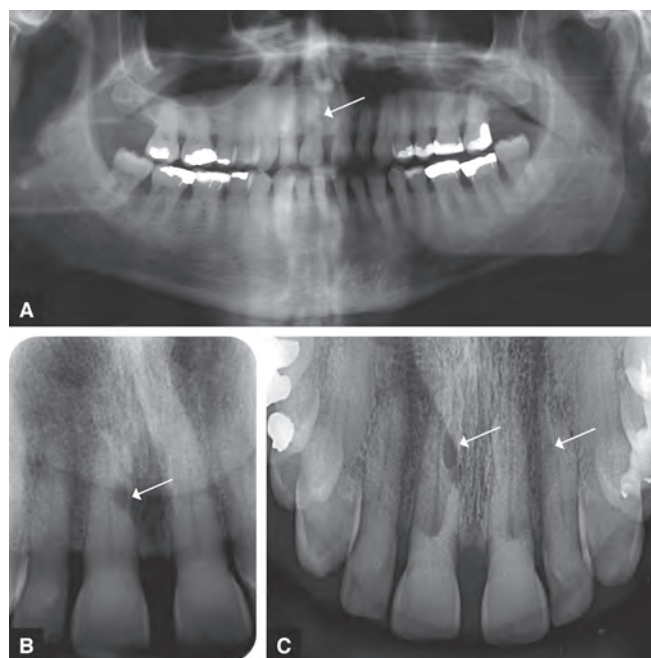


Figure 4 : A) Sur l'orthopantomogramme, une hyperclarté intraradiculaire mal délimitée est visible en position mésiale sur la dent 11. B) Sur la radiographie de dent unitaire, l'hyperclarté intraradiculaire de la dent 11 est nettement visible, C) L'hyperclarté intraradiculaire de la dent 11 est visible sous forme d'une lésion ronde-ovale bien délimitée sur la radiographie occlusale du maxillaire supérieur. En outre, une autre hyperclarté intraradiculaire plus petite peut être observée au niveau de la dent 22.

#### Thérapie

Dans le cadre de l'assainissement focal avant le remplacement prévu de la valve cardiaque, les dents dévitalisées et parodontalement compromises 26 et 27 ainsi que la dent allongée non fonctionnelle 38 ont été extraites. Pour le maintien de la santé bucco-dentaire, des traitements d'hygiène dentaire et des contrôles dentaires trimestriels ont été recommandés au patient. La résorption radiculaire des dents 11 et 22 ayant été exclue par TVN, le traitement de ces dents n'était pas nécessaire.

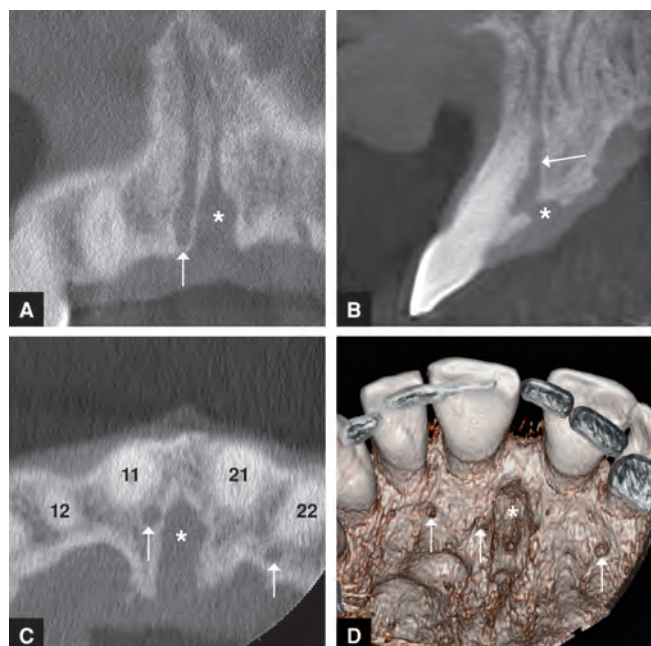


Figure 5 : La focalisation est ici sur la dent 11. Images en TVN : A) Coupe coronale, B) Coupe oblique-sagittale, C) Coupe axiale, D) Rendu 3D, canal naso-palatin (astérisque) et canaux terminaux du Canalis sinuosus (flèches blanches).

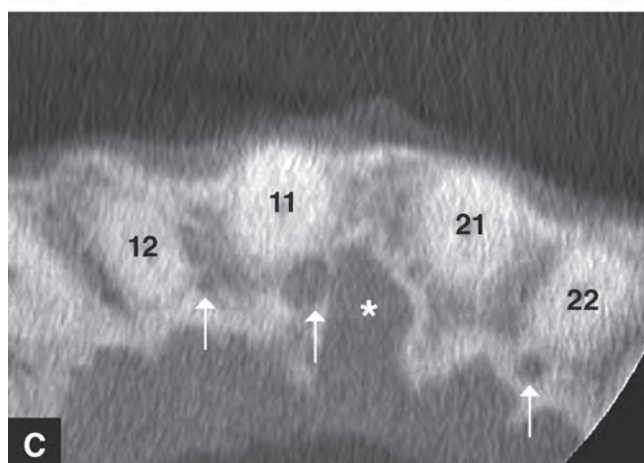
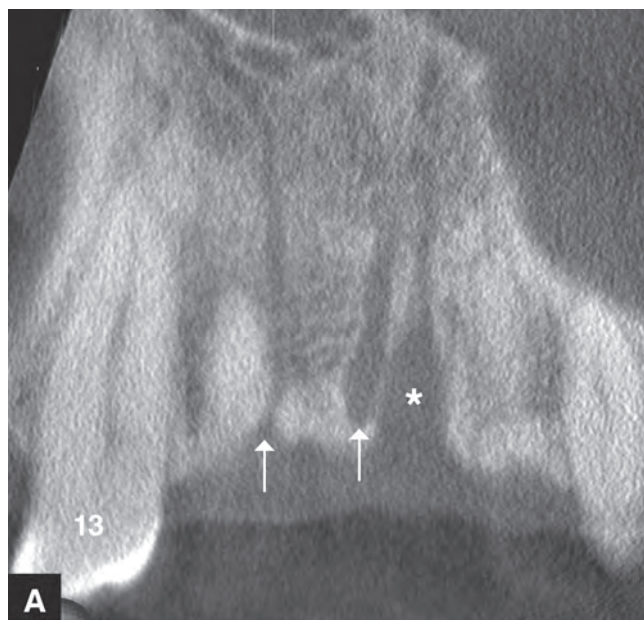


Figure 6 : La focalisation est ici sur la dent 12. Images en TVN: A) Coupe coronale montrant le canal naso-palatin (astérisque) et les canaux terminaux du Canalis sinuosus dans les régions 11 et 12 (flèches blanches), B) Coupe sagittale montrant le canal terminal du canal sinuosus dans la région 12 (flèche blanche), C) Coupe axiale montrant les canaux terminaux du canal sinuosus dans les régions 12, 11 et 22 (flèches blanches).

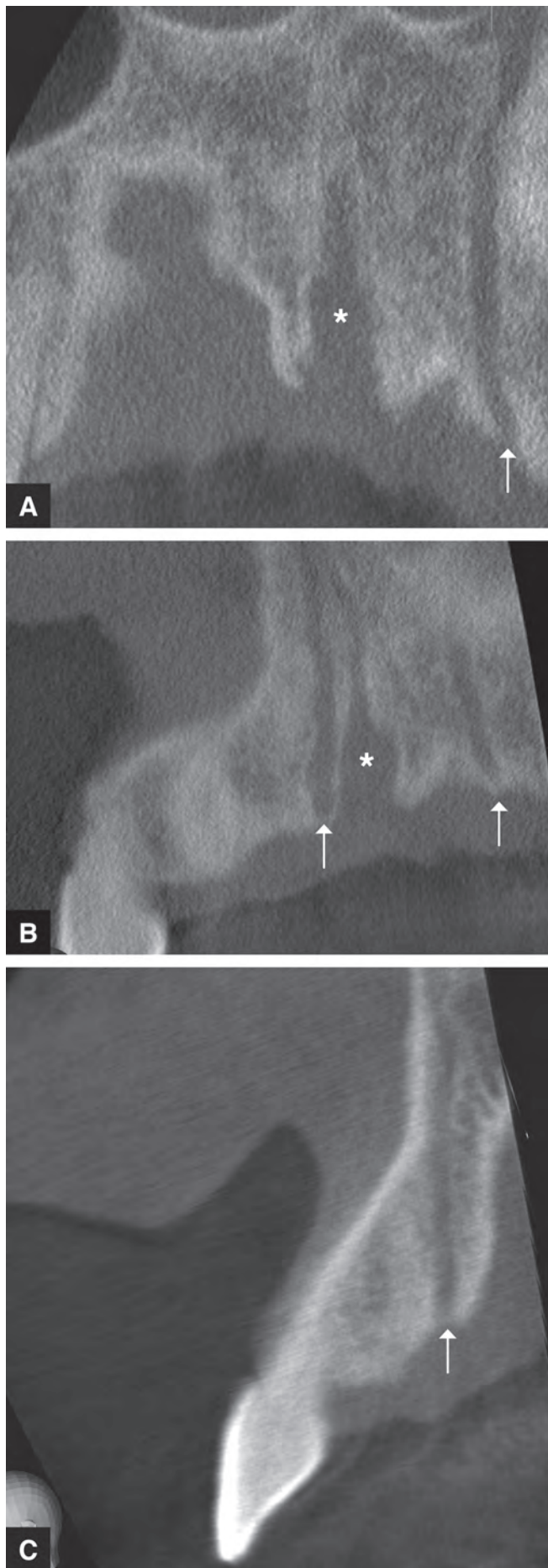


Figure 7 : La focalisation est ici sur la dent 22. Images en TVN : A) Coupe coronale avec le canal naso-palatin (astérisque) et le canal terminal du canal sinueux dans la région 22 (flèche blanche), B) Coupe coronale avec les canaux terminaux du canal sinueux dans les régions 11 et 22 (flèches blanches), C) Coupe sagittale avec le canal terminal du canal sinueux dans la région 22 (flèche blanche).

## Discussion

Le présent rapport de cas décrit une découverte radiologique fortuite. Une hyperclarté intraradiculaire a été observée sur la dent 11 à l'OPT, sur la radiographie de dent unitaire et sur le cliché occlusal du maxillaire supérieur, faisant suspecter une résorption radiculaire. La TVN a permis ensuite de démontrer que la lésion intraradiculaire détectée sur les radiographies conventionnelles était due à la projection radiologique, sur la racine de la dent 11, d'un canal osseux issu du Canalis sinuosus. Ainsi, la pathologie présumée a pu être rapportée à la projection d'une structure anatomique normale. Dans la littérature, des découvertes fortuites comparables ont été décrites, dans lesquelles une hyperclarté intraradiculaire ou périapicale sur des radiographies conventionnelles a fait suspecter une résorption radiculaire ou une parodontite apicale, respectivement (SHELLEY et coll. 1999; LEVEN & SOOD 2018). Dans les deux cas, une imagerie supplémentaire a permis d'identifier sans ambiguïté la lésion en tant que canal terminal du Canalis sinuosus. En outre, plusieurs cas ont été documentés dans la littérature concernant des lésions, survenues au cours d'interventions chirurgicales, de structures neuro-vasculaires situées à l'intérieur du Canalis sinuosus ou de ses canaux sortants. En conséquence, des saignements, des douleurs ou des paresthésies temporaires ou persistantes ont été rapportés (JACOBS et coll. 2014; ARRUDA et coll. 2017; VOLBERG & MORDANOV 2019). De nombreuses interventions chirurgicales sont réalisées dans le maxillaire antérieur (endochirurgie, implantation, augmentation osseuse, ostéotomie de dents incluses). C'est pourquoi la connaissance de toutes les structures anatomiques de cette zone est d'une grande importance afin de les identifier correctement, à la fois en imagerie radiographique conventionnelle et en TVN, et d'éviter ainsi des complications peropératoires.

Le canal naso-palatin et le foramen incisif sont des structures anatomiques bien connues dans le maxillaire antérieur. Mais il est moins courant de savoir qu'un ou plusieurs autres canaux osseux se situent également dans cette région. Le Canalis sinuosus a parfois été considéré comme une variation anatomique rare. Cependant, en raison de la fréquence observée, on peut admettre qu'il s'agit d'une structure anatomique courante. Dans les études effectuées sur des cadavres, le Canalis sinuosus a été retrouvé dans 100% des cas (OLENCZAK et coll. 2015; VON ARX & LOZANOFF 2015). Les investigations en TVN ont identifié le Canalis sinuosus avec une fréquence de 88 à 100%, pour un diamètre moyen de 1 mm (WANZELER et coll. 2015; GURLER et coll. 2017; LELLO et coll. 2020). Les canaux terminaux ont présenté une plus grande variabilité, et ont été documentés avec une fréquence de 16 à 71 % et un diamètre moyen de 1,0 à 1,4 mm. (DE OLIVEIRA-SANTOS et coll. 2013; MACHADO et coll. 2016; ORHAN et coll. 2018; SHAN et coll. 2020). En conséquence, on peut s'attendre à trouver des canaux osseux terminaux dans le maxillaire antérieur chez deux tiers des patients au plus (FERLIN et coll. 2019). L'écart entre les fréquences rapportées peut être attribué à des différences méthodologiques (utilisation de différents dispositifs de TVN, taille du voxel, paramètres d'exposition, critères d'inclusion et d'exclusion). DE OLIVEIRA-SANTOS et coll. (2013), VON ARX et coll. (2013) und SHAN et coll. (2020) ont documenté la présence de canaux osseux d'un diamètre  $\geq 1$  mm avec une fréquence de 16 %, 28 % et 37 %, respectivement. Cependant, si l'on prend en compte tous les canaux terminaux, c'est-à-dire également ceux dont le diamètre est  $< 1$  mm, on observe une augmentation de la fréquence de 28% à 55% (VON ARX et coll. 2013).

Dans le présent rapport de cas, cette découverte fortuite a été faite lors d'une investigation médico-dentaire avant le remplacement de la valve aortique. L'objectif de l'assainissement focal avant une chirurgie cardiaque est d'éliminer toute inflammation aiguë et/ou chronique afin d'exclure, dans la mesure du possible, tout traitement odontologique à risque de bactériémie durant la période postopératoire. L'étendue et le caractère invasif de ces mesures médico-dentaires sont liés à l'indication et font l'objet de discussions controversées dans la littérature. Cependant, la littérature montre que les thérapies exodontiques agressives avant le remplacement d'une valve cardiaque ne peuvent plus être considérées



comme lege artis, et les mesures de préservation des dents sont recommandées lorsque cela semble possible et raisonnable (DEPPE et coll. 2017; SCHRIBER et coll. 2021). Étant donné que, dans le cas présent, le pronostic des dents 26 et 27 était incertain (parodontite chronique apicale et marginale avec atteintes de furcations) et qu'un traitement endodontique et parodontal éventuel ne pouvait être achevé avant le remplacement de la valve cardiaque, les dents 26 et 27 ont été extraites avec le consentement du patient et après consultation des collègues de la Clinique universitaire de chirurgie cardio-vasculaire de l'Hôpital de l'île.

### Conclusion

Le cas évoqué illustre l'importance d'une bonne connaissance des structures anatomiques du maxillaire antérieur. Sur la base des radiographies conventionnelles, une résorption radiculaire a été suspectée initialement. Seule une imagerie tridimensionnelle supplémentaire a permis d'identifier la pathologie présumée en tant que canal osseux terminal. Ainsi, un traitement invasif injustifié a pu être évité. Des rapports de cas antérieurs ont déjà montré que certaines pathologies présumées de dents antérieures maxillaires peuvent correspondre, le cas échéant, à des canaux terminaux du Canalis sinuosus, et donc à des structures anatomiques normales (LEVEN & SOOD 2018; SHAN et coll. 2020). En outre, il est important de tenir compte du parcours du Canalis sinuosus et de ses canaux terminaux dès la planification des interventions chirurgicales dans le maxillaire antérieur. Certaines lésions peropératoires de structures neuro-vasculaires peuvent ainsi être évitées. Lorsque les conditions anatomiques sont risquées, il y a peut-être lieu d'envisager des thérapies alternatives.

