



THE



E

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

Novembre - Décembre 2014 n° 247

www.dentiste.be

Editeur responsable : Michel DEVRIESE
Maison des Dentistes - Avenue De Fré 191 - 1180 Bruxelles

P109050



ASSOCIATION DENTISTE BELGE FRANCOPHONE
**SOCIÉTÉ DE
MÉDECINE
DENTAIRE**

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

Présidents d'Honneur :

W. Andries - H. Aronis - J. Vandeneuycken

Conseil d'Administration :

Bureau exécutif :

M. Devriese - Président
D. Eycken - Past-Président
O. Custers - Directeur
B. Gonthier - Secrétaire-Général
P. Tichoux - Trésorier

Autres administrateurs :

A. Bremhorst - P. Delmelle - H. Grégoir
M. Lippert - A. Meto - M. Nacar
P. Rietjens - B. Scalesse - Th. van Nuijs
P. Vermeire - A. Wettendorff

LE POINT :

O. Custers - Rédacteur en chef

Commission Scientifique :

B. Scalesse - Président
A. Bolette - P. Carsin - O. Custers
J. Delangre - B. Delcommune - P. Delmelle
S. Ercus D. Eycken - C. Grenade
B. Lambert - J-P. Siquet - A. Wettendorff

Commission Professionnelle :

A. Bremhorst - O. Custers M. Devriese
P. Delmelle - D. Eycken - H. Grégoir
B. Henin - B. Lacroix - M. Lippert
P. Tichoux - P. Rietjens - R. Vanhentenryck
Th. van Nuijs - P. Vermeire - A. Vielle
A. Wettendorff

Fondation pour la Santé Dentaire :

P. Delabie - M. Devriese - F. Fiasse
L. Safiannikoff Th. van Nuijs
A. Wettendorff

Directeur :

O. Custers

Secrétariat :

B. Fontaine, D. Denis

Webmaster :

O. Custers

Editeur Responsable :

M. Devriese
ISSN : 0779-7060

Editeur :

Société de Médecine Dentaire
Avenue De Fré, 191 • 1180 Bruxelles
Tél. : + 32 (0)2 375 81 75
Fax : + 32 (0)2 375 86 12
RPM Bruxelles : 0429 414 842
Banque: BE20 0682 3275 4456
lepoint@dentiste.be
www.dentiste.be

Impression :

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

Publicités :

Olivier Custers
Tél.: 0475 376 838
Fax: 02 375 86 12
e-mail: olivier.custers@dentiste.be

Création & Mise en page :

BVG communication
www.bvgcom.com
e-mail : benoit@bvgcom.be



**Study-Club de Bruxelles
à la D'leteren Gallery**

NEW

Oral-B® PRO 6000 SmartSeries

avec Bluetooth™ et CROSS ACTION®



La brosse à dents électrique **Oral-B® PRO 6000** avec **CrossAction** est la toute première brosse à dents électrique interactive. Dotée d'une connectivité Bluetooth 4.0 intelligente, elle se connecte à l'application Oral-B. Celle-ci fournit des conseils en temps réel pendant le brossage et enregistre l'activité sous forme de données convertibles en graphique et partageables avec les professionnels des soins dentaires. La brosse **CrossAction** possède des poils inclinés à 16 degrés pour soulever et éliminer efficacement plus de plaque qu'une brosse à dents manuelle ordinaire, laissant les dents parfaitement propres.

Poursuivre les soins qui commencent entre vos mains

Oral-B®

Jeunes praticiens : investir dans l'avenir

C'est avec réticence que j'aborde aujourd'hui la difficile question de la formation des dentistes de demain, et d'encadrer cette formation par des démarches de Planification. Car bien entendu on va m'objecter qu'une association professionnelle défend les praticiens en place et adopte nécessairement une attitude protectionniste.

Ce serait bien mal connaître la Société de Médecine Dentaire qui développe beaucoup d'énergie pour coacher les jeunes dans leurs premiers pas dans la profession. C'est aussi une association professionnelle qui entend bien relever le défi permanent d'adapter la pratique professionnelle aux attentes sociétales qu'on est en droit d'exiger d'une profession médicale et libérale.

Une profession de santé n'a de raison d'exister que pour répondre aux besoins réels de la population.

Lors des manifestations étudiantes dans la rue, dans les prises de positions des Doyens dans la Presse, dans les débats au Parlement de la Communauté française, j'ai bien peu entendu ce qui devrait être au cœur du débat : Outre le fait de former suffisamment de professionnels de santé pour assurer la force de travail de demain afin de répondre à la demande et aux besoins des patients, il y a lieu de **garantir** à nos jeunes confrères **la qualité de leur formation** ».

Vous ne le lirez nulle part, et pourtant c'est la triste réalité : nos Universités accueillent une quantité d'étudiants telle qu'ils ne pourront plus assurer la qualité de la formation. Malgré des investissements importants en préclinique et dans les plateaux cliniques, ces investissements se révèlent déjà insuffisants. Mais au delà, c'est l'absence d'investissements dans le personnel d'encadrement qui va faire le plus défaut.

Oui, la capacité de formation de nos Universités est limitée. Et il serait sage d'enfin introduire en Fédération Wallonie-Bruxelles des mécanismes permettant de planifier cette capacité de formation.

J'entends souvent les pires critiques vis à vis de la Commission de Planification Fédérale. Ces critiques remettent en cause le sérieux du travail statistique de nos Administrations publiques. Il s'agit de critiques injustifiées.

Le grand mérite de l'introduction en 1996 (!) dans l'Arrête royal n° 78 du concept de Planification a été - qu'enfin ! - ont été développés des outils de suivi statistique de la force de travail des professionnels de santé.

Durant toutes ces années, les statistiques se sont affinées. On a un réel Cadastre des praticiens. Le couplage avec les données d'activité réelle (profils INAMI) est le dernier axe important pour affiner l'outil, tout cela en respectant bien entendu la réglementation à propos du respect de la vie privée.

Le travail de développement se poursuit, avec le renouvellement du modèle mathématique qui permet d'intégrer tous les paramètres imaginables permettant de suivre la force de travail jusqu'en ... 2060 ! Car oui, un jeune qui démarre aujourd'hui ses études sera encore dentiste en 2060.

Il manque très certainement encore des données fines sur la répartition géographique des cabinets. Des dispositions légales ont été prises pour intégrer ce paramètre de façon incontestable.

N'empêche : « Les étudiants en médecine et en science dentaire descendent dans la rue ce jour, et ils ont raison de le faire ». C'est sous cette introduction que j'écrivais une prise de position de la SMD ce 14 mars 2014.

www.dentiste.be/NewsDetail.aspx?id=59

Il est intolérable que les Autorités politiques de la Fédération Wallonie-Bruxelles ne se préoccupent absolument pas de la qualité de la formation, et de la nécessaire sérénité que les étudiants méritent pour mener à bien leur difficile cursus.