### Remerciements

Les auteurs remercient le patient pour l'autorisation de publication, ainsi que Mmes Ines Badertscher, polygraphiste, et Bernadette Rawyler, illustratrice scientifique aux Cliniques dentaires de l'Université de Berne, pour la préparation des images.

### Adresse pour la correspondance :

Dr Salome Bliggenstorfer  
Clinique de chirurgie orale et de stomatologie  
Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne  
Freiburgstrasse 7  
CH-3010 Berne  
Tél. +41 31 632 25 66  
Fax + 41 31 632 25 03  
Courriel : salome.bliggenstorfer@zmk.unibe.ch

## SimpliShade™

*Restoration needs simplified with just three shades.*

NOUVEAU!



					
<b>LIGHT</b>	B1	A1	B2	D2	C1
					
<b>MEDIUM</b>	A2	A3	C2	D3	D4
					
<b>DARK</b>	B3	A3.5	B4	C3	A4
					C4



**Réduisez votre stock de composites de > 80% avec seulement 3 teintes : Light, Medium, Dark.**

Avec SimpliShade™, fondé sur la Technologie ART (Adaptive Response Technology), vous couvrez les 16 teintes VITA® avec seulement 3 teintes, sans compromettre la qualité ou l'esthétique.

Simplifiez votre gestion de stock, économisez du temps lors du choix de la teinte tout en ayant confiance en des qualités de manipulation premium et une restauration hautement esthétique et plus durable.

Pour plus d'informations ou un échantillon produit gratuit, contactez votre conseiller Kerr.

**Wallonie, Bruxelles et Luxembourg :**  
Jean-Philippe.verstappen@kerrdental.com  
0471 61 92 01

**Flandre :**  
Emel.Merghad@kerrdental.com  
0474 94 96 21



# FRÉNECTOMIES : SE LIBÉRER DES MAUVAISES LANGUES

Évitons de passer à côté d'un grave  
problème de santé publique



Rigaux Cathy, D.S.O Goffelli Estelle, DG  
Margaux Tillier, kinésithérapeute maxillo-faciale  
Gonzalès Audrey, ergothérapeute en troubles de l'oralité  
Martine Floymont, kinésithérapeute pédiatrique  
Wulleman Paul, médecine interne - pneumologie

## LES CLEFS DE L'ARTICLE

### Un frein restrictif c'est :

- 46,3 % des nourrissons,
- des risques augmentés de problèmes :
  - d'allaitement orthopédiques orthodontiques
  - de croissance oro-faciale posturaux
  - de sommeil

### Une frénectomie réussie nécessite :

- un diagnostic spécialisé
- une approche pluridisciplinaire
  - orthodontie/dentisterie
  - kinésithérapie/logopédie
  - ergothérapie en troubles de l'oralité
  - pneumologie
- une préparation pré-opératoire
- un suivi post-opératoire

Une prise en charge précoce augmente considérablement la qualité de vie du patient.

Pour des raisons de santé publique, il est donc nécessaire de sensibiliser et d'informer tant les professionnels de la santé que les patients.  
Et l'ONE.

La langue participe à la vie. Elle permet de parler, manger, avaler, respirer et de bien dormir. (1)

Quoi de plus normal que de vouloir une fonction linguale optimale sachant qu'elle permet un bon développement osseux, dentaire, postural et empêche l'apparition de troubles du sommeil?

La frénectomie est une pratique chirurgicale abondamment documentée par la littérature scientifique, et dont les résultats tout comme le diagnostic ne sont pas l'objet de croyances mais d'une compréhension rigoureuse et mécanique du corps humain.

Il ne s'agit pas d'une pratique commerciale mais médicale, visant à favoriser la santé et le développement harmonieux des patients.

### Une augmentation justifiée

Nous avons tous entendu cette déclaration que « seuls 4 à 10 % des nourrissons naissent avec un frein lingual restrictif et que chez seulement 2% d'entre eux ce frein peut entraîner des difficultés d'allaitement et justifier une intervention ». C'est faux.

Cette statistique est directement contestée par de nombreuses études récentes, notamment celle du département de néonatalogie de l'Université de Barcelone, et réalisée sur un panel de 1.392 nourrissons, dans laquelle il est démontré que ce n'est pas 4 à 10% mais 46,3% des nouveaux-nés qui présentent un frein lingual restrictif. (2)

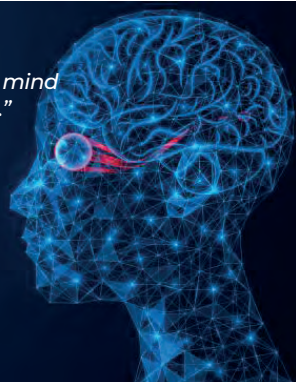
Bien que les frénectomies fussent réalisées depuis bien longtemps, on s'étonne à l'heure actuelle de voir le nombre de celles-ci augmenter.

Il ne faut pas s'inquiéter, il existe plusieurs raisons à cela :

- une augmentation de la sensibilisation aux problèmes de freins ;
- une augmentation du nombre de diagnostics ;
- un retour à l'allaitement maternel (3) ;
- le caractère génétique des freins restrictifs (gène MTHFR, gène auto-somique dominant, lié au chromo-some X) (4) ;
- la prise d'acide folique en suppléments autour de la grossesse (5).

*"The eye sees only what the mind  
is prepared to comprehend."*

Robertson Davies



Vient l'argument que les bébés, enfants et adultes sont souvent sous- ou sur-diagnostiqués... c'est indéniable. Il y a des erreurs de diagnostic dans les deux sens. C'est pourquoi il faut savoir comment évaluer, diagnostiquer et traiter en toute confiance, correctement et avec compassion.



**Qu'est-ce qu'un frein, et surtout, qu'est-ce qu'un frein restrictif ?**

Un frein est un vestige embryonnaire de tissu, formé de fibres de fascia, et situé sur la ligne médiane entre la surface inférieure de la langue et le plancher de la bouche.

A la fin de la formation de la langue, un phénomène d'apoptose cellulaire intervient au niveau du frein, libérant la langue du plancher lingual.

Si cette dégénérescence cellulaire est incomplète, la langue est restreinte par ce frein resté trop court. (6)

Un fascia est une membrane fibro-élastique qui recouvre ou enveloppe une structure anatomique. Il est composé de tissu conjonctif très riche en fibres de collagène. Les fascias, de par leurs propriétés visco-élastiques, jouent un rôle biomécanique essentiel. (7)

**Pour que le diagnostic d'un frein restrictif soit posé : il doit y avoir une limitation fonctionnelle en plus d'une restriction anatomique de la langue.**



**DÉJÀ UNE RESTRICTION IN UTERO**

Au 28<sup>ème</sup> jour in utero commence la formation de la langue embryonnaire. Au 60<sup>ème</sup> jour, le fœtus a développé ses circuits myoneuronaux pour permettre l'activité précoce de la langue.

La langue est un conformateur buccal important! Elle est un acteur prépondérant dans le développement et la conformation des os péribuccaux pendant la période d'oralité alimentaire par succion chez le fœtus et le nourrisson.

Elle détermine la position du palais, la croissance des mâchoires et du massif facial. (8)

**On comprend donc pourquoi, toute anomalie lors de sa formation ou toute dysfonction de celle-ci, entrainera un retentissement dans le développement de la face, des tensions musculaires, et ce, dès le début de la vie intra-utérine.**

**La langue, meilleur appareil orthopédique au monde**

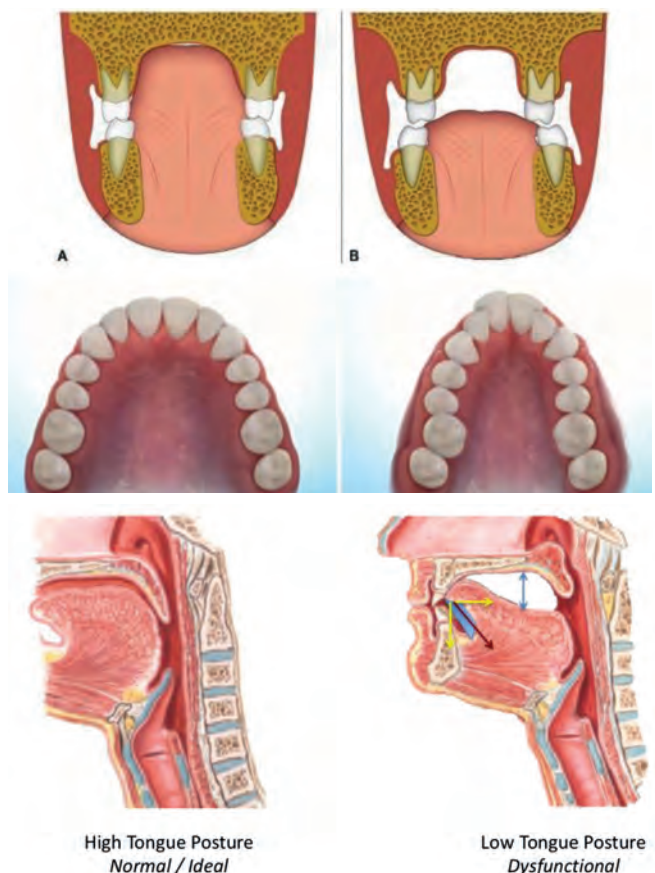
Les fonctions orofaciales présentent une action certaine sur la morphogénèse : la fonction influence la forme.

Deshaye a démontré que les fonctions de mastication, succion, déglutition, respiration, élocution et mimique ont une action sur la morphogénèse faciale. (9)

Par conséquent, une langue qui ne peut pas s'élever au palais à cause d'un frein restrictif ne stimulera pas la croissance des maxillaires. (10)

On peut observer alors (11) (12) :

- des palais étroits,
- des tendances classe II (rétrognathie mandibulaire) ou classe III (prognathie mandibulaire et/ou rétrognathie maxillaires supérieurs) du à un hypodéveloppement des maxillaires supérieurs,
- des articulés croisés,
- un manque de place pour la permutation dentaire,
- des béances,
- des récidives de traitements orthopédiques/orthodontiques,
- une respiration buccale,
- des cernes/pool veineux,
- absence de pommettes,
- "long face syndrome",
- "gummy smile",
- proversion excessive des incisives,
- élongation du palais mou,
- hypertrophie des amygdales



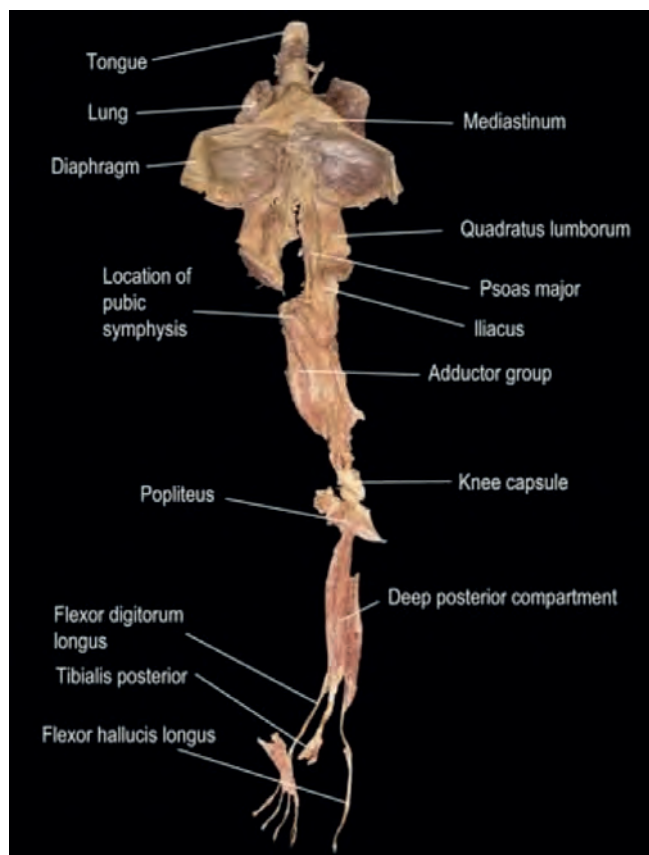


## La langue, partie intégrante des chaînes musculo-aponévrotiques corporelles

La langue est un acteur non seulement important dans le développement osseux oro-facial, mais également un élément postural important. (13)

En effet la langue fait partie de chaînes musculo-aponévrotiques corporelles, dont elle est l'unité centrale. (14)

Il est donc normal qu'une tension provenant d'un frein restrictif puisse engendrer une posture corporelle pathologique, ainsi que des déformations à la naissance (déformations crâniennes (plagiocéphalie, brachycéphalie,...), torticolis congénital, attitude en virgule, prédominance de la chaîne musculaire postérieure,... (15)



L'hypopnée est une diminution de l'amplitude respiratoire de 10 % à 50 % durant le sommeil et pendant 10 secondes avec une diminution de 3 % à 4 % de la saturation (oxygène dans le sang). (16)

La prévalence des troubles du sommeil est largement sous-estimée chez les adultes (17), mais surtout chez les enfants ! Actuellement, il y a un manque de sensibilisation du corps médical dans le dépistage des SAHOS (18).

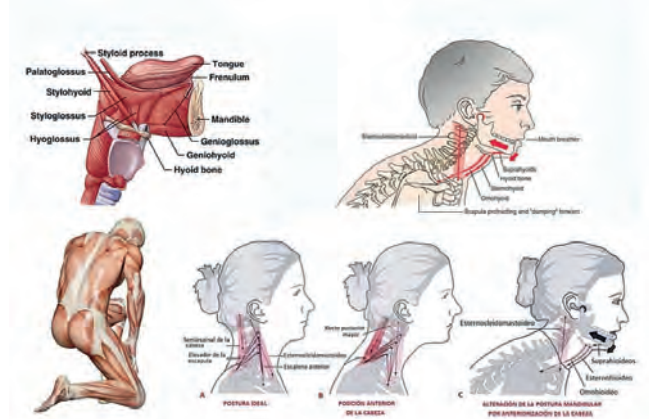
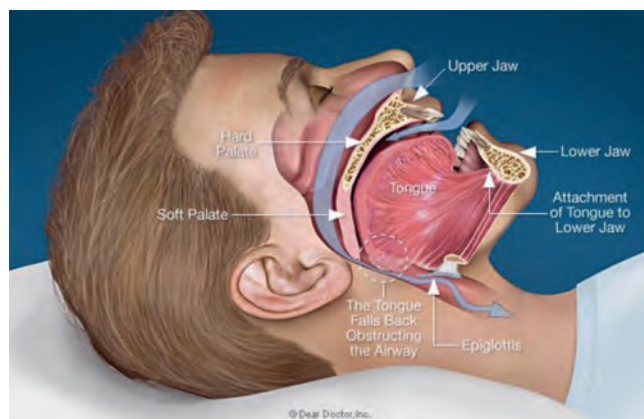
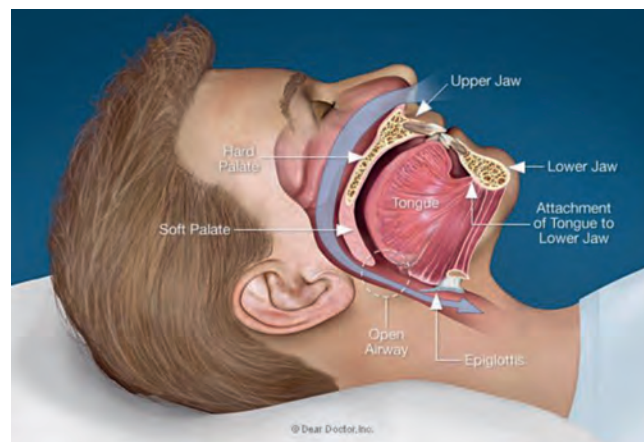
Toute obstruction au passage de l'air pendant la nuit provoquera un trouble du sommeil plus ou moins grave.

La position physiologique de la langue au repos, est une position linguale haute, exerçant une pression contre le palais dur et ce jusqu'au palais mou. Elle permet non seulement la respiration nasale mais aussi de dégager le couloir respiratoire la nuit.

Le lien donc entre frein restrictif et troubles du sommeil est clair : une langue basse sera l'obstacle qui tombe dans la gorge, et empêche le passage de l'air la nuit.

Sur une année, C. Guilleminault a rapporté 35 % d'enfants avec à la fois un SAHOS et un frein lingual court. (19)

Le dépistage et traitement de l'ankyloglossie chez les enfants permettraient d'éviter les malocclusions, les hypodéveloppements des maxillaires et l'installation à long terme d'un trouble du sommeil. (20) (21)



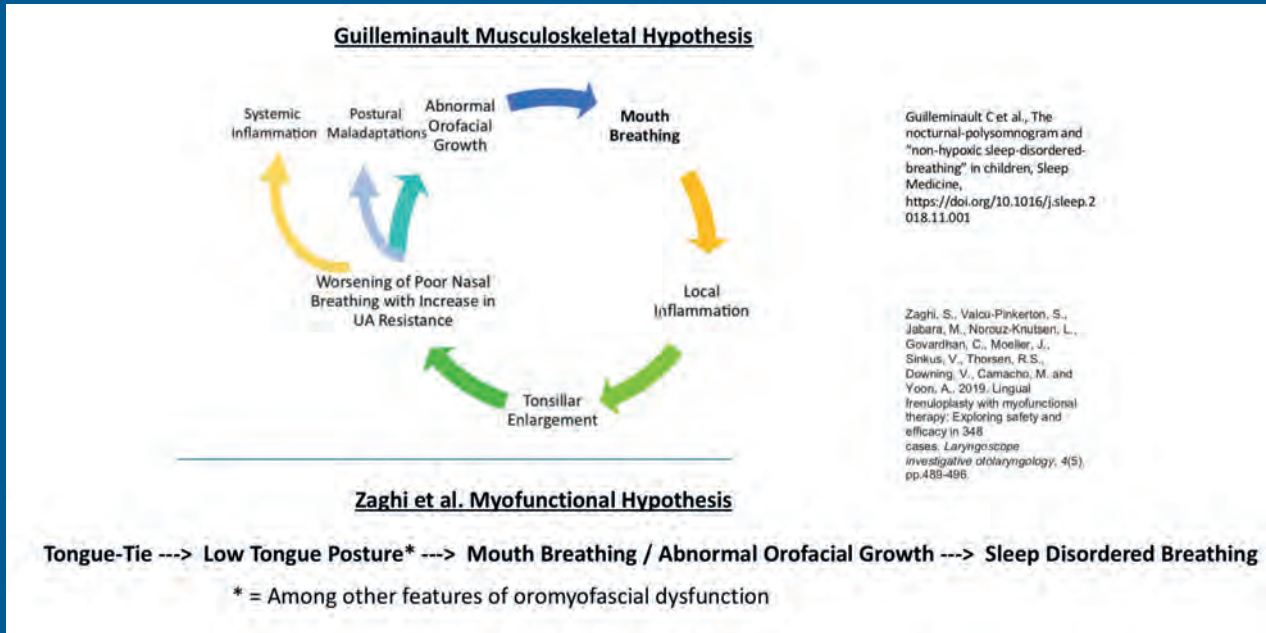
## Quel est le rôle du frein dans la respiration et le sommeil ?

Un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est une pathologie caractérisée par la présence d'évènements respiratoires nocturnes anormaux. Ceux-ci sont composés de ronflements, apnées, hypopnées, de micro-réveils, d'éveils, ou d'une combinaison de plusieurs d'entre-eux. Une apnée est qualifiée de telle lorsque l'on observe un arrêt complet du débit aérien inspiratoire pendant au moins 10 secondes.

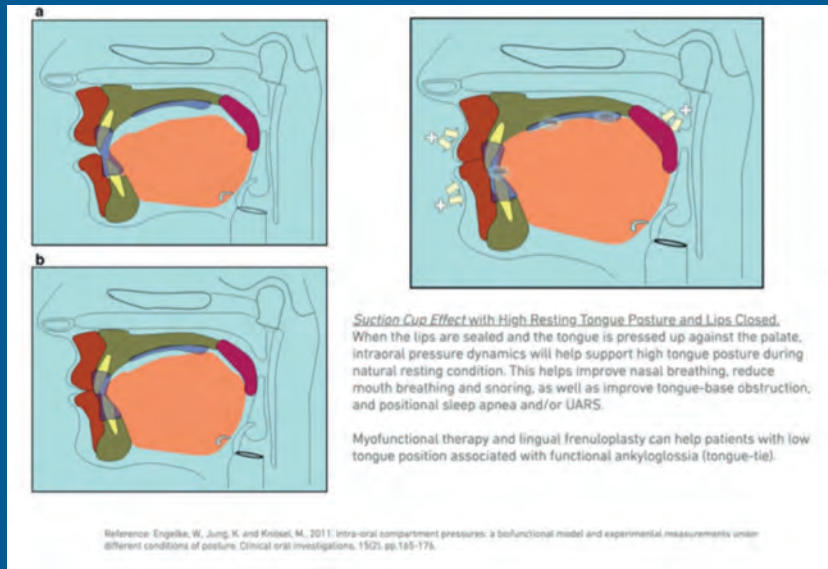




## Qu'est-ce que le frein de langue a à voir avec le sommeil et la respiration ?

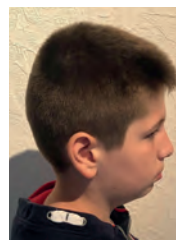


Figures : position physiologique de la langue au repos : la "ventouse" et son effet sur le palais mou pour dégager le couloir respiratoire



### Conséquences cliniques d'un trouble du sommeil

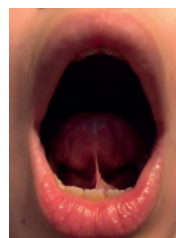
- prise de poids/obésité,
- un vieillissement prématuré, la léthargie,
- des problèmes de concentration, l'irritabilité,
- des problèmes cardiaques, l'hypertension,
- une diminution de l'efficacité du système immunitaire, stérilité,
- fatigue chronique, TDHA/hyperactivité,
- influence négative sur le développement cognitivo-intellectuel, dépression, bipolarité, schizophrénie,
- ...



### Cas clinique :

Patient de 10 ans venu pour un avis orthodontique.

Anamnèse : reflux depuis la naissance et non expliqué, réflexes nauséux pathologiques, antécédents maladies ORL, tartre incisives inférieures récurrent malgré un passage fréquent chez le dentiste, posture pathologique (hyperextension cervicale, antépulsion de la tête, cyphose dorsale), classe II dentaire et squelettique, cernes. Le patient présente un trouble du sommeil.



A l'examen buccal on constate une posture basse de la langue, celle-ci venant d'un frein linguale restrictif.

## Prise en charge : l'importance du pluridisciplinaire

Le diagnostic d'un frein restrictif doit être réalisé par des professionnels de la santé compétents dans ce milieu, et dans le cadre d'un trajet de soins pluridisciplinaire.

**Il est primordial de regarder tous les symptômes, aspects physiques, problématiques et autres avant de poser un diagnostic, et surtout, avant de prévoir une frénectomie.**

Le diagnostic d'un frein restrictif dans le cadre de l'allaitement et du biberon :

- examen de la langue, des freins, et de la bouche du bébé,
- examen du crâne et palpation de toutes les tensions musculaires,
- évaluation des compétences orales dans le cadre des difficultés alimentaires que rencontre le bébé,
- examen de la succion-déglutition au sein ou au biberon,
- une anamnèse précise et complète de la naissance et des symptômes rencontrés

Le diagnostic d'un frein restrictif chez les enfants/adolescents/adultes :

- examen de la langue, des freins et de la bouche du patient,
- examen de l'occlusion et des problèmes orthodontiques/orthopédiques rencontrés, examen du crâne et du couloir respiratoire,
- examen de la posture et palpation de toutes les tensions musculaires,
- évaluation des compétences orales dans le cadre des difficultés alimentaires si d'application, examen du faciès et de la ventilation;
- questionnaire et test du sommeil si d'application,
- une anamnèse précise et complète et les symptômes rencontrés.



## Quels sont les symptômes d'une restriction ?

Chez la maman :

- douleurs à la poitrine, crevasses,
- mastites,
- vasoconstriction,
- saignements,
- mamelon biseauté,
- baisse de la lactation,
- présence d'un fort réflexe d'éjection,
- arrêt de l'allaitement en conséquence,
- dépression (liée ou non au post-partum)

Chez le bébé :

- hocquet fréquent/toux,
- encombrement nasal,
- ronflement/ronnement/apnées,
- respiration buccale,
- tensions corporelles,
- aérophagie-ventre gonflé, reflux,
- frustration et/ou endormissement lors des têtées,
- troubles du transit,
- faible prise de poids,
- pleurs inexplicables,
- troubles du sommeil,
- posture hypertonique et/ou asymétrique,
- torticolis, plagiocéphalie, brachycéphalie

Chez les enfants/adolescents/adultes :

- troubles orthopédiques et/ou orthodontiques,
- récurrences de traitements orthopédiques et/ou orthodontiques,
- respiration buccale nocturne et/ou diurne,

- posture basse de la langue,
- posture pathologique,
- problèmes ORL récurrents (otites, sinusites, drains, végétations, amygdales,...),
- persistance d'une déglutition atypique,
- halitose,
- troubles du sommeil avec ou sans apnées,
- hyperactivité/diagnostiqué TDH à tort,
- difficulté d'élocution (les ch, s, v, l, rouler les r,...)
- bruxisme/serrage des dents,
- tensions tête et cou,
- reflux,
- réflexes nauséux importants,
- difficultés à manger/troubles de l'oralité





**ATTENTION : Un frein restrictif entrainera toujours une position basse de la langue, mais la position basse de la langue ne vient pas toujours d'un frein restrictif !**

*Il est important de réaliser un diagnostic différentiel et de bien examiner toutes les facettes du problème => travail pluridisciplinaire !*

### **Frénectomie : une étape indispensable mais non suffisante**

**Si le diagnostic d'un frein restrictif a été posé par l'équipe entière, et que la frénectomie a été proposée dans le traitement, il faut savoir que l'intervention à elle seule ne mènera pas vers la guérison !**

Il faut également, comme toute intervention au niveau d'un complexe musculaire (la langue comprend 17 muscles) une rééducation linguale (et alimentaire au besoin).

#### **Chez les bébes :**

- libérer les tensions des chaînes musculaires et des fascias,
- réapprendre l'allaitement et trouver la position adéquate,
- si biberon, recherche du biberon qui réduquera la succion-déglutition,
- étirements de la langue pour s'assurer de la bonne cicatrisation.

#### **Chez les 3 - 99 ans :**

- libérer les tensions des chaînes musculaires et des fascias,
- thérapie myofonctionnelle qui est un travail sur la respiration nasale, la déglutition, et la langue (proprioception, mobilité, et position au repos),
- travail de la posture,
- étirements de la langue pour s'assurer de la bonne cicatrisation,
- traitement orthopédique/orthodontique si nécessaire,
- rééducation alimentaire si nécessaire,
- hygiène du sommeil.

### **Bénéfices d'une frénectomie et de son suivi adéquat**

#### **Pour la maman :**

- diminution voire disparition de l'allaitement douloureux (22),
- amélioration de l'allaitement en général (23),
- plus de facilité à mettre le bébé correctement au sein (24),
- soulagement immédiat de la douleur aux tétons (25).
- amélioration de la confiance en soi lors de l'allaitement (26)

#### **Pour le bébé :**

- diminution du reflux (27),
- amélioration de l'efficacité dans la succion (28),
- amélioration de la fermeture de la bouche et de la posture de la langue au repos (29),
- amélioration de la courbe de poids (30)
- diminution des tensions corporelles (31)

#### **Pour le patient enfant/adolescent/adulte :**

- diminution du SAHOS (32) (40),
- diminution de la respiration buccale,
- diminution des ronflements,
- diminution des tensions oro-faciales,
- diminution du bruxisme centré, (33)
- amélioration de l'élocution et de la prononciation (34),
- amélioration de la posture (35),
- amélioration de la mobilité de la langue (36),
- amélioration de l'alimentation (37),
- amélioration du sommeil (38),
- amélioration de la posture au repos de la langue (39)



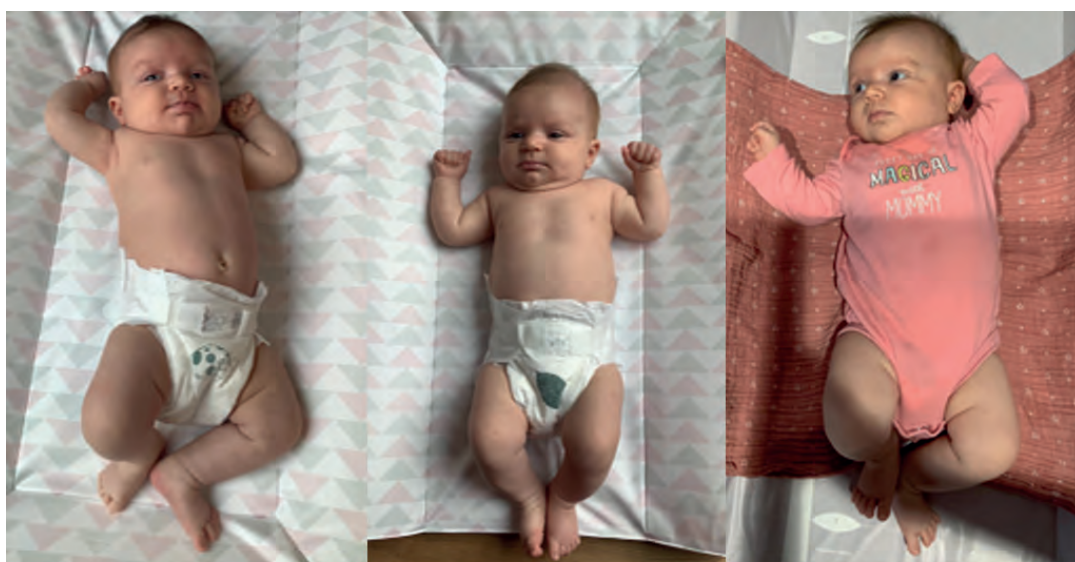
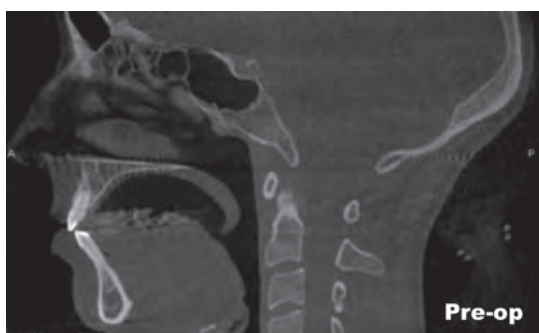


CASE REPORTS :

1



2



3

**Pré-op : posture en virgule, mouvements anarchiques, et hyperextension + bouche ouverte et position basse de la langue (double menton).**

**Post-op (J+2) : posture en amélioration, la bouche est fermée.**

**Post-op (J+7) : posture relâchée et mouvements harmonieux sans tension + bouche fermée et diminution presque totale du double menton.**



## POUR CONCLURE AVEC LA LANGUE

Couper pour couper ne sert à rien.