Ces jeunes sont l'avenir de la médecine dentaire de notre pays, et c'est intolérable qu'ils soient instrumentalisés ainsi dans un tourbillon idéologique.



Michel DEVRIESE
Président

NobelConnect™



NobelProcera® 2G



Logiciel NobelClinician™



OsseoCare™ Pro



Foret Pilote Guidé (en option)

Nouveau protocole de traitement intégré Accroît votre efficacité!

Avec le lancement du réseau NobelConnect, Nobel Biocare développe un protocole digital qui relie de manière fluide les dernières innovations qui interviennent à chaque étape du traitement d'un patient partiellement édenté, pour un rendement plus élevé et une précision ultime.

Il relie le logiciel de planification NobelClinician, le système CAD/CAM NobelProcera et son scanner 2G, l'option chirurgie guidée (NobelGuide) et le moteur de forage OsseoCare Pro. Les résultats sont plus rapides et prévisibles grâce à une coopération simplifiée entre tous les partenaires. Cela signifie également une plus grande flexibilité dans le traitement.

Pour de plus amples informations, contactez votre représentant local ou notre service clientèle au numéro 02/ 467 41 70.



Cotisation 2015



Vous êtes diplômé en

Montant



2009 et avant	355 euros
2010	180 euros
2011	90 euros
2012	90 euros
2013	GRATUIT
2014	GRATUIT
avec statut de stagiaire (Master 3 ou 1 ^{ère} année de stage DSO DSP)	GRATUIT
2015	GRATUIT
Etudiant (Bac 3, Master 1, Master 2)	GRATUIT
Assistant plein temps	215 euros
+ de 65 ans	170 euros
Membre Honoraire	50 euros
Praticien n'exerçant pas en Belgique	240 euros

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

Vous souhaitez régler votre cotisation par carte de crédit ? Contactez notre secrétariat au : **02 375 81 75**

Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur

Montant

EUR

CENT

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre

Compte bénéficiaire (IBAN)

BIC bénéficiaire

Nom et adresse bénéficiaire

Communication



3 Edito

M DEVRIESE

5 Cotisations 2015

6 Sommaire

8 Info Produits

O CUSTERS

12 Agenda 2015

13 Dentex 2014 : une bonne cuvée

O CUSTERS

17 Projet humanitaire de jeunes Master 2 au Nepal

21 Study-Club de Bruxelles : quand science et oldtimers se côtoient

O CUSTERS

25 Sommaire articles scientifiques

27 Si l'anesthésie m'était contée...

P VERPEAUX

33 La pathologie du grand âge et le gériatre : dents et tissus de soutien

C MADRID

37 Êtes-vous assis sur une bombe à retardement ?

M AMSEL

41 Super-colleur

B LAMBERT

45 Des présentations de plans de traitement efficaces pour des patients (et des praticiens) heureux !

E BINHAS

SOMMAIRE



47 Sommaire formation continue

49 Peer-review

9 décembre 2014

50 Radiologie

12 décembre 2014

51 Info Professionnelle

23 janvier 2015

52 Les Standards de la réhabilitation postérieure

20 mars 2015

53 7^{ème} Congrès

15-16-17 octobre 2015

54 Anamnèse et Imagerie

28 novembre 2015

55 Sommaire info professionnelle

57 L'adaptation des règles interprétatives des implants a été publiée !

M DEVRIESE

59 Vous êtes employeur ? L'unité d'établissement : futur sésame pour de possibles réductions

M DEVRIESE

60 S'informer à propos d'EBOLA

M DEVRIESE - O CUSTERS

64 Biblio

O CUSTERS

67 Study-Clubs

70 Petites annonces

73 Agenda

75 Culture

P MATHIEU

Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

INFO PRODUITS



KaVo. Dental Excellence.

KaVo GAMME CHIRURGIE. DU SUR-MESURE OU QUOTIDIEN.

Avec le lancement du nouveau dispositif de chirurgie MASTERSurg LUX sans fil, KaVo a pour objectif d'étendre la nouvelle gamme chirurgicale. Chaque utilisateur, aussi unique qu'il soit, trouvera la solution parfaite pour ses travaux chirurgicaux dentaires.

Avec la réussite du lancement de l'EXPERTSurg LUX et des nouveaux instruments SURGmatic (incluant le système de serrage hexagonal), KaVo a annoncé son retour en tant qu'acteur majeur dans le domaine de la chirurgie.

Avec le nouveau MASTERSurg, KaVo confirme cette position comme marque innovante et reste en adéquation avec ses valeurs historiques. En effet, le KaVo MASTERSurg offre tout le confort dont nos patients ont besoin, avec un design moderne et élégant.

KaVo EXPERTSurg LUX - Une précision qui détend.

Une plus grande sécurité grâce à une précision élevée:
Une plus grande fiabilité associée à une puissance élevée:
Un gain de temps considérable grâce aux fonctions conviviales:

KaVo MASTERSurg LUX - Une nouvelle définition de l'excellence.

Plus de caractéristiques apportant un confort:
Facilement personnalisable:
Précision et efficacité maximales:



PSPIX

Le nouveau PSPIX, le plus petit scanner pour plaques au phosphore

Le nouveau PSPIX® de la société SOPRO® (ACTEON® Imaging) surprend par sa taille mais également par ses nombreuses fonctionnalités. Un concentré de technologies pour le scanner le plus petit du marché ! Le praticien obtient en quelques secondes une image de qualité lui assurant un diagnostic clair et fiable. Avec le nouveau PSPIX, SOPRO offre dès aujourd'hui aux praticiens un scanner « à la hauteur » de leurs attentes.



Contact : Aurélie POMA
aurelie.poma@sopro.acteongroup.com
SOPRO® - ZAC Athélia IV
Avenue des Genévriers - 13705 La Ciotat Cedex - France
TEL : +33 (0) 442 980 101 - FAX : +33 (0) 442 717 690

Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

INFO PRODUITS



Oral-B® SmartSeries : la toute première brosse à dents électrique interactive

Le leader mondial des brosses à dents électriques apporte la technologie des smartphones au brossage des dents pour une salle de bain connectée.



Dotée d'une connectivité Bluetooth 4.0, la brosse à dents électrique interactive Oral-B SmartSeries - la première au monde en son genre se connecte à l'application Oral-B.

Celle-ci fournit des conseils en temps réel pendant le brossage et enregistre l'activité sous forme de données convertibles en graphique et partageables avec les professionnels des soins dentaires. Un accompagnement au quotidien qui permet d'améliorer les habitudes de brossage des utilisateurs.

Cette application permet :

- d'utiliser plusieurs temps de brossage pour faciliter la routine de brossage. (2 minutes de brossage recommandées par les dentistes),
- d'obtenir des statistiques de brossage (récapitulatif hebdomadaire et mensuel pour un suivi précis et graduel du temps de brossage),
- d'adresser des rappels sur la bonne hygiène bucco-dentaire : utilisation du fil dentaire, bain de bouche ou le remplacement de la brosette, de gérer son emploi du temps et d'être au fait de l'actualité : service news, rendez-vous, météo...
- d'exercer la pression parfaite grâce au capteur de pression.