La frénectomie, si celle-ci est correctement indiquée, n'est qu'une étape dans le trajet de soins du patient, peu importe son âge. Il est primordial de travailler en pluridisciplinaire pour récupérer une fonction linguale optimale à tous niveaux.

L'abus au niveau des frénectomies, qu'il soit dans l'excès ou dans la restriction, se fait au détriment de l'avancée de la médecine.

À l'heure actuelle, il serait intéressant de sensibiliser et former des professionnels de la santé pour permettre le dépistage des dysfonctions linguales, associées ou non à un frein restrictif.

### Bibliographie :

1. Landouzy J-M., Mal de dos Mal de dents : les douleurs dues aux déséquilibres de la mâchoire et des dents, Broché, 2005.
2. Maya-Enero, S. et al. (2021) 'Prevalence of neonatal ankyloglossia in a tertiary care hospital in Spain: a transversal cross-sectional study', *European Journal of Pediatrics*, 180(3), pp. 751-757.
3. Lisonek M, Liu S, Dzakpasu S, Moore AM, Joseph KS, Canadian Perinatal Surveillance System (Public Health Agency of Canada). Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada. *Paediatr Child Health*. oct 2017;22(7) : 382-6.
4. Acevedo AC, da Fonseca J a. C, Grinham J, Doudney K, Gomes RR, de Paula LM, et al. Autosomal-dominant ankyloglossia and tooth number anomalies. *J Dent Res*. févr 2010;89(2):128-32.
5. Amita Y, Shental H, Atkins-Manelis L, Koren G, & Zamir C.S. "Pre-conceptual folic acid supplementation : A possible cause for the increasing rates of ankyloglossia." *Medical Hypotheses* 134 (2020) : Article 109508.
6. The International Affiliation of Tongue Tie Professionals (IATP), 2016
7. L.H. Yahia, P. Pigeon et E.A. DesRosiers, « Viscoelastic properties of the human lumbodorsal fascia », *Journal of Biomedical Engineering*, vol. 15, no 5, septembre 1993, p. 425-429 (ISSN 0141- 5425, DOI 10.1016/0141-5425(93)90081-9, lire en ligne [archive], consulté le 24 juillet 2021).
8. Couly. G. Développement céphalique : embryologie, croissance, pathologie. CdP, 1991.
9. Deshayes M-J., Croissance crânienne faciale et orthodontie, Masson, 1986.
10. Yoon AJ, Zaghi S, Ha S, Law CS, Guillemainault C, Liu SY. Ankyloglossia as a risk factor for maxillary hypoplasia and soft palate elongation: A functional - morphological study. *Orthod Craniofac Res*. nov 2017;20(4):237-44.
11. García Pola MJ, González García M, García Martín JM, Gallas M, Seoane Lestón J. A study of pathology associated with short lingual frenum. *ASDC J Dent Child*. avr 2002;69(1):59-62, 12.
12. Defabianis P. Ankyloglossia and its influence on maxillary and mandibular development. (A seven year follow-up case report). *Funct Orthod*. déc 2000;17(4):25-33.
13. CHANTEPIE A., PEROT J-F., TOUSSIROT Ph., Concept ostéopathique de la posture, Maloine, 2005
14. AMIGUES J-P., Le système stomatognathique, concept odontologique, concept ostéopathique, Sauramps médical, 2004.
15. Bruno Bordini : A Review of the Theoretical Fascial Models: Biotensegrity, Fasciointegrity, and Myofascial Chains, February 2020, *Cureus* 12(2)
16. Ouayoun, Michel-Christian. Le syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil de l'adulte. John Libbey Eurotext, 2015.
17. MD, Michael Friedman. Sleep Apnea and Snoring: Surgical and Non-Surgical Therapy. Elsevier Health Sciences, 2008.
18. Brockmann PE, Alonso-Álvarez ML, Gozal D. Diagnosing Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome in Children: Past, Present, and Future. *Arch Bronconeumol (Engl Ed)*. juin 2018;54(6):303-5.
19. Guillemainault C, Huseni S, Lo L. A frequent phenotype for paediatric sleep apnoea: short lingual frenulum. *ERJ Open Res*. juill 2016;2(3):00043-2016.
20. Brożek-Mądry E, Burska Z, Stec Z, Burghard M, Krzeski A. Short lingual frenulum and head-forward posture in children with the risk of obstructive sleep apnea. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. mai 2021;144:110699.
21. Huang YS. Short Lingual Frenulum and Obstructive Sleep Apnea in Children. 2015;4.
22. Ghaheri BA, Cole M, Fausel SC, Chuop M, Mace JC. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study. *Laryngoscope*. mai 2017;127(5):1217-23.
23. Kumar M, Kalke E. Tongue-tie, breastfeeding difficulties and the role of Frenotomy. *Acta Paediatr*. juill 2012;101(7):687-9.
24. Srinivasan A, Al Khoury A, Puzhko S, Dobrich C, Stern M, Mitnick H, et al. Frenotomy in Infants with Tongue-Tie and Breastfeeding Problems. *J Hum Lact*. nov 2019;35(4):706-12.
25. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J Pediatr Surg*. sept 2006;41(9) : 1598-600.
26. Ghaheri BA, Cole M, Mace JC. Revision Lingual Frenotomy Improves Patient-Reported Breastfeeding Outcomes: A Prospective Cohort Study. *J Hum Lact*. 1 août 2018;34(3):566-74.
27. Slagter KW, Raghoobar GM, Hamming I, Meijer J, Vissink A. Effect of frenotomy on breastfeeding and reflux: results from the BRIEF prospective longitudinal cohort study. *Clin Oral Investig*. juin 2021;25(6):3431-9.
28. Hand P, Olivi G, Lajolo C, Gioco G, Marigo L, Castagnola R, et al. Short lingual frenum in infants, children and adolescents. Part I: Breastfeeding and gastroesophageal reflux disease improvement after tethered oral tissues release. *Eur J Paediatr Dent*. déc 2020;21(4):309-17.
29. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Gusmão RJ, Berretin-Felix G. Effect of Lingual Frenotomy on Tongue and Lip Rest Position: A Nonrandomized Clinical Trial. *Int Arch Otorhinolaryngol*. janv 2022;26(1) : e069-74.
30. Weight Gain is Not the Only Marker of Successful Breastfeeding [Internet]. DrGhaheri.com. [cité 27 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.drghaheri.com/blog/2014/2/20/a-babys-weight-gain-is-not-the-only-marker-of-successful-breastfeeding>
31. Is Your Baby a Tether-Berg or a Tether-Floe? [Internet]. MICHAEL-CHATHAM.COM. [cité 27 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.michaelchatham.com/1/post/2015/01/tether-berg-or-tether-floe.html>
32. Fioravanti M, Zara F, Voza I, Polimeni A, Sfasciotti GL. The Efficacy of Lingual Laser Frenectomy in Pediatric OSAS: A Randomized Double-Blinded and Controlled Clinical Study. *Int J Environ Res Public Health*. 6 juin 2021;18(11):6112.
33. Zaghi S, Valcu-Pinkerton S, Jabara M, Norouz-Knutsen L, Govardhan C, Moeller J, et al. Lingual frenuloplasty with myofunctional therapy: Exploring safety and efficacy in 348 cases. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. oct 2019;4(5):489-96.
34. Walls A, Pierce M, Wang H, Steehler A, Steehler M, Harley EH. Parental perception of speech and tongue mobility in three-year olds after neonatal frenotomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. janv 2014;78(1):128-31.
35. Olivi G, Genovese MD, Olivi M, Yue WC, Hand P, Marigo L, et al. Short lingual frenum in infants, children and adolescents. Part 2: Lingual frenum release. Functional surgical approach. *Eur J Paediatr Dent*. 2021;22(1):47-54.
36. Carminatti M, Nicoloso GF, Miranda PP, Gomes E, de Araujo FB. The Effectiveness of Lingual Frenectomy and Myofunctional Therapy for Children: A Randomized Controlled Clinical Trial. *J Dent Child (Chic)*. 15 janv 2022;89(1):3-10.
37. Baxter R, Merkel-Walsh R, Baxter BS, Lashley A, Rendell NR. Functional Improvements of Speech, Feeding, and Sleep After Lingual Frenectomy Tongue-Tie Release: A Prospective Cohort Study. *Clin Pediatr (Phila)*. sept 2020;59(9-10):885-92.
38. Saccomanno S, Pirino A, Bianco G, Paskay LC, Mastrapasqua R, Scoppa F. Does a short lingual frenulum affect body posture? Assessment of posture in the sagittal plane before and after laser frenulotomy: a pilot study. *J Biol Regul Homeost Agents*. juin 2021;35(3 Suppl. 1):185-95.
39. Marchesan IQ, Martinelli RL de C, Gusmão RJ. Lingual frenulum: changes after frenectomy. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(4):409-12.
40. Adult short lingual frenulum < and > obstructive-sleep-apnea lingual frenulum & obstructive-sleep-apnealingual frenulum & obstructive-sleep-apnealingual frenulum and obstructive-sleep-apnea chien Y1, guillemainault c2 1 Stanford University, Redwood City, CA, 2 Sleep Medicine Division, Redwood City, CA





# Guide clinique pour la prescription prudente d'antibiotiques en pratique dentaire



FICHE  
DENTISTES

Comme indiqué plus loin, ce guide KCE de pratique clinique apporte la preuve scientifique qu'en cas d'infection dans la bouche –et de façon plus générale lorsqu'une infection survient dans le reste du corps –, il convient en première instance de traiter la source de l'infection (source control).

**Dans le cas présent, l'approche la plus efficace de gestion de l'infection sera donc le plus souvent un traitement dentaire, et la prescription d'antibiotiques sera rarement indiquée.**

L'ensemble des informations concernant l'élaboration des recommandations cliniques, les détails des données probantes et l'analyse critique sur laquelle elles se fondent se trouvent au [rapport KCE 332B](#).

BAPCOOC  
Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission



## 1. Pulpites irréversibles symptomatiques des dents temporaires

Étant donné que les **antibiotiques** n'offrent pas de bénéfices en cas de pulpite des dents définitives, **le recours à ces médicaments n'est pas recommandé** en cas de pulpite irréversible au niveau des dents temporaires.

## 2. Abscès odontogènes des dents temporaires

Faute de preuves scientifiques probantes, **les antibiotiques ne sont pas recommandés** chez les enfants qui présentent un abcès odontogène de la denture temporaire en l'absence de signes d'expansion locale de l'infection ou signes systémiques d'infection (p.ex. cellulite faciale, lymphadénopathie, fièvre, malaise). En cas où ces signes se présentent, les antibiotiques peuvent être envisagés pour prévenir une diffusion systémique étendue et non-contrôlée des pathogènes.

Traitement antimicrobien :

- Amoxicilline 75 - 100 mg/kg de poids corporel\* et par jour en 3 doses pendant 5 jours
- En cas d'allergie à la pénicilline non IgE-médiée : céfuroxime axétil (une céphalosporine orale de 2e génération) 30-50 mg/kg de poids corporel et par jour en 3 doses pendant 5 jours
- En cas d'allergie à la pénicilline IgE-médiée : azithromycine 10 mg/kg de poids corporel et par jour, en 1 dose quotidienne pendant 3 jours

\*Il est préférable de passer aux régimes de dosage pour adultes lorsque la dose unique ou quotidienne "adulte" est dépassée.

## 3. Pulpites irréversibles symptomatiques des dents définitives

**Les antibiotiques ne sont pas recommandés** dans l'attente d'un traitement dentaire chez les patients qui présentent une pulpite irréversible au niveau d'une dent définitive.

## 4. Périodontites apicales symptomatiques et abcès apicaux aigus des dents définitives

**Les antibiotiques ne sont pas recommandés** en supplément du traitement dentaire local chez les patients présentant une périodontite apicale symptomatique ou un abcès apical aigu.

Les patients qui souffrent d'une périodontite apicale symptomatique ou d'un abcès apical aigu sans signes d'expansion locale de l'infection ou signes systémiques d'infection (p.ex. cellulite faciale, lymphadénopathie, fièvre, malaise) doivent recevoir un traitement dentaire sans délai. Actuellement, il n'existe pas de preuves scientifiques de la valeur ajoutée des antibiotiques systémiques administrés dans l'intervalle.

Pour prévenir une diffusion systémique étendue et non-contrôlée des pathogènes, les antibiotiques peuvent être envisagés chez les patients qui souffrent d'un abcès apical et qui présentent des signes d'expansion locale de l'infection ou signes systémiques d'infection (p.ex. cellulite faciale, lymphadénopathie, fièvre, malaise).

**Le recours aux antibiotiques en l'absence d'un traitement dentaire adéquat est absolument à éviter.**

Traitement antimicrobien :

- Amoxicilline 500 mg, 3x/jour durant 3 à 7 jours
- En cas d'allergie à la pénicilline\* : azithromycine 500 mg, 1x/jour durant 3 jours ou clarithromycine 500 mg, 2x/jour durant 3 à 7 jours

\*En cas d'allergie à la pénicilline, on envisagera idéalement des macrolides comme l'azithromycine ou la clarithromycine. La raison de cette décision est que les macrolides sont moins associés aux infections à *Clostridioïdes difficile* que la clindamycine.

## 5. Ré-implantation des dents définitives après avulsion

**Les antibiotiques systémiques ne sont pas recommandés** lors de la réimplantation de dents définitives après avulsion.

## 6. Traitement non-chirurgical de la parodontite agressive

Les antibiotiques systémiques peuvent être envisagés lors du traitement non-chirurgical de la parodontite agressive.

**Le recours aux antibiotiques en l'absence d'un traitement parodontal adéquat est absolument à éviter.**

Traitement antimicrobien :

- Une combinaison d'amoxicilline 500 mg et de métronidazole 500 mg, 3x/jour durant 3 à 7 jours
- En cas d'allergie à la pénicilline : métronidazole 500 mg, 3x/jour durant 3 à 7 jours





## 7. Abscès parodontaux des dents définitives

**Les antibiotiques ne sont pas recommandés** chez les patients qui souffrent d'un abcès parodontal ou d'une péri-coronarite sans signes d'expansion locale de l'infection ou signes systémiques d'infection (p.ex. cellulite faciale, lymphadéno-pathie, fièvre, malaise).

De même, les antibiotiques ne sont pas recommandés après un traitement parodontal adéquat.

Dans les rares cas où un abcès parodontal s'accompagne de signes d'expansion locale de l'infection ou signes systémiques d'infection (p.ex. cellulite faciale, lymphadéno-pathie, fièvre, malaise), les antibiotiques peuvent être envisagés.

Pour prévenir une diffusion systémique étendue et non-contrôlée des pathogènes, les antibiotiques peuvent être envisagés chez les patients qui souffrent d'une coronarite et qui présentent des signes d'expansion locale de l'infection ou des signes systémiques d'infection (p.ex. cellulite faciale, lymphadéno-pathie, trismus, problèmes de déglutition, fièvre, malaise).

*Traitement antimicrobien :*

- Amoxicilline 500 mg, 3x/jour durant 3 à 7 jours
- En cas d'allergie à la pénicilline : azithromycine 500 mg, 1x/jour durant 3 jours ou clarithromycine 500 mg, 2x/jour durant 3 à 7 jours.

**L'administration d'antibiotiques ne peut s'envisager que si, en présence de trismus, tout traitement dentaire adéquat (e.a. débridement et curetage supragingival et sousgingival sous anesthésie locale) est impossible.**

## 8. Pose d'implants dentaires

Pour éviter l'échec d'ostéo-intégration après pose d'implant dentaire à court terme, l'administration préopératoire d'antibiotiques devrait être envisagée.

*Traitement antimicrobien :*

- Administration préopératoire : une dose unique de 2 g d'amoxicilline une heure avant l'intervention
- En cas d'allergie à la pénicilline : une dose unique de 600 mg de clindamycine\* une heure avant l'intervention.

\*Le risque d'infection à *Clostridioides difficile* après l'administration d'une dose unique est limité.

## 9. Extraction des dents définitives

**L'administration prophylactique d'antibiotiques lors de l'extraction de dents définitives n'est pas recommandée.**

## 10. Antibio-prophylaxie chez les patients porteurs d'implants orthopédiques lors d'un traitement dentaire

**L'administration prophylactique d'antibiotiques** avant un traitement dentaire chez les patients porteurs d'un implant orthopédique **n'est pas recommandée.**

## 11. Antibio-prophylaxie chez les patients à (haut) risque d'endocardite infectieuse lors d'un traitement dentaire

Une antibio-prophylaxie peut être envisagée chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse qui doivent subir une intervention dentaire invasive.\*

Sont considérés présenter un risque élevé d'endocardite infectieuse :

- Les patients porteurs d'une valve prothétique ou de matériel prothétique utilisé pour la réparation d'une valve cardiaque ;
- Les patients qui présentent des antécédents d'endocardite infectieuse ;
- Les patients qui souffrent d'une cardiopathie congénitale:
  - Cardiopathie congénitale cyanogène non opérée ou avec shunts résiduels, dérivation chirurgicale ou conduit prothétique ;
  - Cardiopathie congénitale entièrement corrigée à l'aide de matériel prothétique introduit par voie chirurgicale ou percutanée, jusqu'à six mois après la procédure ;
  - Lorsqu'un défaut subsiste au site d'introduction du matériel prothétique ou d'un appareil placé par chirurgie cardiaque ou technique percutanée.

\*Selon l'European Society for Cardiology (ESC), [la notion d'intervention dentaire invasive](#) inclue les interventions qui impliquent une intervention sanguinolente des gencives ou de la région péri-apicale des dents, ou une perforation des muqueuses orales (y compris donc les sanifications parodontales professionnelles et les traitements canalaires). L'ESC ne recommande pas l'antibio-prophylaxie lors de l'anesthésie locale au niveau de zones non infectées, du traitement de caries superficielles, de l'enlèvement de sutures, de prise de radiographies intra-orales, du placement ou de l'ajustement de prothèses amovibles ou d'appareils orthodontiques ou après la perte de dents de lait, ni en cas de traumatismes des lèvres ou des muqueuses buccales.

Enfin, l'ESC précise que les implants dentaires peuvent être posés sur les patients à risque. Par ailleurs, l'antibio-prophylaxie n'est pas indiquée chez les patients transplantés cardiaques qui présentent un trouble valvulaire, chez ceux qui ont subi un pontage ou chez les sujets porteurs d'un stent coronaire.

*Traitement antimicrobien :*

- Une dose de 2 g d'amoxicilline ou d'ampicilline 30 à 60 minutes avant le traitement dentaire
- En cas d'allergie à la pénicilline : 600 mg de clindamycine\* 30 à 60 minutes avant le traitement dentaire.

*Chez l'enfant :*

- Une dose d'amoxicilline ou d'ampicilline de 50 mg/kg de poids corporel 30 à 60 minutes avant le traitement dentaire
- En cas d'allergie à la pénicilline : clindamycine 20 mg/kg de poids corporel 30 à 60 minutes avant le traitement dentaire

\*Le risque d'infection à *Clostridioides difficile* est très faible après l'administration d'une dose unique.



# UNE ÉQUIPE SOUDÉE, S'IL VOUS PLAÎT !



Dr E. Binhas

Vous le savez : votre équipe est indispensable au bon fonctionnement et au succès de votre cabinet. Dès qu'un membre se détache du groupe, cela a des conséquences sur l'ensemble de votre organisation. Voyez votre équipe comme un château de cartes ! Il suffit qu'une seule n'aille pas dans le bon sens et tout s'écroule. Il est donc indispensable de veiller à ce que votre équipe soit soudée, unie et se dirige ensemble dans la même direction. C'est une de vos responsabilités en tant que chef d'entreprise et chef d'une équipe ! Vous me direz : mais dans les faits, comment faire ? Je vous propose de vous présenter les points qui me semblent essentiels en la matière.

## Pas de cohésion d'équipe sans réunions d'équipe

Quand on pense à la cohésion d'équipe, on doit tout de suite penser aux réunions d'équipe. En effet, ces dernières sont fondamentales. Je vous conseille de vous réunir de façon régulière avec une durée adaptée pour faire le point sur le quotidien du cabinet, les problématiques rencontrées, pour tirer des leçons de certains événements, ou encore pour anticiper ce qui peut l'être. Sans cela, vous risquez de voir, par exemple, des tâches non effectuées ou effectuées par plusieurs personnes à la fois et cela deviendra rapidement contre-productif ! Prévoyez donc des réunions en équipe, de façon quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle. Croyez-en mon expérience, cela fait vraiment toute la différence. Pendant ces réunions, veillez à ce que tout le monde se sente suffisamment à l'aise pour prendre la parole. L'objectif est de permettre à chacun de s'exprimer et que la communication soit efficace. Agrémentées d'un bon café et de quelques croissants, ces réunions d'équipe n'auront rien d'ennuyeux, bien au contraire !

## Dites le "mot magique"

Pensez à remercier votre équipe. Cela semble évident et pourtant, on oublie souvent de le faire. Par exemple, vous pouvez remercier votre assistante pour vous avoir parfaitement secondé pendant votre longue pose d'implants. Cela peut aussi concerner votre secrétaire qui a fait preuve de sang froid en fin de journée avec un patient particulièrement difficile. Ou encore le livreur de votre laboratoire de prothèses qui a accepté de faire un détour pour vous déposer en urgence un travail. Quand quelqu'un vous dit merci, ne vous sentez-vous pas immédiatement plus heureux et comblé ? C'est presque automatique. Lorsque vous remerciez un membre de votre équipe, ce dernier se sentira reconnu, plus motivé et engagé et vous développerez une relation de confiance. De plus, vous instaurerez un climat positif dans votre cabinet, et les patients le ressentent !

## La formation : un classique indétrônable

Former votre équipe est un excellent moyen de renforcer vos liens. Car vous serez, pour une fois, tous ensemble concentrés sur la même activité, au même moment, au même endroit. Et ce, quelle que soit la modalité de la formation : si vous décidez de bloquer un créneau au cabinet pour effectuer la formation e-learning ensemble, vous développez votre cohésion d'équipe. Et lorsque c'est en présentiel, c'est encore mieux, surtout s'il y a des déplacements à prévoir ! En effet, les trajets en train sont souvent de belles opportunités pour parler d'autres sujets que ceux du quotidien. De plus, les formations sont souvent l'occasion de rencontrer d'autres cabinets et de se définir en tant que cabinet, comme une entité soudée, plutôt que comme personnes.

## Le team-building

Il existe une variété étonnante d'activités de team-building que vous pouvez proposer à votre équipe : cours de yoga, activité paintball, compétition sportive, dégustation de vins, course d'obstacles, ou encore sortie en bateau, vous avez l'embaras du choix ! L'objectif étant de passer un bon moment en étant tous réunis, à d'autres fins que celles professionnelles. Vous créez des souvenirs en commun, et c'est un réel atout pour une solide cohésion d'équipe.

La cohésion d'équipe se travaille donc de plusieurs façons. Retenez que, de façon plus générale, c'est le fait d'être investi dans un projet commun qui compte : décorer la salle d'attente pour Noël, c'est de la cohésion d'équipe ! Il en va de même lorsque vous impliquez l'équipe dans le choix du nouveau logo de votre cabinet, ou des nouvelles tenues de travail.

# Des opérations parfaitement fluides



## Vos flux de travail simplifiés à chaque étape

Découvrez 3Shape Unite – une plate-forme ouverte qui réunit des sociétés, des laboratoires et des solutions dentaires leaders du secteur. Choisissez parmi une large

gamme d'options, bénéficiez d'une intégration complète avec vos partenaires et gérez facilement tous vos dossiers, de la numérisation TRIOS à la fin du traitement.



# FORMATION CONTINUE COURS

30  
31  
32

**Radioprotection**

**Dilemmes**

**Succès des implants en zone esthétique**

8 octobre

22 octobre

19 novembre

# 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](http://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](http://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](http://www.dentiste.be)  
02 375 81 75

# FORMATION CONTINUE WORKSHOP

34	Réanimation	23 septembre
35	Bien-être au travail	29 septembre
36	Composites injectables	1 <sup>er</sup> octobre
37	Tabacologie	13 octobre
38	Facettes indirectes en céramique Luxembourg	14-15 octobre
39	Désordres temporo-mandibulaires	27 octobre
40	Gestion du temps	10 novembre
42	Study-Clubs	

# REANIMATION

Vendredi 23 septembre 2022  
de 9h00 à 17h00

# COMPLET



**WORKSHOP**



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

Accréditation  
40 UA dom 1  
Formation continue 6hrs

**DÉTAILS ET INSCRIPTION**  
[www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)  
02 375 81 75

**B DASSARGUES**



# 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](http://www.dentiste.be)  
02 375 81 75

**F AZDIHMED**

# COMPOSITES INJECTABLES

Samedi 01 octobre 2022  
de 9h00 à 17h00

# COMPLET



# 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](http://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](http://www.dentiste.be)  
02 375 81 75



# LES FACETTES INDIRECTES EN CÉRAMIQUE

14 - 15 Octobre  
Grand Duché de Luxembourg  
Jour 1 de 8h30 à 17h30  
Jour 2 de 9h00 à 16h30



**WORKSHOP**



**HÔTEL CASINO 2000**  
**Mondorf-les-Bains**  
Rue Flammang 5,  
5618 Mondorf-les-Bains  
Luxembourg

**Pr Joseph SABBAGH**  
**CDT Claude LESS**



Chaque participant doit  
demander l'accréditation  
via QR Code  
Formation continue 6hrs

**DÉTAILS ET INSCRIPTION**  
[www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)  
02 375 81 75

# DESORDRES TEMPORO-MANDIBULAIRES

Jeudi 27 octobre 2022  
de 9h00 à 17h00

## COMPLET



**WORKSHOP**



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

Accrédité sous le N°21026169  
40 UA dom 7  
Formation continue 6hrs

**DÉTAILS ET INSCRIPTION**  
[www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)  
02 375 81 75

**L PITANCE**

# GESTION DU TEMPS

Jeudi 10 novembre 2022  
de 9h00 à 17h00



**WORKSHOP**



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

Accréditation  
40 UA dom 2  
Formation continue 6hrs

**DÉTAILS ET INSCRIPTION**  
[www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)  
02 375 81 75

**F AZDIHMED**



## Apprenez l'orthodontie de A à Z

L'ESO est une formation d'excellence à l'Orthodontie, son corps professoral est composé du Dr Jean-Jacques Aknin, fondateur et responsable pédagogique ainsi que près de 50 intervenants : des enseignants, dont des universitaires, des praticiens chevronnés, des conférenciers, tous experts dans leurs domaines.



### Une formation complète sur un cycle de 3 ans

#### Année 1

- Connaissances fondamentales et gestes cliniques ;
- Formation pré-clinique active.

#### Année 2

- Diagnostics et philosophies thérapeutiques ; âges de traitements ; stratégies traitements chirurgicaux et grands syndromes malformatifs.
- Début de traitement de cas (diagnostic et plan de traitement).

#### Année 3

- Renforcement des connaissances cliniques ; applications des stratégies de traitements optimisées et individualisées ; orthodontie avancée.
- Réalisation du projet professionnel.



#### AGENDA

Octobre 2022 à Juin 2025  
Dans les locaux de l'ESO

#### CALENDRIER DES COURS

Année 1 & année 2 :  
octobre à juin,  
4 jours par mois

Année 3 : octobre à juin,  
2 jours tous les 2 mois

656 heures de contenus  
académiques  
théoriques et cliniques (TPs et TDs).

▶ **Je m'inscris !**  
pour la promotion  
2022 / 2023



CONTACTEZ-NOUS  
+33 (0)6 61 12 84 48

LAISSEZ-NOUS  
VOS COORDONNÉES  
SUR CETTE PAGE

- ✉ [eso@ecolesuperieuredorthodontie.fr](mailto:eso@ecolesuperieuredorthodontie.fr)
- 📧 [ecolesuperieuredorthodontie.fr](mailto:ecolesuperieuredorthodontie.fr)
- 📍 4 rue Jacques Cartier, 75018 Paris
- 📷 [@eso.paris](https://www.instagram.com/eso.paris)
- 📘 [facebook.com/eso.paris](https://facebook.com/eso.paris)

## 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 - 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](http://www.dentiste.be)

#### LIÈGE

Lieu : Hôtel Liège Congrès (VdV), Esplanade de l'Europe 2B - 1020 Liège

Responsables : Nathalie DUPONT - Nathalie ROBERT - Julie OUDKERK - Deborah ROTH

Accueil dès 19h00, avec repas sur réservation, début de la conférence à 20h30.

20/10/2022 : Sujet à déterminer

Nombre de places limité, inscription obligatoire sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

### Autres régions : les informations vous parviendront ultérieurement

**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



45

Édito - M Devriese

46

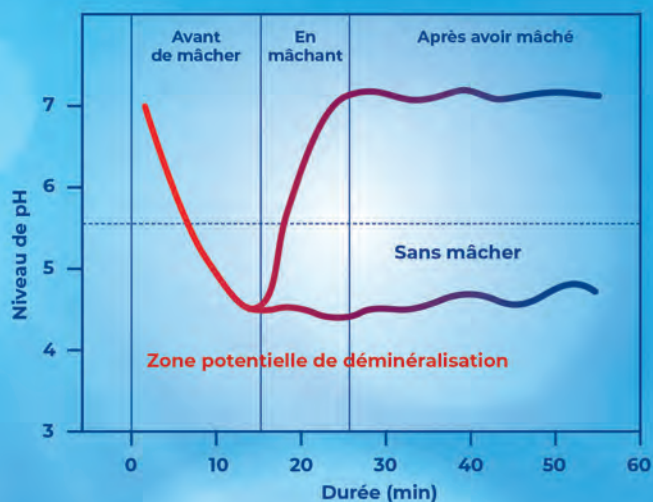
Modifications de nomenclature au 1<sup>er</sup> juillet : les détails - M Devriese



# 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.

Avec  
**XYLITOL**



# LE TRAVAIL MÈNE AU SUCCÈS

Ce premier juillet 2022 sera à marquer d'une pierre blanche pour notre secteur.

Tout d'abord il faut remarquer que bien du temps avait passé depuis autant d'avancées dans la nomenclature qu'en cette année 2022.

Je voudrais vous expliquer que le processus qui permet ces avancées est le fruit du travail acharné de nos mandataires qui vous représentent dans les instances officielles de l'INAMI. Oh, un travail très patient, car il faut du temps. Beaucoup de temps : du temps d'élaboration, du temps pour convaincre, savoir attendre le temps du « bon moment », puis le temps de la concrétisation.

Sachez que ce travail ne pourrait se faire sans vous : sans votre soutien, ou sans les retours que vous nous apportez nourrissent notre réflexion.

Vous recevrez d'ailleurs dans les semaines qui viennent une **invitation à participer** une nouvelle fois activement à ce processus.

Autre fait marquant de ce 1<sup>er</sup> juillet 2022, nous accueillons aussi au sein des professionnels dentaires les premiers **HBD** (hygiénistes bucco-dentaires) diplômés dans nos 2 Hautes Écoles de Liège et Bruxelles.

Ce processus a été initiés formellement dans les instances en ...2003 ! Quand je vous disais qu'il faut du temps.

Je voudrais souligner le travail acharné des enseignants de ces Hautes Écoles, en étroite collaboration avec les Universités et les professeurs et assistants. Je souhaite mettre à l'honneur ces heures de travail à construire le programme de formation et... à le concrétiser.