Oral-B® CrossAction® : la brosette Oral-B la plus sophistiquée



Oral-B lance une nouvelle génération de têtes de brosse avec CrossAction® : une brosette ultra sophistiquée aux poils de différentes longueurs qui couvrent entièrement la surface de la dent, et dotée de la technologie CrissCross® aux poils orientés à 16° : l'angle parfait pour pénétrer dans les espaces proximaux, désorganiser la plaque dentaire et l'éliminer efficacement.

Les poils bleu clair « Indicator » de la brosette blanchissent lorsqu'il est temps de la remplacer.

La société Pierre Rolland ne cesse de développer de nouveaux produits pour la gamme RISKONTROL® (embouts jetables pour seringues air-eau).

Depuis 2 ans, avec leur nouveau design, les embouts se verrouillent sur l'adaptateur pour éviter le risque d'éjection accidentelle. Leur préhension a été améliorée pour une mise en place et un retrait plus facile de l'embout.

La gamme RISKONTROL® qui se composait déjà de 4 produits différents, s'agrandit avec le lancement de : Ecologic By RISKONTROL® (embouts jetables et dégradables).

LABORATOIRES PRODUITS DENTAIRES PIERRE ROLLAND - Groupe ACTEON
17 avenue Gustave Eiffel, 33700 Mérignac, France
pierre-rolland.int@acteongroup.com



Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

INFO PRODUITS



ACCROISSEZ VOTRE EFFICACITÉ !

Nobel Biocare présente son nouveau protocole de traitement intégré, de l'évaluation du patient à la restauration finale.



Grâce au réseau sécurisé NobelConnect, Nobel Biocare a développé un protocole digitale qui relie de manière fluide les dernières innovations qui interviennent à chaque étape du traitement d'un patient partiellement édenté. Il relie le logiciel de planification NobelClinician, le système CAD/CAM NobelProcera 2G, l'option chirurgie guidée (NobelGuide) et le moteur de forage OsseoCare Pro.

Le protocole débute avec l'évaluation du patient et la planification du traitement dans le logiciel de planification NobelClinician. Pour les patients partiellement édentés, une analyse du modèle de haute précision peut désormais être intégrée dans le logiciel NobelClinician à tout moment grâce au scanner NobelProcera 2G. D'une part cela permet d'ajouter l'épaisseur de la gencive à l'os et d'obtenir ainsi une visualisation de la forme de la future prothèse grâce à la technologie « smart fusion » et d'autre part, il vous est possible de créer de façon automatique des guides chirurgicaux parfaitement ajustés et 100% compatibles avec la chirurgie guidée du concept NobelGuide.

Le plan de traitement peut être téléchargé sur l'application iPad NobelClinician Communicator (Apple Store), qui permet une meilleure communication avec le patient et, une fois finalisé, de guider le forage grâce à l'OsseoCare Pro (moteur de chirurgie). Après le traitement, le rapport de la chirurgie, généré automatiquement, est transféré au logiciel NobelClinician où il est stocké en toute sécurité pour davantage de référence et de documentation.

Ces étapes rendent la restauration plus prévisible et offrent de nombreux avantages tels qu'un coût moins élevé, des délais plus courts et une plus grande flexibilité dans le traitement. NobelProcera vous garantit une production d'une précision ultime. Le résultat final est une restauration durable et esthétique.



NOUVEAU : CB12 BOOST CHEWING-GUM

CB12 boost chewing-gum est un nouveau chewing-gum sans sucre à la menthe spécialement conçu pour prévenir la mauvaise haleine. Une véritable bouffée de fraîcheur! La saveur mentholée procure instantanément un effet rafraîchissant.

- Bouffée de fraîcheur mentholée
- Sensation de goût prolongée
- Triple action :

1. Zinc : prévient la mauvaise haleine
2. Fluorure de sodium: renforce les dents et empêche les caries
3. Xylitol : réduit la plaque dentaire



Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

INFO PRODUITS



UNE BOÎTE QUI PERMET DE NE JAMAIS ÊTRE À COURT DE CHEWING-GUM SANS SUCRES

Un café à 10h, un sandwich à midi ou un thé à 16h, après chaque prise d'aliments, la plaque dentaire se dépose à la surface des dents.

Très pratique et ludique, les nouvelles boîtes Freedent sont 100% recyclables et disposent d'une fermeture hermétique qui permet une bonne conservation des dragées. Grâce à ses dimensions idéales, elle trouvera une place de choix sur les bureaux et s'invitera rapidement dans les voitures monopolisant ainsi les porte-gobelets... Autant d'atouts qui feront des Boîtes Freedent le partenaire idéal pour garder une bouche propre, fraîche et saine en toutes circonstances.

Boîtes Freedent disponibles en parfum Menthe Givrée, Menthe Verte, White Menthe Forte, White Menthe Douce, White Menthe Verte et Fraise



LA SIMPLICITÉ COMME CLÉ DE L'ÉVOLUTION

Cet autoclave 17 litres avec générateur de vapeur intégré et pompe à vide double est conçu pour exécuter plusieurs cycles consécutivement et très rapidement. La chambre de stérilisation fabriquée entièrement en acier inoxydable poli assure une vie plus longue et une haute qualité de stérilisation.



- Avantages
- Menu des cycles simple et clair
- Départ temporisé : gain de temps
- Traçabilité de l'utilisateur et de la charge traitée
- Connexion Wi-Fi : gestion des données en temps réel

Contactez nos spécialistes :
equipment@henryschein.be ou au 02/412.35.87.

2015

Les agendas 2015* ont été distribués,
avez-vous bien reçu le vôtre ?

Dans le cas contraire contactez-nous
au 02 375 81 75.

(*) réservé exclusivement aux membres.



SOCIÉTÉ DE
MÉDECINE
DENTAIRE

Dentex 2014 :

une bonne cuvée

Texte et photos Olivier Custers



Le Dentex 2014, rendez-vous bisannuel du monde dentaire belge, a fermé ses portes en cette fin septembre ensoleillée. Des travaux et une réorganisation complète au niveau de Brussels Expo ont redistribué les cartes au niveau du planning des foires et expositions sur le plateau du Heysel, obligeant Dentex à avancer d'un mois sa date sur le calendrier.

Un air d'été indien flottait sur Bruxelles lors du montage des stands et du salon lui-même, 25°C affichés au thermomètre ! Une météo peu propice à attirer la grande foule dans un palais bétonné du Parc des Expositions de Bruxelles. Malgré cela, le millésime 2014 fut un bon cru.

Particularités de ce Dentex 2014, plusieurs firmes d'implants étaient absentes, notamment Nobelbiocare et Straumann, un stand Arseus diminué de moitié mais de très nombreux nouveaux venus sur le marché belge. « Ca bouge dans le dentaire ! ».

Comme de coutume, la SMD distribuait sur son stand, aux couleurs du 7^{ème} Congrès d'octobre 2015, les agendas du même millésime.