L'obtention des numéros INAMI pour HBD a débuté en ce mois de juin 2022 et l'accès progressif à la nomenclature devrait se faire au 1<sup>er</sup> octobre. Il reste beaucoup de travail pour une intégration parfaite. A ce stade de début, ce sera le dentiste qui attestera pour les actes réalisés par l'HBD. Nous vous expliquerons cela en détails à la rentrée de septembre.

Je terminerai en soulignant le travail de la SMD, de son personnel, de ses administrateurs, de ses mandataires qui se mettent à votre service, vous les Membres, pour vous informer. Et ce sans esbroufe.

Davantage de membres, cela signifie aussi beaucoup plus de... travail.

En ce début d'été, nous avons le plaisir de renforcer l'équipe administrative de la SMD. Un Juriste a rejoint l'équipe : Aurélien TIELEMAN que nous vous présenterons à la rentrée, ainsi que les nouveaux membres de notre staff.

Bel été !



Michel DEVRIESE  
Chargé des questions professionnelles



# MODIFICATIONS DE NOMENCLATURE AU 1<sup>ER</sup> JUILLET : LES DETAILS

Ce 1<sup>er</sup> juillet sont entrées en vigueur de nombreuses modifications de nomenclature.

## Chapitre 1<sup>er</sup> : l'orthodontie

Les principes des traitements orthodontiques restent inchangés. Le principal objectif des modifications au 1<sup>er</sup> juillet 2022 est la suppression des annexes. Ceci a pour effet, outre une simplification, de permettre d'utiliser plus largement e-ATTEST (ou e-FACT), système qui ne permet pas de joindre une annexe.

### TOPI (traitement de première intention)

Un TOPI (traitement de première intention) ne nécessite plus l'envoi à la mutuelle de l'annexe 60 bis.

La mutuelle est avertie du début du traitement par l'attestation du code 305 933 - Forfait pour traitement orthodontique de première intention, en début du traitement.

Il est bien évident que seuls les praticiens utilisant e-ATTEST ou e-TAR ont la maîtrise du bon envoi des ASD (attestations de soins données) à la mutuelle (et la bonne réception des ASD par celle-ci).

L'annexe 60bis (ou son équivalent) doit néanmoins continuer à être rédigée, au plus tard le jour du placement de l'appareil. Elle est dorénavant conservée dans le dossier du patient et gardée à disposition du médecin-conseil.

### TOR (traitement orthodontique régulier)

On le sait : le 15<sup>ème</sup> anniversaire est un âge-pivot pour l'orthodontie. Et il n'est pas rare que des erreurs soient commises en relation avec cet âge : document non rentré à la mutuelle, demande tardive, etc.

Nous détaillons ici quelques situations :

- Lorsqu'un TOR (traitement orthodontique régulier) débute avant le 15<sup>ème</sup> anniversaire, la notification par annexe 60 à la mutuelle n'est plus nécessaire.

La mutuelle sera avertie du début du traitement par simplement l'attestation du code 305 631 - Forfait pour appareillage par traitement orthodontique régulier, en début de traitement.

ATTENTION toutefois que ce code doit être attesté (**ET en possession** de la mutuelle !) **avant le 15<sup>ème</sup> anniversaire**.

Si le praticien utilise e-ATTEST ou e-TAR pour ce faire, il a la maîtrise de la date d'envoi à la mutuelle (et sa bonne réception) avant le 15<sup>ème</sup> anniversaire.

Attention que l'annexe 60 ne disparaît pas : l'annexe 60 (ou son équivalent) sera dorénavant conservée dans le dossier du patient et gardée à disposition du médecin-conseil.

- Lorsqu'un TOR est planifié mais ne peut commencer avant le 15<sup>ème</sup> anniversaire du patient, une « notification » doit être « envoyée » à la mutuelle :
  - o soit via l'attestation de la prestation **305 572** - Analyse des données et établissement d'un plan de traitement (uniquement entre le 13<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> anniversaire pour respecter la période de validité décrite ci-dessous)

- o soit via l'attestation du pseudocode **305 690** (Attention : ce pseudocode DOIT être attesté accompagné de n'importe quel autre code de la nomenclature dentaire.

ATTENTION toutefois que ces codes doivent être attestés (**et DOIVENT ETRE en possession** de la mutuelle !) **avant le 15<sup>ème</sup> anniversaire**.

Ils ouvrent une période d'une validité de 24 mois civils. Ce qui signifie que le TOR doit commencer dans la période de 24 mois civils qui suivent l'attestation d'un de ces 2 codes.

- Le principe de notification à titre conservatoire est maintenu : si un TOR n'est pas planifié de suite et ne commencera de toute façon pas avant le 15<sup>ème</sup> anniversaire du patient, une « notification » à titre conservatoire peut être établie via l'attestation du pseudocode **305 756** moyennant une justification détaillée du report qui doit être consignée dans le dossier du patient. (Attention : ce pseudocode DOIT être attesté en étant accompagné de n'importe quel autre code de la nomenclature dentaire).

Inutile de préciser que cette attestation DOIT être établie (**ET en possession** de la mutuelle !) **avant le 15<sup>ème</sup> anniversaire**.

La durée de validité de cette notification via le pseudocode 305 756 prend fin au 22<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

### Demande de dérogation

La procédure de demande de dérogation pour les traitements orthodontiques introduite via l'annexe 61 reste en vigueur.

## Chapitre 2 : les extractions

Ce 1<sup>er</sup> juillet 2022 voit, dans ce chapitre des extractions, le changement de l'**âge** minimum (à partir du **50<sup>ème</sup>** anniversaire) ET la réintroduction des codes de **suture** attestables de manière complémentaire à (certaines\*) extractions et ablations. Ceci a de nombreuses conséquences sur la nomenclature des extractions.

### A. Réintroduction de codes de sutures - nouveaux codes :

**3X 513 0** Honoraires complémentaires pour suture de plaie pendant une séance d'extraction(s) dentaire(s) ou ablation (section et extraction) de racine(s), à l'exception des prestations où la suture est comprise. L12

**3X 515 2** Honoraires complémentaires pour suture de plaie pendant une séance d'extraction(s) dentaire(s) ou ablation (section et extraction) de racine(s), à l'exception des prestations où la suture est comprise, par dent supplémentaire dans le même quadrant et durant la même séance. L8

NB : nous vous rappelons la convention typographique que nous utilisons depuis de nombreuses années : « **3X** » où « **X** » est remplacé par « **7** » pour les moins de 18 ans, et par « **0** » pour les plus de 18 ans.

\* Les sutures peuvent s'appliquer comme honoraires complémentaires en cumul avec les extractions et ablations surlignées ci-dessous de bleu.



ET pour autant qu'il n'y ait pas au même moment, dans le même quadrant l'attestation d'une extraction de la rubrique « chirurgie - stomatologie » (exemple : dent incluse).  
NB : l'extraction chirurgicale comprenait déjà la suture, tant dans son intitulé que dans son niveau d'honoraires.

**B.** Conséquences de ces codes « sutures » :

- Il a fallu **modifier l'intitulé de codes d'extraction et d'ablation** qui pouvaient comprendre la mention « y compris la suture éventuelle ».
- Il y a une **renumérotation** de trois codes extractions, pour tenir compte de la différence entre avant le 1<sup>er</sup> juillet et après. Ils sont indiqués ci-après en **rouge**.

**Extractions « simples »**

**37 497 5** \* Extraction d'une canine lactéale, d'une molaire lactéale ou d'une dent définitive, jusqu'au 18e anniversaire

**30 497 5** \* Extraction d'une dent, à partir du 50<sup>ème</sup> anniversaire

**37 487 2** \* Extraction d'une canine lactéale, d'une molaire lactéale ou d'une dent définitive, jusqu'au 18e anniversaire, par dent supplémentaire dans le même quadrant et au cours de la même séance

**30 487 2** \* Extraction d'une dent, à partir du 50<sup>ème</sup> anniversaire, par dent supplémentaire dans le même quadrant et au cours de la même séance

**Extractions chirurgicales**

**37 119 5** \* Extraction chirurgicale d'une dent définitive, à l'exclusion des incisives, avec résection de l'os environnant et suture des lambeaux muqueux incisés, jusqu'au 18e anniversaire

**30 119 5** \* Extraction chirurgicale d'une dent définitive, à l'exclusion des incisives, avec résection de l'os environnant et suture des lambeaux muqueux incisés, à partir du 50<sup>ème</sup> anniversaire

**Extractions en dérogation à la limite d'âge**

Vous le savez, les extractions ne sont normalement PAS remboursées entre le 18ème et le 50ème anniversaire. Toutefois, depuis plusieurs années, il y a une dérogation possible si le patient répond à des conditions médicales strictes : pathologies médicales lourdes telles que radiothérapie, transplantation, etc. Ces conditions figurent dans la législation dans l'article 6 §3bis. Vous pouvez les lire dans le Guide nomenclature. Ces conditions sont inchangées.

**30 499 0** \* Extraction d'une dent, à partir du 18<sup>ème</sup> anniversaire jusqu'au 50<sup>ème</sup> anniversaire, dans le cas où le bénéficiaire répond à une des conditions de l'article 6, § 3bis

**30 491 6** \* Extraction d'une dent, à partir du 18<sup>ème</sup> anniversaire jusqu'au 50<sup>ème</sup> anniversaire, dans le cas où le bénéficiaire répond à une des conditions de l'article 6, § 3bis, par dent supplémentaire dans le même quadrant et au cours de la même séance

**30 121 0** \* Extraction chirurgicale d'une dent définitive, à l'exclusion des incisives, avec résection de l'os environnant et suture des lambeaux

*muqueux incisés, à partir du 18<sup>ème</sup> anniversaire jusqu'au 50<sup>ème</sup> anniversaire, dans le cas où le bénéficiaire répond à une des conditions de l'article 6, § 3bis*

**Ablations**

\* Ablation (section et extraction) de racine(s) d'une dent pluri-radiculaire, avec maintien d'au moins une racine de dent, chez le bénéficiaire

- **3X 475 4** d'une racine
- **3X 477 6** de plusieurs racines de la même dent

**Suture post-op**

Le code **3X 493 1** (suture de plaie pour un patient qui revient en urgence suite à un saignement post-opératoire) disparaît.

Si vous êtes confronté à une telle situation, sachez que cet acte devient du « hors nomenclature » (honoraires libres - pas de remboursement).

**Extraction (et suture) en urgence**

Le supplément pour prestation technique urgente **38 963 1** prévu lors d'une extraction en urgence (soir, nuit, WE, férie, pont) continue de s'appliquer. Si une suture doit être appliquée concomitamment, elle se voit adjoindre - en sus - l'autre supplément : **38 956 3**.

**C.** L'âge à partir duquel les extractions sont remboursées chez l'adulte est maintenant « à partir du 50<sup>ème</sup> anniversaire » (anciennement 53<sup>ème</sup> anniversaire).

Ceci est évidemment une décision très heureuse, qui a l'avantage d'aligner l'âge des extractions sur celui des prothèses. Cela faisait partie de longue date du « cahier des revendications » de la SMD.

Pour rappel, cette limitation d'âges (comme d'autres) n'existe QUE pour raison budgétaire.

**D.** En raison de la réintroduction de codes de sutures avec honoraires ET remboursements, le **pseudocode de flexibilité** des honoraires (305491) sur les extractions n'a plus de raison d'être, et disparaît. En effet, ce code de flexibilité avait été introduit du fait de la suppression des codes de suture.

**E.** Une dernière conséquence de la réapparition des codes sutures est qu'on a pu faire disparaître la notion d'extraction chez le patient **avec risque hémorragique** où la suture était systématique et comprise dans l'honoraires.

**Chapitre 3 : parodontologie**

Le changement principal ce 1<sup>er</sup> juillet 2022 dans ce chapitre de la **parodontologie** est le changement de la tranche d'âges pour le détartrage sous-gingival, où l'âge maximum passe du 55<sup>ème</sup> anniversaire au 60<sup>ème</sup> anniversaire.

Mais il y a quelques autres modifications qui devraient faciliter la tâche des praticiens.

**A.** Changement de la tranche d'âges pour le **détartrage sous-gingival**

L'âge maximum passe du 55<sup>ème</sup> anniversaire au 60<sup>ème</sup> anniversaire.

L'intitulé du code devient :

*Détartrage sous-gingival, avec surfaçage radiculaire si nécessaire, à l'aveugle, par quadrant et une fois toutes les trois années civiles, à partir du 18<sup>ème</sup> jusqu'au 60<sup>ème</sup> anniversaire.*

## B. Détartrage sous-gingival : prise en compte des implants

Dorénavant, on prend en considération les implants au même titre que les dents naturelles, lorsqu'on doit avoir au moins 3 éléments par quadrant.

## C. Détartrage sous-gingival : prise en compte de l'examen buccal annuel comme condition

Une réforme des prestations de « détartrage sous-gingival » a été élaborée de sorte que l'examen buccal annuel donne également accès au remboursement de ces prestations. Les conditions évoluent comme suit (les modifications sont notées en rouge) :

*L'intervention pour les prestations de détartrage sous-gingival n'est due que :*

- *si sur le même quadrant, durant la même année civile ou l'année civile précédente, une prestation antérieure de nettoyage prophylactique, de détartrage ou un examen buccal annuel a été remboursée,*
- *et si chez le bénéficiaire, durant la même année civile ou l'année civile précédente une prestation de détermination du DPSI a été faite au préalable,*
- *et si lors de la dernière détermination du DPSI, un score d'au moins 3+ a été mesuré,*
- *et si le traitement a été fait sous anesthésie locale, par infiltration ou par tronculaire.*

## D. CUMUL entre détartrage sous-gingival / extractions (et ablations) / détartrage

Jusqu'ici, ces cumuls étaient interdits. C'était particulièrement gênant de ne pouvoir combiner une intervention de détartrage sous-gingival avec une extraction (ou ablation).

La règle évolue comme suit (les modifications sont notées en rouge) :

*Les prestations de détartrage sous-gingival ne peuvent être cumulées qu'avec :*

- *une / des radiographie(s),*
- *avec une prestation de détartrage (ordinaire) ou de nettoyage prophylactique pour autant que dans le même quadrant on ne cumule pas avec une prestation de détartrage sous-gingival*
- *avec les extractions dentaires (en ce y compris les ablations) et le cas échéant, les dispositions applicables à ces extractions (sutures et supplément PBP - personnes avec des besoins particuliers).*

NB : Dorénavant, le détartrage sous-gingival ne pourra PLUS être cumulé avec le DPSI,

## E. DPSI : entre détartrage sous-gingival / extractions (et ablations) / dé

Pour le code DPSI, une règle était : « la présence d'au moins six dents naturelles est exigée ».

Dorénavant, on prend en considération les implants au même titre que les dents naturelles.

La règle devient : *La présence d'au moins six dents naturelles et/ou implants est exigée.*

Le code DPSI peut être cumulé avec l'examen buccal annuel, les radiographies et une consultation.

Dorénavant, il ne pourra plus être cumulé avec le détartrage sous-gingival.

## F. Examen buccal parodontal : prise en compte de l'examen buccal annuel comme condition.

A l'instar de ce qui a été décidé pour le détartrage sous-gingival, une réforme de la prestation « examen buccal parodontal » a

été élaborée de sorte que l'examen buccal annuel donne également accès au remboursement de cette prestation. Les conditions évoluent comme suit (les modifications sont notées en rouge) :

*L'intervention pour l'examen buccal parodontal n'est due que si durant la même année civile ou l'année civile précédente, une prestation antérieure de nettoyage prophylactique, de détartrage, de détartrage sous-gingival ou un examen buccal annuel a été remboursée et un score DPSI d'au moins 3+ a été mesuré.*

Juste un regret : il eut été logique, en modifiant l'âge du détartrage sous-gingival de 55 à 60 ans de réaliser la même adaptation pour l'examen buccal parodontal (qui restera donc jusqu'au 55<sup>ème</sup> anniversaire).

La Société de Médecine Dentaire asbl a demandé que cet « alignement » soit envisagé lors de la prochaine modification de nomenclature.

## Chapitre 4 : prévention / divers & variés

Dans ce 4<sup>ème</sup> volet, le premier changement important est la modification de la tranche d'âges pour l'examen buccal annuel, où l'âge maximum passe du 67<sup>ème</sup> anniversaire au 80<sup>ème</sup> anniversaire.

Le second changement important est que le second examen buccal préventif (pour les moins de 18 ans) est mis au niveau du 1<sup>er</sup> examen buccal.

Nous vous présentons les quelques autres modifications qui rentreront en vigueur à cette même date.

### A. Changement de la tranche d'âges pour l'examen buccal annuel

L'âge maximum passe du 67<sup>ème</sup> anniversaire au 80<sup>ème</sup> anniversaire.

L'intitulé du code devient :

301593 \* *Examen buccal y compris l'établissement d'un plan de traitement, l'enregistrement des données pour l'établissement ou la mise à jour du dossier dentaire et la motivation du patient concernant les soins préventifs et curatifs à effectuer, une fois par année civile, à partir du 18<sup>ème</sup> jusqu'au 80<sup>ème</sup> anniversaire*

La Commission Nationale Dento-Mutualiste a estimé indispensable de supprimer cette limite d'âge afin de rendre cet examen accessible pour toute la population quel que soit l'âge. Ce passage du 67<sup>ème</sup> au 80<sup>ème</sup> anniversaire n'est que la première phase de la suppression totale de cette limitation.

### B. Examen buccal préventif (moins de 18 ans)

On en revient quelque peu à ce qui se pratiquait il y a quelques années, à savoir un examen courant du premier semestre, et un autre courant du second semestre.

Les deux auront désormais la même valeur, en termes d'honoraires et de remboursement.

37 161 5 \* *Examen buccal préventif dans une année civile, comprenant l'établissement d'un bilan et la motivation du patient quant aux soins préventifs et curatifs, l'établissement d'un examen buccal, des instructions de brosse et si nécessaire un nettoyage prophylactique, une fois par année civile, uniquement au cours du premier semestre civil, jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire*

37 157 1 \* *Examen buccal préventif, dans la même année civile que le 371615, comprenant l'établissement d'un bilan et la motivation du patient quant aux soins préventifs et curatifs, l'établissement d'un examen buccal,*

*des instructions de brossage et si nécessaire un nettoyage prophylactique limité, une fois par année civile, uniquement au cours du deuxième semestre civil, jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire.*

**C. Soins aux personnes avec des besoins particuliers (PBP)**

Dorénavant, les honoraires complémentaires appliquées à ces personnes (exemple : personne handicapée où les soins prennent plus de temps) peuvent également être portés en compte lors du nettoyage prophylactique, et lors d'extraction chirurgicale comme c'était déjà le cas pour toute autre extraction.

Nous vous renvoyons au Guide nomenclature où sont précisées les conditions d'application et les limitations (inchangés).

L'intitulé du code devient :

*Honoraires complémentaires pour les soins conservateurs et/ou extractions et/ou les prestations de nettoyage prophylactique chez les personnes avec des besoins particuliers dans les conditions de l'article 6, § 4quater, par prestation*

**D. Consultation à domicile : demande du médecin plus nécessaire**

Jusqu'ici, il fallait une demande écrite du médecin pour pouvoir attester ce code. Ce qui compliquait l'attestation de ce dernier. L'exigence de cette demande est supprimée. Toutefois, il y a un renforcement de la surveillance des actes prestés hors cabinet. Voir point suivant.

**E. Soins hors cabinet fixe**

Dans un but statistique et de surveillance des actes prestés hors cabinet fixe, l'attestation de TOUTE prestation dentaire effectuée en dehors d'un cabinet fixe (e.a. cabinet mobile, maison de repos ou MRS, domicile du patient, etc.) doit être accompagnée de l'attestation d'un pseudocode (un pseudocode par code d'acte attesté).

Ce pseudocode porte le n° : **38 993 3**

**F. Conditions à la « remboursabilité » des soins : qualité et continuité des soins !**

La loi du 22 avril 2019 relative à la **qualité** de la pratique des soins de santé est entrée en vigueur pour la plupart de ses articles. On soulignera 3 articles de cette Loi qui doivent être respectés pour que les actes attestés soient **conformes** :

*Art. 14. Le professionnel des soins de santé s'assure que l'encadrement nécessaire est présent lui permettant d'exécuter les soins de santé avec un niveau de qualité élevé.*

*Art. 17. Le professionnel des soins de santé n'est pas autorisé à interrompre un traitement en cours auprès d'un patient sans avoir pris au préalable toutes les dispositions visant à garantir la continuité des soins. En vue d'assurer cette continuité, le professionnel des soins de santé, lorsque lui-même n'est pas disponible pour sa pratique, informe son patient du professionnel des soins de santé appartenant à la même profession des soins de santé et disposant de la même compétence, à qui le patient peut s'adresser pour le suivi de son traitement.*

Cet article vise clairement l'importance d'informer son patient des Services de Garde accessibles par lui en cas de besoin.

*Art. 19. Le professionnel des soins de santé communique, moyennant le consentement du patient (...), à un autre professionnel des soins de santé traitant, désigné par le patient pour poursuivre ou compléter soit le diagnostic, soit le traitement, toutes les informations utiles ou nécessaires les concernant.*

Cet article vise notamment les informations à fournir lors d'une prescription, ou lors de l'envoi d'un patient à un confrère.

Michel DEVRIESE

**Rocanal**®

**INNOVATIF et UNIQUE**  
Système pour un traitement biotechnique du système canalaire

40 tests cliniques  
60 millions d'obturations  
30 ans de succès

Nouveau avec effet antimicrobien renforcé

**medirel**®  
simply the best since 1974

Information: **Medirel SA**  
6982 Agno - Switzerland  
Tel. +41(0)916 04 54 34  
info@medirel.ch - www.medirel.com

Distributeurs francophones

**Suisse: Medirel SA** 6982 Agno Tel.: 0041 (0) 91 604 54 34  
**France: Laboratoires PRED SA** 94118 Arcueil Tel.: 0033 (01) 41 98 34 00  
**Belgique: Deprophar** 1050 Bruxelles Tel.: 0032 (02) 647 79 63



Made in Switzerland

CE Medical Device





# La taxation des immeubles à l'étranger : nouveau régime

Les biens immobiliers situés à l'étranger sont confrontés à un nouveau régime de taxation en Belgique. Effectivement, la Belgique a dû se mettre en conformité avec le principe européen de libre circulation des capitaux.

## Règle générale :

Chaque résident belge doit déclarer l'ensemble de ses revenus mondiaux dans sa déclaration à l'impôt des personnes physiques. Pour les revenus de biens immobiliers, seuls les revenus de l'habitation propre ne doivent pas être déclarés. Les autres sont à déclarer en fonction de la localisation du bien ainsi que de son utilisation.

Les biens immobiliers situés à l'étranger étaient jusqu'à présent traités différemment des biens immobiliers situés en Belgique. Ceci était vrai avant la mise en place du nouveau régime. En effet, la Belgique était **dans le viseur de la Communauté européenne** depuis quelques années déjà. Selon la communauté européenne, la Belgique était **contraire au droit européen**. On ne peut plus faire de distinction dans la valeur taxable entre un bien situé en Belgique et un autre situé à l'étranger. Cela dissuaderait des contribuables d'investir à l'étranger. La Belgique a été **condamnée à payer** une astreinte de 7.500 € par jour. Elle n'a plus eu d'autre choix que de revoir enfin son régime.

## Ancien régime :

Un **bien immobilier situé en Belgique** qui est non occupé ou loué à des personnes physiques est imposé sur le revenu cadastral du bien. Ce revenu cadastral représente la valeur locative annuelle du bien immobilier au 1<sup>er</sup> janvier 1975.

Jusqu'à présent, un **bien immobilier situé à l'étranger** était imposé sur leur **valeur locative réelle** ou sur les **loyers nets perçus** si le bien était loué. Ce revenu était en principe exonéré et donc heureusement, n'était pas taxé deux fois sur base des CDPI (convention préventive de double imposition) conclues entre les pays. Par contre, il intervenait dans la détermination du taux de l'impôt du contribuable en s'additionnant aux autres revenus et faisait donc grimper son taux moyen d'imposition.

## A partir de l'exercice d'imposition 2022 - revenus 2021

### Nouveau régime :

Le nouveau régime prévoit une imposition **identique à celle d'un bien immobilier belge**, c'est-à-dire sur la **même base forfaitaire** -> le revenu cadastral.

La **valeur cadastrale** d'un bien immobilier étranger est obtenue comme suit :

- > Valeur locative nette annuelle au 1<sup>er</sup> janvier 1975

**OU** si elle n'est pas connue

-> Valeur de vente du bien à la date de référence (1975) multipliée par 5,3%

**OU** si elle n'est pas connue

-> Valeur de vente actuelle (ou la plus récente) corrigée par un coefficient spécifique (publié au Moniteur belge) qui est de 15,018 pour les acquisitions faites en 2021 multipliée par 5,3 %

### Que faire ?

Ce revenu cadastral sera **calculé par l'administration** fiscale. Pour ce faire, les propriétaires d'un bien immobilier étranger (dont l'administration a déjà connaissance) recevront un **questionnaire** à remplir pour le **31 décembre 2021 au plus tard**, leur demandant des informations spécifiques concernant leur bien immobilier étranger.

Attention, pour un **bien qui n'a pas encore été déclaré** ou qui a été acheté récemment, par exemple en 2020, vous devez spontanément et ce, **avant le 31 décembre 2021** fournir les informations nécessaires à l'administration sur ce bien et le déclarer sur Myminfin via ce lien : <https://eservices.minfin.fgov.be/myminfin-web/> . Vous pouvez également faire une demande d'un formulaire papier auprès de l'administration. Pour les biens achetés entre le 01 janvier 2021 et le 25 février 2021, cette déclaration doit être effectuée au **30 juin 2022 au plus tard**.

**Vous êtes bien évidemment également tenu d'informer l'administration de toute modification (travaux, agrandissement, ou autres) du bien étranger dans les 30 jours.**

Une sanction administrative comprise entre 250 € et 3.000 € peut s'appliquer en cas de non respect de cette obligation de déclaration.

L'administration espère ainsi obtenir un revenu cadastral pour chaque bien immobilier détenu par un résident belge d'ici mars 2022.

N'hésitez pas à contacter votre gestionnaire de dossier, il sera bien entendu disposé à vous aider à remplir le questionnaire et répondre à vos éventuelles questions.



# Assurances & Pension : Tips & tricks

## Un.e Hygiéniste bucco-dentaire : un renfort... à assurer

Fin juin, les première-s hygiénistes bucco-dentaires formé-e-s en Belgique francophone ont reçu leur diplôme. Une nouvelle profession, c'est assez rare et cette fois-ci, elle est attendue : un certain nombre de dentistes sont impatients de pouvoir les intégrer dans leur cabinet pour renforcer leur équipe.

Si c'est votre cas, il y a une étape à ne pas oublier : l'adaptation de votre assurance RC professionnelle. En effet, que la collaboration se fasse sur base d'un contrat d'emploi ou d'une convention de collaboration avec un.e indépendant-e, elle doit être intégrée dans votre couverture RC.

Le contrat RC de la SMD a été adapté à l'arrivée des hygiénistes bucco-dentaires. Si vous avez assuré votre responsabilité civile professionnelle via ce contrat, il vous suffit de signaler l'arrivée d'un.e hygiéniste dans votre équipe et votre couverture sera adaptée. Pour cela, un mail à [info@curalia.be](mailto:info@curalia.be) est suffisant, en précisant le statut sous lequel l'hygiéniste travaillera (employé ou indépendant).

## Statut social INAMI 2021 : ne le ratez pas !

La procédure d'octroi du statut social INAMI 2021 a passé une nouvelle étape. L'INAMI a communiqué le résultat de son évaluation pour l'année 2021.

Les dentistes (partiellement) conventionnés ont droit à une prime de **3.232,32 EUR** et, cerise sur le gâteau, ce montant est **NET d'impôts et de cotisations sociales !**

Même les dentistes qui ont entamé leur stage en octobre 2021 ont droit à une prime, qui sera de plus de 800 EUR.

Un conseil : utilisez cette prime pour augmenter votre pension complémentaire ! Que ce soit au niveau fiscal ou au niveau patrimonial, c'est la solution la plus avantageuse pour vous.

Pas de contrat ?

Des doutes ou des questions sur votre contrat, votre situation ?

Contactez Curalia ([info@curalia.be](mailto:info@curalia.be)), nous vous aiderons.

## Accro à la « petite reine » ? Pensez à assurer l'objet de votre passion.

Que vous soyez vététiste passionné, que vous alliez au cabinet en vélo ou que votre pointe de vitesse rivalise avec celle de Wout Van Aert (😊), vous avez sans doute investi dans un bon vélo, peut-être électrique. Vous vous êtes rendu compte que la « mobilité douce » était dure... pour le portefeuille.

Ne vous privez donc pas d'une bonne assurance, adaptée à votre vélo parce que chaque situation est différente.

L'assurance sera différente selon le type de vélo, sa valeur, son âge, ... mais aura toujours comme objectif de limiter les désagréments, dont les conséquences financières, que ce soit suite à un accident ou à un vol.

En plus, ces assurances proposent souvent une assistance 24/7 dans toute l'Europe.

Raison de plus de vous soucier d'assurer votre vélo, AVANT qu'il ne lui arrive quelque chose ! Demandez-nous une offre via [info@curalia.be](mailto:info@curalia.be)

N'hésitez pas à fixer un rendez-vous gratuit avec le conseiller de votre région si vous souhaitez faire une révision de vos assurances !



Pour plus d'information, contactez Curalia  
par email via [info@curalia.be](mailto:info@curalia.be) ou  
par téléphone au 02/735.80.55



#### GUIDE D'ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

de Michèle MULLER-BOLLA, Collège national des enseignants en odontologie pédiatrique

L'odontologie pédiatrique est une discipline particulière ! Parmi les différentes disciplines d'enseignement reconnues en odontologie, elle est la seule à ne pas être centrée sur un domaine de compétences techniques spécifiques mais sur un type de patients en cours de croissance : le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent.

Présenté de manière résolument pratique, ce livre traite en 114 chapitres et plus de 1100 illustrations de nombreux aspects de l'odontologie pédiatrique. Rédigé de façon synthétique, ces chapitres se réfèrent en priorité aux revues systématiques d'essais cliniques randomisés, essais contrôlés randomisés et recommandations basées sur les niveaux de preuve selon le principe de la dentisterie factuelle. Ainsi, il propose une succession d'informations et de recommandations cliniques utiles à la prise en charge de nos jeunes patients à besoins spécifiques ou non.

Ce livre est le fruit du travail de nombreux membres du Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique. Il a été soumis à l'analyse critiques d'autres membres de ce même collège ainsi qu'à des membres d'autres collèges afin de parvenir, si nécessaire, à un consensus.

Ce Guide clinique, unique dans sa forme mais aussi quant au nombre de ses auteurs, constitue à la fois un référentiel pour les étudiants en formation initiale ou les internes, et un outil pratique pour les omnipraticiens dans leur exercice clinique quotidien.

Editeur Editions CdP  
Nombre de pages 636  
ISBN 9782843614439  
Prix : 104 € (port inclus)





## TRAITEMENTS PROTHÉTIQUES ET IMPLANTAIRES DE L'ÉDENTÉ TOTAL 2.0

DAAS Marwan, DADA Karim, POSTAIRE Michel

L'implantologie change la vie des patients édentés totaux grâce à une chirurgie moins invasive, guidée, peu traumatisante.

Les nouveaux protocoles cliniques, rigoureux et simplifiés, basés sur une analyse clinique, radiographique et informatique, représentent une véritable révolution du plan de traitement.