Le samedi matin, c'est plus de 300 praticiens qui sont venus écouter Patrick Bogaerts et Pierre Verpeaux nous parler tour à tour de la douleur et de ses diverses origines et de l'anesthésie et ses techniques. Ce fut une matinée riche en enseignements.

Le Dentex en quelques chiffres :

Visites par fonction	visites	En % / Tot	18-sept	19-sept	20-sept
TOTAL:	6.083		2.206	1.875	2.002
Dentiste:	2.987	49,10%	1.059	861	1.067
Stomatologue:	49	0,81%	17	18	14
Professeur:	28	0,46%	12	12	4
Etudiant:	561	9,22%	217	170	174
Assistant:	431	7,09%	185	150	96
Technicien Dentaire:	662	10,88%	204	231	227
Vétérinaire:	8	0,13%	2	2	4
Docteur:	39	0,64%	9	9	21
Podologue:	10	0,16%	3	1	6
Industrie:	378	6,21%	155	149	74
Presse:	16	0,26%	5	8	3
Autre:	914	15,03%	338	264	312

Nous tenons à remercier les organisateurs de Dentex et plus particulièrement Pierre Ravets pour leur sympathie et leur générosité.

LOFFLER



LOFFLER







RECOMMANDEZ LE CHEWING-GUM SANS SUCRES DANS LA JOURNÉE, EN COMPLÉMENT DES 2 BROSSAGES



En journée, après chaque prise alimentaire, il est recommandé de mastiquer un chewing-gum sans sucres pendant 20 minutes. Cette solution simple et efficace pour prendre soin de sa santé bucco-dentaire, est aujourd'hui recommandée par la FDI et plus de 25 associations dentaires dans le monde.

Mâcher un chewing-gum sans sucres pendant 20 minutes après une prise alimentaire, multiplie le flux de salive ce qui :

- **Aide à neutraliser les acides de la plaque dentaire**

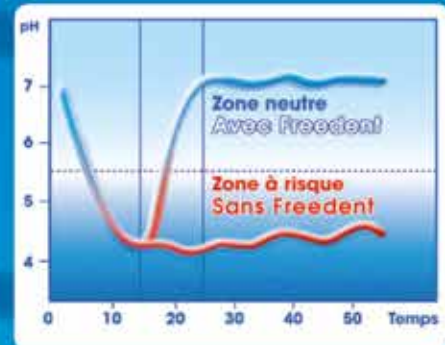
Après une prise alimentaire, stimuler la production salivaire avec un chewing-gum sans sucres permet de faire remonter le pH de la bouche jusqu'à la normalité de manière plus rapide.

- **Aide au maintien de la minéralisation de l'émail**

La salive apporte des ions et minéraux à la surface de la dent ce qui aide à reconstruire la densité minérale de l'émail, la renforce et inverse le processus de déminéralisation.

- **Aide à lutter contre la xérostomie**

Mâcher du chewing-gum sans sucres stimule la sécrétion de salive et contribue ainsi à lutter contre la bouche sèche.



Projet **humanitaire** de jeunes **Master 2** au **Népal**



« Les randonneurs parcourant le Népal ont plaisir à offrir des bonbons aux enfants qu'ils rencontrent sur les chemins de trek. Cette attention sympathique a des conséquences importantes sur la jeune population népalaise. Ces enfants sont fortement touchés par la carie dentaire. La prévalence de cette maladie est d'autant plus grande, que la population népalaise n'a d'une part pas accès à tous les outils de préventions nécessaires et d'autre part, vit de plus en plus à l'occidentale, en ingurgitant notamment « junk food » et « soft drinks » ! ». Bien que partant de bonnes intentions de la part des « occidentaux », ce croisement de civilisation entraîne des désastres dentaires chez les populations autochtones.

De cette anecdote, deux étudiants en dentisterie de 2^{ème} année de master à l'Université Catholique de Louvain : Charlotte Delorme et Julien Beauquis, fondateurs du Bureau des Étudiants de dentisterie de l'UCL ont eu l'envie de créer/participer à une action humanitaire dans une partie du Népal.

La création d'un tel projet demande sur le long terme des moyens très importants, tant au niveau logistique, qu'administratif, financier, en matériel, mais également humain. De tels moyens sont difficiles à réunir, mais ils ont envie de relever

le challenge ! Ils souhaitent mettre sur pied un projet en parfaite harmonie avec la population locale et ses besoins. Un projet qui crée une collaboration entre deux universités, des échanges inter-étudiants et faire profiter chacun de son expérience, notamment sur le terrain.

L'école de dentisterie de Katmandou, la Kantipur Dental School (<http://kantipurdental.edu.np/>) a créé un programme de prévention dont le but est de former des étudiants, futurs professionnels, à promouvoir la prévention de l'hygiène dentaire dans les campagnes et les villes népalaises.

L'école a également créé des camps mobiles (<http://www.kantipurdental.edu.np/?q=outreach-program>) qui circulent à travers les campagnes de la vallée de Katmandou afin de sensibiliser les populations à la prévention et aux soins dentaires. Pour cela, l'école fait appel à des volontaires à travers le monde (étudiants, professeurs, professionnels de santé dentaire) afin de participer à ces « ateliers » qui parcourent le pays afin d'améliorer la santé bucco-dentaire grâce à la prévention et aux soins dentaires prodigués.

Ils ont donc pris contact avec le doyen de l'université de dentisterie de Katmandou, le Dr Shrestha, par l'intermédiaire du Dr Julian Leprince(1) (promoteur du projet). Celui-ci a déjà eu l'occasion d'aller au Népal et de le rencontrer.

À côté de l'idée de créer une collaboration entre l'UCL et la Kantipur Dental School sur le plan humain et scientifique, leur est venue l'idée d'y associer leur mémoire scientifique. Ils ont donc choisi d'analyser la distribution de la carie chez les étudiants en dentisterie : au Népal et en Belgique. Ils reproduiront cette étude au cours des ans et créeront ainsi une collaboration pérenne entre les deux universités.

Cette étude est réalisée depuis 1989, tous les 5 ans, par le Pr Van Nieuwenhuysen(2) (co-promoteur), chef du service de Pathologie et Thérapeutique Dentaire (PATD) de l'UCL. Cette étude consiste à relever la distribution carieuse chez les étudiants qui suivent les cours en dentisterie (Master 1 et Master 2) à l'UCL.

Comme il est écrit plus haut, Charlotte et Julien font partie du bureau des étudiants fondé il y a 3 ans et au sein duquel ils occupent les postes de président et de conseiller externe. Ce bureau a pour objectif de participer au projet humanitaire, de le reconduire et de l'inscrire dans la durée, avec la participation d'étudiants, d'assistants et d'enseignants de l'UCL.

Le projet Humanitaire

Les deux jeunes veulent s'associer au projet local et aux camps mobiles, qui ont fait leurs preuves. Ils veulent apporter un soutien logistique (matériel dentaire), théorique (accueil d'étudiants belges, présentations sur place, échange de connaissances et de techniques) et humain (participation active aux camps).

Ces ateliers sont mis en place chaque jour dans un village différent et l'ensemble de la population du village et des alentours peut en bénéficier. Se sont en principe des circuits de 7 à 8 jours. Les étudiants travailleront avec l'université sur place et seront accompagnés de 4 intervenants spécialisés (parodontologie, dentisterie conservatrice et endodontie, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, chercheur en biomatériaux), le tout encadré par le Dr Julian Leprince.

Toute l'équipe, issue de l'UCL, effectuera le circuit dans les villages des vallées avoisinant Katmandou. Ils se joindront à l'organisation locale et à sa façon de faire.

Avant de parcourir le circuit, ils procéderont durant 2-3 jours, au sein de l'université, au relevé de données épidémiologiques destinées à leur mémoire. Ce relevé se fera par des examens de bouche sur les étudiants népalais tandis que leurs collègues assistants participeront à un ensemble de conférence sur des thèmes proposés par l'université.

Les étudiants sont à la recherche de sponsors à la fois financiers et logistiques (dentifrices, brosses à dents, matériels de prévention, gants, masques, instruments : miroir, sonde, fouloir).

Si vous souhaitez les aider, vous pouvez les contacter via leur adresse mail : charlotte.delorme@student.uclouvain.be et julien.beauquis@student.uclouvain.be

Vous pouvez également retrouver le dossier de presse via Dropbox :

<https://www.dropbox.com/sh/7710onvib007fpo/AAB5RDS2rDakqWoNv9IARIYca?dl=0>

Pour tous les dons :

Numéro de compte du projet : BE29 0016 9156 0364

Communication : Projet humanitaire en dentisterie au Népal
Un justificatif (factures, preuve de virements..) vous sera envoyé.

1. Dr Julian Leprince, Spécialiste en dentisterie conservatrice et endodontie. Chargé de recherche FNRS à l'Ecole de Médecine Dentaire et de Stomatologie de l'Université Catholique de Louvain, membre fondateur de l'équipe l'équipe DRIM (Dental Regenerative et Innovative Materials), encadrant du projet humanitaire, promoteur du mémoire.
2. Van Nieuwenhuysen JP, Carcalho JC, D'Hoore W. Interpreting a decrease in DMF score in dental students in Belgium (1989 to 1994). *Louvain Med* 117: 243---249, 1998



INTEGO. LA PERFORMANCE EN TOUTE CONFIANCE.

INTEGO est le meilleur poste de traitement dans sa catégorie. Sa conception ergonomique allie parfaitement apparence et fonctionnalité, tandis que sa qualité exceptionnelle « Made in Germany » ne se borne pas à satisfaire : elle impressionne. Les deux modèles, INTEGO et INTEGO pro, peuvent être configurés en toute flexibilité pour répondre à vos exigences. Que vous choisissiez le modèle avec tablette pivotante ou cordons pendants, chaque option garantit une performance optimale à un prix équitable, offrant ainsi un excellent rapport qualité-prix à tous égards. **Avec Sirona, chaque journée est une bonne journée.**



SIRONA.COM/INTEGO

The Dental Company

sirona.

SÉCHERESSE BUCCALE?

SPRAY BUCCAL DE
100 ML PRÊT À L'EMPLOI

L'administration
peut être
répétée plusieurs
fois par jour.



XEROTIN® CONVIENT À UN GRAND NOMBRE DE PATIENTS

- XEROTIN® soulage la sécheresse buccale en imitant la composition normale de la salive
- XEROTIN® a un pH neutre
- XEROTIN® ne contient aucun dérivé d'origine animale (porcine, bovine)
- XEROTIN® ne contient ni gluten ni saccharose
- XEROTIN® est un spray physiologique sans gaz propulseur

Xerotin®

Norgine est ouvert aux retours sur ses produits et leur utilisation. Merci de nous envoyer votre expérience ou vos remarques concernant le XEROTIN® à l'adresse suivante:

NORGINE, Romensestraat 10, 3001 Heverlee, belgium.info@norgine.com

XEROTIN® est un dispositif médical. Lisez le mode d'emploi avant utilisation.

XEROTIN est une marque déposée de Difa Cooper S.p.A., donnée en licence au groupe SpePharm AG



Belgium info@norgine.com
Belgium info@norgine.com

CE QUI SE FAIT DE MIEUX AUX SALONS DENTAIRES SE FAIT AUSSI CHEZ PROTHETICA

A la pointe depuis plus de 20 ans, vos travaux sont traités par les meilleurs techniciens de Belgique, en Belgique.
Pour vous en rendre compte rendez-nous visite les 18, 19 et 20 septembre chez nous 3 rue de Hal à Forest. Un verre vous attend.

PROTHETICA
LABORATOIRE DENTAIRE



PROTHETICA
Laboratoire dentaire

Fournisseur de sourires. 02-512.00.62

Speed Dental 

Le service ultra rapide de Prothetica.
www.speeddental.be

Study-Club de **Bruxelles** :

quand **science** et **oldtimers** se côtoient

C'est dans le cadre original et chargé d'histoire de la D'leteren Gallery que se déroulait le Study-Club de Bruxelles ce 7 octobre. La D'leteren Gallery, ce sont 200 ans d'histoire automobile qui ont débuté en 1805 ! Pas moins de 80 véhicules exposés sur une collection exceptionnelle qui en compte près de 200.

Allant des fiacres du début du 19^{ème} siècle aux voitures des années 80. Une des plus belles collections privées de Belgique appartenant au passionné Roland D'leteren.

Plus que des mots, des photos vous feront j'espère un peu rêver.

Le décor étant planté, place à l'exposé sur les apnées du sommeil, présenté de manière très didactique par trois oratrices de charme, Aurélie DAELEMANS (stomatologue), Muriel BRUGMANS (ORL), Julie DAUBE (orthodontiste).

Si simple à déceler chez le jeune enfant !
Si important d'éviter la chronicité de la maladie à l'âge adulte !

De nombreux enfants respirent par la bouche.
La cause principale est l'augmentation des résistances respiratoires.

Les répercussions sont nombreuses :

- troubles de la croissance
- troubles orthodontiques
- troubles du sommeil : Syndrome d'apnées du sommeil (SAOS)

Avec des conséquences majeures sur le quotidien :

- Fatigue accrue,
- Troubles de l'attention, de la mémoire,
- Maladies cardio-vasculaires, neuropathies

Le plus important est de dégager les voies respiratoires (amygdales, végétations, etc.). Notre rôle est de référer dès le plus jeune âge vers le spécialiste avant d'entamer un traitement orthodontique bien compliqué !

Nous devrions dès lors tous nous sentir concernés par le dépistage précoce de cette pathologie grave encore peu connue du grand public et pourtant très répandue.

Une équipe pluridisciplinaire sera indispensable pour sa prise en charge : Généralistes, ORL, Orthodontiste, Logopède, Chirurgien maxillo-facial.