L'ensemble des protocoles évoqués, fruits de vingt ans d'expérience clinique, sont tous détaillés dans leur mise en oeuvre.

Avec la collaboration de : Wael ATT, Matthieu BALANGER, Armand BEDROSSIAN, Edmond BEDROSSIAN, Joao BORGES, Ophir FROMOVITCH, Paolo MALO, Patrice MARGOSSIAN, Sébastien MILLASSEAU, Julien MONTENERO, David NORRÉ, Léon PARENTÉ, Benoit PHILIPPE, Sepehr ZARRINE

Tarif souscription 145€ au lieu de 195€ jusqu'à parution (novembre 2022)  
Frais de port 6 €

# CRU RE

Patricia Mathieu

## Musique, concerts : Les Festivals de cet été

Les Ardentes  
Esperanzah  
Festival de Ronquières  
Les Solidarités  
Doel Festival

Liège  
Abbaye de Floreffe  
Braine Le Comte  
Citadelle de Namur  
Village de Doel

du 7 au 10 juillet 2022  
du 28 au 31 juillet 2022  
du 5 au 7 août 2022  
du 26 au 28 août 2022  
du 17 au 18 septembre 2022

### “Guilt” Groupe musical belge.

Guilt est un projet personnel lancé par François C. rejoint ensuite par cinq autres musiciens. Depuis longtemps, le chanteur travaille dans la musique, il fut directeur de l'Atelier 210 pendant 7 ans. Jouant de la guitare depuis son adolescence, il entame une carrière solo en 2020.

Il écrit seul, son style mélange le rock alternatif, des origines folks, post folks et du jazz. Les textes sont variés mêlant une poésie suggestive et des associations d'idées. François C. y met des inserts personnels, parle de la santé mentale évoquant aussi sa bipolarité. (Up and down, noir et blanc).

Un premier EP est sorti en ce printemps 2022 faisant suite à un premier single sorti en 2020.

“Missed Shots ” (coups manqués) est une première chanson thématique sur base de textes à quatre mains. Elle raconte à travers un texte co-écrit par le poète Syro-Palestinien Karam Alhindi les récits de réfugiés bloqués aux portes de l'Europe. La chanson se termine par un poème déclamé.

“Sultan of flies” aborde la thématique de l'Ego, on se présente comme fort mais il n'en est rien. L'artiste est passionné par la langue anglaise et son héritage poétique.

Quant au choix du nom du groupe, Guilt peut évoquer en un mot simple le rapport personnel face à ce projet musical mais aussi le rapport face à notre monde en train de s'écrouler, nous sommes coincés dans la façon dont il fonctionne.

Guilt se produira au Festival Esperanzah le 29 juillet. A découvrir absolument !





# “Biennale d’Art” Venise 2022

## Le Pavillon Français - Les rêves n’ont pas de titre

Zineb Sedira (1963) transforme le pavillon français en lieu imaginaire, autobiographique et politique. Née en France de parents algériens, l’artiste y raconte ses souvenirs personnels. La musique de tango avec des danseurs qui interviennent dans un bar et la riche accumulation d’objets (la table à dessin du décorateur du film *Lo Straniero* de Luchino Visconti, les maquettes des scènes de tournage, les piles de bobines de films, la table de la dame pipi...) donnent une ambiance très 1960.

Zineb Sedira est née en France, avant de grandir en Algérie et vivre en Angleterre où elle a étudié. « Les rêves n’ont pas de titre » raconte ses souvenirs personnels pour évoquer le temps d’après la colonisation, à travers des vidéos, films et installations dans une ambiance de cinéma des années 1960.

Nostalgie, musique, danse et belle scénographie sont au rendez-vous.



## Le Pavillon Belge - The nature of the game

Francis Alÿs (Anvers 1959) est reconnu mondialement pour ses dessins, vidéos et performances mettant en exergue le rapport entre l’humain et son territoire. Il investit le pavillon belge avec un projet « The Nature of the Game », enfants filmés en train de jouer dans plusieurs régions du monde, notamment au Congo, qui mettent la Belgique face à l’héritage de son passé colonial.

Le projet puise son origine dans les moments vécus par l’artiste lorsqu’il était enfant ou adolescent.

De 1978 à 1983, il suit une formation d’architecte à Tournai, puis de 1983 à 1986 à Venise qu’il apprécie tant.

En 1986, il est ingénieur au Mexique pour participer à un projet de secours du gouvernement belge pour la capitale Mexico détruite par un tremblement de terre. Il s’y établit et y développe un travail interdisciplinaire, jouant entre l’art, la ville et l’aspect social.

En 1989, il abandonne l’architecture pour entamer un travail diversifié sur la ville que l’on parcourt : jeux d’enfants, chiens errants, vitres cassées ou marchands ambulants sont réfléchis à travers des photographies, vidéos, actions, dessins, installations.

L’artiste s’accompagne de toute une équipe pour réaliser ses films.



## Le Pavillon Américain - Leigh Simone

Le lion d'or, mérite, a été remporté par l'artiste américaine Simone Leigh (née en 1968), qui représente les femmes noires et leur sort dans une société héritière de l'esclavagisme. Elle a notamment conçu le pavillon américain.

Le bâtiment est transformé en cahute recouverte d'un toit de paille, il fait référence à la terrible exposition coloniale de Paris en 1931 à l'occasion de laquelle des populations « exotiques » étaient parquées comme dans une foire aux bestiaux.

La sculptrice américano-jamaïcaine travaille sur la question raciale et s'attaque à l'"ancrage de la suprématie blanche" au sein de la société états-unienne.

Elle réalise des œuvres sociales et engagées de toute beauté.

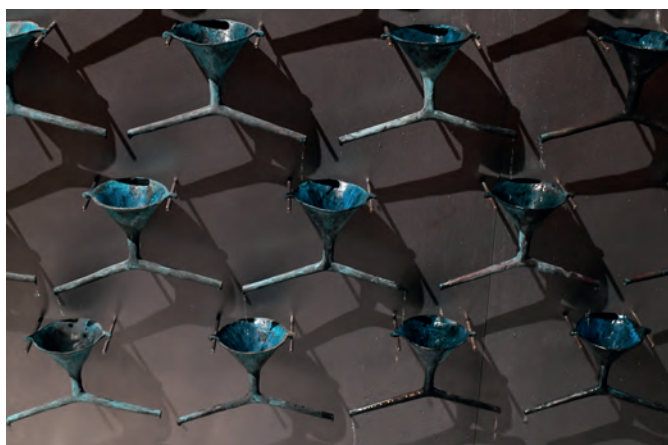
Adresse Instagram : [simoneyvetteleigh](#)



## L'Ukraine à la 59<sup>ème</sup> Biennale

La sculpture de Pavlo Makov (1958) est avant tout un symbole de ce que vit actuellement l'Ukraine. Elle est placée dans les Giardini. (voir photo) Un pays où l'on est obligé de protéger son patrimoine culturel, témoin de l'histoire d'un peuple que l'envahisseur russe veut effacer, rayer d'un trait de feu. La plupart des statues sur les places des villes d'Ukraine sont protégées des bombardements en les recouvrant de sacs de sable. D'autres artistes ukrainiens ont envoyé dans l'urgence des photocopies de leurs œuvres dénonçant ce qui se passe dans cette effroyable guerre. Une autre création " La fontaine de l'épuisement" est visible dans le pavillon Ukrainien à l'Arsenal.

L'œuvre de Pavlo Makov est composée de 78 entonnoirs de bronze dans lesquels l'eau n'arrive plus à ruisseler, la sculpture est arrivée jusqu'à Venise grâce à la détermination d'une des commissaires de l'exposition qui lui a fait traverser une partie de l'Europe dans sa voiture. Elle symbolise les relations sociales mais aussi la nature en péril, comme la fonte des glaces .



Le pavillon russe est désert...





9703 - DG pour compl équipe, ttes spécialités présentes, cab full équipé (3shape + CBCT) assist., secr. Ambiance agréable. Accès facile autorout Libre de suite.

9733 - Uccle - CD Forest ch DG. existe depuis 25 ans. Plein temps - DG pour compl équipe, ttes spécialités présentes, cab full équipé (3shape + CBCT) assist., secr. Ambiance agréable. Accès facile autorout Libre de suite.

9731 - Uccle - CD Forest ch DG. existe depuis 25 ans. Plein temps - DG pour compl équipe, ttes spécialités présentes, cab full équipé (3shape + CBCT) assist., secr. Ambiance agréable. Accès facile autorout Libre de suite.

9730 - Uccle - CD Forest ch DG. existe depuis 25 ans. Plein temps - DG pour compl équipe, ttes spécialités présentes, cab full équipé (3shape + CBCT) assist., secr. Ambiance agréable. Accès facile autorout Libre de suite.

9733 - Uccle - CD Forest ch DG. existe depuis 25 ans. Plein temps - DG pour compl équipe, ttes spécialités présentes, cab full équipé (3shape + CBCT) assist., secr. Ambiance agréable. Accès facile autorout Libre de suite.

9733 - Uccle - CD Forest ch DG. existe depuis 25 ans. Plein temps - DG pour compl équipe, ttes spécialités présentes, cab full équipé (3shape + CBCT) assist., secr. Ambiance agréable. Accès facile autorout Libre de suite.

9733 - Uccle - CD Forest ch DG. existe depuis 25 ans. Plein temps - DG pour compl équipe, ttes spécialités présentes, cab full équipé (3shape + CBCT) assist., secr. Ambiance agréable. Accès facile autorout Libre de suite.

9672 - Belgique - Ortho qualifié cherche collaboration ds cab. orthodontie exclusive ou ds un centre hospitalier

9696 - BRUXELLES - DG (diplôme belge) ch tps plein ou mi-tps en province du Luxembourg. Spécialité orthodontie ou localisation en province

9736 - BRUXELLES - DG (diplôme belge) ch tps plein ou mi-tps en province du Luxembourg. Spécialité orthodontie ou localisation en province

1882 - LA LOUVIERE - Pôle Dentaire - Hypercentre La Louvière - 10 postes digitalisés - 3shape (e) enregistrement / ou jeune bonne rétrocession - 7 assistants - Conoscope - Microscope - Envoyer CV

9689 - Bruxelles - D 2 faut. D'anneca, Baltas - ch DG - cosmoclinix,entroussiast

9692 - BRUXELLES - CD orienté (homéo, occluso-posturo, ortho fonctionnelle, invisalign, prf, implanto céram, piezo, approche globale,...) 2 faut, cone beam, laser, assist. Ch DG 3/sem. Possibilité reprise

9698 - Jette - Ch DG pour compl équipe, cabinet 4 box, assist, Baltas, grosse patientèle, horaire à convenir

9699 - OTTIGNIES-LOUVAIN-LA-NEUVE - CD Louvain-La-Neuve ch DG 2 à 3 j/sem pour compléter son équipe

9701 - Amay (Liège) - Ch DG pour travailler au CM de la case de la clinique d'Amay. Bonne patientèle, horaire à convenir.

9702 - BRASMENIL - Ch DG pour travailler au CM de la case de la clinique d'Amay. Bonne patientèle, horaire à convenir.

9704 - Jette/Bruxelles - CD Théodor

cherche pour collaborer avec un dentiste.

9705 - Bruxelles - CD de groupe ch DG 2-3 j/sem. Très nombreux patients. Assist -Secrét-Pano- Reciproc. Bonne ambiance. Accès facile autorout Libre de suite.

9706 - Bruxelles - CD Forest ch DG. existe depuis 25 ans. Plein temps - DG pour compl équipe, ttes spécialités présentes, cab full équipé (3shape + CBCT) assist., secr. Ambiance agréable. Accès facile autorout Libre de suite.

9707 - CHAMMONT-OSTOIS - CD 2 faut - assist Hyper équipe, patientèle familiale - 3shape ch D spéc. hf 3 j/sem possible. dentisteswalte.be

9712 - BRUXELLES - CD Jette ch DG Gilles. Ch DG ou SPE. En ordre INAMI et AFCN. Logiciel Dentadmin. Horaire à convenir

9714 - FORRIERES Marche (30 min Namur) - cab de groupe, super équipe endo-paro-stomato, 2 faut, 2 assist ch DG temps partiel cabinetparodax@gmail.com ou 084/214369

9715 - CHARLEROI - CD Charleroi ch DG pour compléter son équipe patientèle d'attente

# PETITES ANNONCES



Pour votre facilité et une consultation en temps réel, les petites annonces seront désormais disponibles uniquement sur notre site Internet [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be) rubrique Annonces ou via ce QR code

#whdentalwerk  
f @ m v  
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



# A G

## 23/09/2022 - WORKSHOP Réanimation

Lieu : Maison des Dentistes  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél: 02 375 81 75  
E-mail : [secretariat@dentiste.be](mailto:secretariat@dentiste.be)  
Web : [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## 29/09/2022 - WORKSHOP Bien-être au travail

Lieu : Maison des Dentistes  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél: 02 375 81 75  
E-mail : [secretariat@dentiste.be](mailto:secretariat@dentiste.be)  
Web : [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## 01/10/2022 - WORKSHOP Composites injectables

Lieu : Maison des Dentistes  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél: 02 375 81 75  
E-mail : [secretariat@dentiste.be](mailto:secretariat@dentiste.be)  
Web : [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

# E N

## 08/10/2022 - COURS Radioprotection

Lieu : Brussels Expo Palais 7 - Bruxelles  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél: 02 375 81 75  
E-mail : [secretariat@dentiste.be](mailto:secretariat@dentiste.be)  
Web : [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## 13/10/2022 - WORKSHOP Tabacologie

Lieu : Maison des Dentistes  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél: 02 375 81 75  
E-mail : [secretariat@dentiste.be](mailto:secretariat@dentiste.be)  
Web : [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## 14-15/10/2022 - WORKSHOP Les facettes indirectes céramique : ...

Lieu : Hôtel Casino 2000 - Luxembourg  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél: 02 375 81 75  
E-mail : [secretariat@dentiste.be](mailto:secretariat@dentiste.be)  
Web : [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

# D A

## 22/10/2022 - COURS Dilemmes

Lieu : Blue Point - Bruxelles  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél: 02 375 81 75  
E-mail : [secretariat@dentiste.be](mailto:secretariat@dentiste.be)  
Web : [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## 27/10/2022 - WORKSHOP Désordres temporo-mandibulaires

Lieu : Maison des Dentistes  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél: 02 375 81 75  
E-mail : [secretariat@dentiste.be](mailto:secretariat@dentiste.be)  
Web : [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## 10/11/2022 - WORKSHOP Gestion du temps

Lieu : Maison des Dentistes  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél: 02 375 81 75  
E-mail : [secretariat@dentiste.be](mailto:secretariat@dentiste.be)  
Web : [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

# Confiez votre pension à un expert!

## Comment maximiser vos avantages fiscaux et booster votre pension?

### Curalia offre des solutions sur mesure pour les dentistes:

- **Statut Social INAMI:** constitution d'un capital pension grâce à votre prime INAMI
- **PLCI/PLC Sociale:** l'avantage fiscal le plus élevé, vous récupérez jusqu'à 54% via les impôts
- **EIP:** la pension du dentiste indépendant en société financée par sa société
- **CPTI:** complément à la PLCI/PLCSoc pour la pension des dentistes **indépendants sans société**
- **Épargne pension:** avantage fiscal de 25% ou 30% en fonction du montant versé
- **Épargne à long terme:** flexibilité, avantage fiscal de 30%, même après 65 ans

Curalia, votre expert pension, vous aide à choisir la meilleure solution.



Utilisez les différentes solutions dans le bon ordre grâce à Optimum Pension.

Fixez un rendez-vous avec le conseiller de votre région.

info@curalia.be - 02/735.80.55 - www.curalia.be

Frais d'entrée  
parmi les plus  
bas du marché  
**2,95%**

  
**curalia**  
for your life

Partenaire assurances et pension de la SMD