Dr Aurélie DAELEMANS



Dr Muriel BRUGMANS



Julie DAUBE



3 générations de responsables du SC Bruxelles - Bernard SCHMIT, Olivier CUSTERS, Anne WETTENDORFF, Véronique FRANCO, Fabienne SIRALUT.

D'ETEREN GALLERY





NOUVEAU

Ecologic

By

RISKONTROL®

EMBOUTS JETABLES POUR SERINGUES AIR-EAU

Perfect
system



Dispositif médical de classe I - CE.
Lire attentivement les instructions figurant sur l'étiquetage.
Toutes les informations indispensables pour un bon usage de ces dispositifs figurent
dans le résumé de caractéristiques du produit disponible sur le site du laboratoire.
Date de création : 09/2014.

- Sans colorant
- Dégradable et recyclable
- Non polluant en cas de combustion
- Intégralement fabriqué en France



17 av. Gustave Eiffel • BP 30216 • 33708 MERIGNAC cedex • FRANCE
Tel + 33 (0) 556 34 06 07 • Fax + 33 (0) 556 34 92 92
E-mail : pierre-rolland@acteongroup.com • www.acteongroup.com

PIERRE ROLLAND
ACTEON



ARTICLES SCIENTIFIQUES

27 Si l'anesthésie m'était contée...

P VERPEAUX

33 La pathologie du grand âge et le gériatre :
dents et tissus de soutien

C MADRID

37 Êtes-vous assis sur une bombe à retardement ?

M AMSEL

41 Super-colleur

B LAMBERT

45 Des présentations de plans de traitement
efficaces pour des patients



50%* de vos patients ont parfois mauvaise haleine

CB12



ELIMINE LA CAUSE DE LA MAUVAISE HALEINE

RESULTAT IMMEDIAT
ACTION LONGUE DUREE GARANTIE



effet 12h

EFFET PROUVE sans effets secondaires

* 90 % DES CAS CAUSES PAR DES BACTERIES BUCCALES

Formule brevetée

à base d'Acétate de zinc et de Diacétate de chlorhexidine

NOUVEAU VERSION MILD

concentration d'arôme
menthe/menthol plus basse
(0,05 % vs 0,8 %)



**ETES-VOUS INTERESSE PAR DES CARNETS DE PRESCRIPTIONS
OU UN ECHANTILLON D'1 L SUPPLEMENTAIRES?**
Envoyez vite un mail à info@omega-pharma.be

Disponible en pharmacie



* OMEGA PHARMA MANAGEMENT OF ORAL MALODOUR, J. CLIN. PHARMACOL. 2003;33(15):171-18

Si l'anesthésie m'était contée...

Dr. Pierre VERPEAUX

Docteur en chirurgie dentaire Univ. de Bordeaux 1981 - Formation en hypno-sophrologie (cercle de Lariboisière, Dr Cherchève) 1991. - Sédation consciente par voie veineuse (EFAAD Gaillard, Dr André) 2009 - sédation consciente et MEOPA (SYFAC, Dr Choukroun, Paris) 2010. - Formateur AFPAD (Association Française pour le Perfectionnement en Anesthésie Dentaire) depuis 2010.

Dimanche, 9h du matin. Pas de grasse matinée ce jour là, je suis de garde !

Ce sont 21 patients qui franchiront la porte du cabinet, dont 4 désemparés car en prise depuis la veille avec de violentes douleurs et que je trouverai prostrés et en pleurs dans la salle d'attente.

Une pulpite sur une 38 dont l'avulsion était programmée, une autre sur une 46, et deux abcès sur 45 et 46 sont responsables des urgences.

Trois minutes après que chaque patient ait été installé sur le fauteuil, les soins ad hoc peuvent débuter : pulpotomie pulpectomies, drainages transcanalaires s'enchainent malgré les mobilités, les cellulites, les douleurs aiguës, grâce à l'obtention quasi immédiate d'une analgésie de qualité.

Le lendemain, l'assistante appelle les patients pour prendre de leurs nouvelles. Tous auront été soulagés et auront enfin pu dormir et se reposer.

Scénario idéal d'une dentisterie du 22^{ème} siècle ? Non ; scènes habituelles d'un cabinet dentaire classique de 2012, utilisant une technique anesthésique simple, efficace et indolore : l'anesthésie intra-diploïque.

Celle-ci a été proposée dès 1907 par le docteur NOGUE, qui utilisait alors de la cocaïne qu'il injectait directement au sein de l'os spongieux après avoir réalisé une perforation de la corticale avec un forêt de SS White. Il comprit immédiatement l'intérêt de cette technique, à savoir son effet immédiat et très efficace, mais se heurtait à des difficultés de réalisation. Très vite il entreprit d'ajouter un vaso-actif à l'anesthésique, et constata alors que la durée et l'efficacité de l'analgésie obtenue étaient augmentées tout en permettant de diminuer la quantité de cocaïne injectée et donc d'en abaisser la toxicité .

Grâce à cette méthode, l'anesthésie pulpaire immédiate obtenue pour n'importe quelle dent s'accompagnait d'une anesthésie des tissus mous autorisant ainsi une extraction indolore.

Hélas la méthode, mal commode à mettre en œuvre, se trouva rapidement reléguée « aux oubliettes » avec l'avènement de l'anesthésie para-apicale puis des techniques loco-régionales.

C'est le Dr Villette qui, très rapidement après son début d'exercice, s'est intéressé à cette méthode oubliée pour tenter d'en tirer la quintessence. Ses recherches permirent la mise au point de divers systèmes, plus ou moins faciles d'utilisation, jusqu'à l'avènement du « quick sleeper » par la société française Dental Hi Tec, qui représente aujourd'hui le seul matériel

d'anesthésie intra-diploïque assistée par électronique commercialisé de par le monde.

Cet article veut donc tenter de mieux faire connaître cette technique, qui est manifestement mal comprise par nombre de praticiens alors qu'elle apporte un véritable plus à notre pratique quotidienne, rassemblant les avantages des différentes techniques sans en avoir les inconvénients.

Les différentes techniques à notre disposition

- para-apicale : c'est une technique de base simple, efficace, que tout praticien utilise. Son avantage majeur réside dans la facilité de sa mise en œuvre et dans la possibilité qu'elle offre d'obtenir une anesthésie de 1 à 3 dents au maximum.

A l'inverse, elle peut être douloureuse (point inter incisif maxillaire, palais) et nécessiter pour être efficace un complément vestibulaire (anesthésie des racines vestibulaires molaires maxillaires) ou palatin, et son action est très souvent limitée ou inopérante en regard des molaires mandibulaires.

Elle permet l'utilisation de toute spécialité à notre disposition.

- intra-ligamentaire : elle est immédiatement efficace, mais nécessite généralement l'emploi d'une seringue à crémaillère afin de démultiplier l'avancée du piston et de rendre ainsi l'injection facile malgré la densité du ligament. Ses inconvénients majeurs résident dans le fait que son action soit limitée à la dent concernée, et que l'utilisation d'un anesthésique adrénaliné à plus de 1/200000 soit déconseillée afin de ne pas risquer d'induire une desmodontite. Cette technique est interdite en cas de patient porteur d'une pathologie cardiaque, car il n'est pas possible de désinfecter le sulcus avant d'y faire pénétrer l'aiguille, et il peut donc y avoir là une porte d'entrée de germes indésirables.

- intra-septale : elle aussi présente l'avantage d'être immédiatement efficace, mais l'injection dans le septum, qui est une zone osseuse fortement minéralisée et peu vascularisée interdit là encore l'utilisation de vaso-actifs fortement concentrés sous peine de risquer de voir apparaître une nécrose. De plus, tout praticien qui a utilisé peu ou prou cette méthode sait combien il peut être difficile de pénétrer le septum, tordant ou cassant parfois plusieurs aiguilles, avant d'injecter en appuyant lourdement sur le piston au risque de briser la carapule. Elle permet par contre d'obtenir l'anesthésie des 2 dents collatérales.

- intra-pulpaire : je ne la cite que pour mémoire, car elle représente la concrétisation de l'échec des techniques préalablement mises en œuvre. Très douloureuse pour le patient, elle ne devrait plus faire partie de notre arsenal thérapeutique.
- loco-régionales : rétro-tubérositaire, canine haute ou trou mentonnier ne sont utilisées que ponctuellement . Par contre l'anesthésie à l'épine de Spix, elle, est couramment employée y compris chez les enfants en bas âge. Sa mise en œuvre requiert une bonne maîtrise de la technique, allée à des connaissances anatomiques, mais même réalisée dans des conditions optimum par des praticiens aguerris elle connaît plus de 20% d'échecs, rendant souvent nécessaire le recours à une ou des techniques complémentaires. Selon les praticiens, le temps de latence avant d'obtenir un effet satisfaisant varie de quelques secondes à plus de 20 minutes, et l'anesthésie entraînée au niveau de la lèvre et des tissus mous génère une gêne importante, pour ne pas dire un handicap dans certains cas, pour le patient qui de plus est souvent sujet à des morsures parfois graves (anesthésiophagie). Exceptionnellement une paresthésie durable voire définitive peut apparaître.

Son avantage majeur réside dans la possibilité qu'elle offre de réaliser des soins multiples et de longue durée.

- L'anesthésie intra-diploïque va permettre de regrouper l'ensemble des avantages des différentes techniques ci-dessus évoquées sans reprendre leurs inconvénients. Ceci est bien résumé dans le tableau suivant

Comparaison

	PARA-APICALE	TROUSCULAIRE	PALATAIRE	INTRALIGAMENTAIRE	INTRASEPTALE	TRANSOCCLUSIVE	OSTEOCENTRALE
Anesthésie immédiate		○	○	○	●	●	●
Pas d'anesthésie des tissus mous			○	○	●	●	●
Pas de rappel lingual ou palatin	○		○	○	●	●	●
Anesthésie possible de plusieurs dents	○	○		○	●	●	●
Adrénaline à 1/80 000 utilisable	○	○			●	●	●
Injection « aseptique »	○	○	○	○	●	●	●
Pas de suite post-opératoire	○	○			●	●	●
Pas de morsure chez l'enfant			○	○	○	●	●

Les anesthésiques

Une cartouche d'anesthésique contient principalement l'anesthésique lui-même, ainsi que divers produits dont des parabens, des anti oxydants, éventuellement un vaso-actif.

- l'anesthésique est essentiellement soit de l'articaine, soit de la lidocaïne. Les 2 molécules sont des amino-amides, formées d'un noyau aromatique lipophile, d'une chaîne intermédiaire amide, et d'un groupement amine hydrophile, mais leur grande différence réside dans le noyau aromatique dérivé du benzène pour la

lidocaïne et du tiophène pour l'articaine, ce qui confère à cette dernière une meilleure action sur la fibre nerveuse. De plus, l'articaine possède également une liaison ester supplémentaire, qui fait que seuls 5 à 10% de la molécule sont décomposés par le foie, le reste l'étant dans le sang. Le peu de métabolites ainsi libérés n'a de plus pas d'effet actif, contrairement à la lidocaïne. Enfin, la demi-vie de l'articaine est d'environ 30 mn, quand celle de la lidocaïne est d'environ 90 mn, ce qui autorise l'injection d'une nouvelle dose au bout de 30 mn, puisque la quasi-totalité du produit déjà injecté aura été métabolisé, sans risque de surdosage.

La dose maximale injectable est de 7mg/kg pour un adulte sain, soit environ 7 cartouches d'articaine adrénalinée et 14 de lidocaïne adrénalinée (celle-ci étant 2 fois moins concentrée dans les cartouches), dose que nous n'atteignons jamais dans notre discipline.

Chez l'enfant la molécule la plus adaptée sera la lidocaïne associée à de l'adrénaline à 1/80000. (Pr Frans VINCKIER, Université de Louvain). La dose toxique peut être atteinte avec moins de 4 cartouches pour un enfant de 25kg, contre à peine 2 pour un anesthésique sans vaso-actif.

De même, chez le sujet âgé, la dose maximale sera réduite.

Chez la femme enceinte, la liposolubilité réduite de l'articaine et sa forte liaison aux protéines en font un anesthésique de choix qui peut aussi être utilisé durant l'allaitement.

Enfin, si l'articaine et la lidocaïne sont les produits les plus employés de nos jours, l'apocaine est à recommander chez les patients atteints de porphyrie hépatique.

- le vaso-actif est aujourd'hui quasi uniquement l'adrénaline. Les anesthésiques ont une action vaso-dilatatrice qui peut être compensée par l'adjonction de vaso-actifs qui vont diminuer la vitesse de résorption de l'anesthésique et donc sa toxicité potentielle. Ils permettent aussi d'utiliser des doses plus faibles d'anesthésique et augmentent la durée de l'anesthésie tout en diminuant le saignement. Les vaso-actifs agissent sur les récepteurs alpha et bêta spécifiques des cellules des muscles lisses des vaisseaux, entraînant pour les 1^{ers} une vaso constriction et pour les 2^{ème} une vaso-dilatation.

La nor-adrénaline agit principalement sur les récepteurs alpha, mais son action étant moindre que celle de l'adrénaline, il faudra en injecter davantage pour obtenir un même résultat, ce qui peut provoquer une hypertension par vasoconstriction périphérique ainsi qu'une bradycardie alors que l'adrénaline agit sur les 2, entraînant parallèlement une vaso-dilatation des muscles cardiaque et bronchiques. L'effet de tachycardie parfois ressenti avec l'adrénaline n'est jamais durable et disparaît en 30 s ou une minute, et les effets cardio-vasculaires sont plus à lier à la réaction propre du patient qui, de par le stress, libère une quantité de catécholamines endogènes jusqu'à 40 fois supérieure à celle injectée. (le seul stress lors d'une extraction non douloureuse multiplie l'adrénaline plasmatique par 10 ou 20, et les travaux de Campbell et coll ont montré que l'élévation du rythme cardiaque

est nettement inférieure au cours de l'injection comparativement à avant et après).

Par contre, en ayant une action sur le métabolisme basal, l'adrénaline peut provoquer une hyperglycémie lorsqu'elle est injectée à forte dose.

Un consensus actuel conseille l'utilisation d'adrénaline lors de toutes les injections, y compris loco-régionales, (Hersh et Hermann en 1995 ont montré que l'effet du vaso-actif augmente la durée de l'anesthésie pulpaire mais non de la labio-mentonnière.) et ce sans contre indication spécifique. Il conviendra toutefois de déterminer la dose maximale injectable en fonction du terrain du patient. (ainsi celle-ci sera diminuée chez un patient porteur d'une pathologie cardiaque par exemple).

Les travaux de Petrikas (1990) concluent que l'addition d'adrénaline apporte une amélioration de la profondeur de l'anesthésie, de son taux de succès et de sa durée et ceux de Gray et coll, montrent l'absence d'effet délétère des vaso-actifs adjoints à la solution anesthésique.

La seule véritable contre-indication absolue à l'usage d'un vaso-actif se rencontre chez les patients atteints d'un phéochromocytome, tumeur surrénalienne entraînant une hypersécrétion d'adrénaline endogène associée à une hypertension sévère.

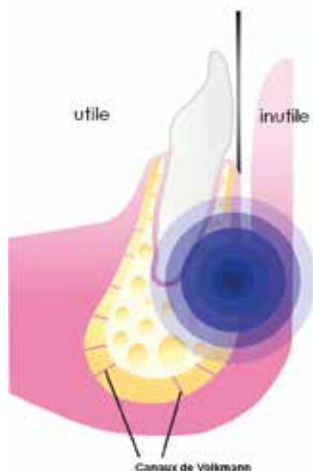
Anesthésie intra-diploïque

Les différentes techniques anesthésiques peuvent être classées en 2 groupes : loco-régionales et intra-osseuses.

Dans les anesthésies loco-régionales le but visé est de déposer le liquide anesthésique près d'un tronc nerveux, par contre dans toutes les autres techniques le liquide vise à atteindre l'apex si bien que, quelle que soit la voie employée, toutes ces méthodes sont des anesthésies intra-osseuses, ce que l'on oublie souvent. Ainsi, dans l'anesthésie intra-septale, le liquide diffuse via le septum jusqu'à l'apex.

Dans l'anesthésie intra-ligamentaire, l'anesthésique va passer au travers de la lame criblée située entre le ligament et l'os spongieux pour gagner l'apex via le tissu spongieux.

Pour l'anesthésie para-apicale, ce sont les canaux inter-communiquants de Volkman qui vont prendre en charge une partie de la solution déposée entre la muqueuse et le périoste, expliquant alors l'engourdissement important et désagréable des tissus mous par la fraction d'anesthésique restée sous muqueuse.



Ainsi il faut bien avoir à l'esprit que dans toutes ces techniques c'est la diffusion du liquide anesthésique depuis le point d'entrée jusqu'à l'apex de la ou des dents qui va assurer le silence clinique.

Or, dans certaines situations, des conditions anatomiques (épaisseur de la corticale mandibulaire, distance séparant les apex de celle-ci au niveau molaire) ou physiologiques (dent en pulpite chronique ou aigüe, gangrène pulpaire, cellulite, etc) peuvent contrarier l'efficacité de l'anesthésique rendant l'analgésie difficile voire impossible à obtenir.

Le praticien va alors avoir tendance à injecter davantage de produit, tout en constatant que l'effet des nouveaux apports ne va qu'en diminuant en efficacité et en temps, ne prolongeant que l'engourdissement des tissus mous.

Ceci est lié au phénomène de tachyphylaxie, qui s'explique en partie par l'acidification du milieu liée au contexte inflammatoire et augmentée par l'apport d'un anesthésique très acide. (pour être conservable l'anesthésique est injecté sous forme de chlorhydrate de pH voisin de 3).

La réussite d'une anesthésie passe par 3 conditions : injecter le bon produit à la bonne quantité et au bon endroit.

Le bon produit, molécule anesthésique et concentration en vaso-actif, est déterminé en fonction de la pathologie (carie, extraction, infection, etc) et du temps nécessaire à la réalisation du soin.

La bonne quantité est fonction également de la pathologie et du temps estimé, mais aussi du nombre de dents à traiter, de la distance séparant le point d'injection de la cible et du volume osseux de la mandibule ou du maxillaire du patient.

Il faut se souvenir que l'irrigation multidirectionnelle maxillaire assure la diffusion du liquide dans tous les axes et donc autant en distal qu'en mésial du point d'injection, tandis qu'à la mandibule le flux sanguin aura tendance à prendre en charge le liquide et à le transporter en mésial, si bien qu'il sera toujours préférable de chercher à injecter en distal de la dent concernée.

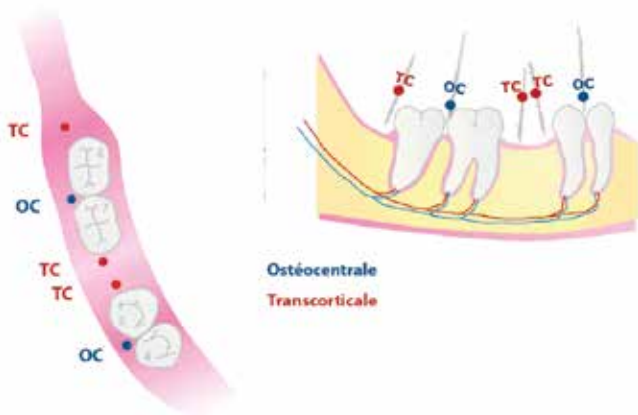
Enfin, une zone édentée correspond à un volume qui sera comblé par l'anesthésique, qu'il faudra alors déposer en plus grande quantité afin que la dent à anesthésier reçoive suffisamment de produit.

Le bon endroit est l'apex de la ou des dents, d'où l'intérêt de pouvoir déposer l'anesthésique au sein de l'os spongieux au plus près des apex, ce que seule cette technique permet.

Ainsi l'acte anesthésique devient-il un acte réfléchi nécessitant de prendre en compte divers facteurs : quelle est la pathologie à soigner, combien de dents y a-t-il à traiter, quel est le temps d'anesthésie nécessaire à la réalisation des soins, où l'injection va-t-elle se faire et quelle est l'anatomie osseuse du patient ? Ceci, en soi, est déjà intéressant car rend cet acte quotidien plus médical et plus intellectuel.

Les anesthésies intra-diploïques se divisent en trans-corticales et ostéo-centrales, selon le site choisi pour le point d'injection.

(anesthésie trans-corticale par perforation d'une corticale osseuse en regard d'une zone édentée, anesthésie ostéo-centrale débutant au niveau d'un espace interdenteaire)



Le processus de réalisation est toujours identique et comprend 3 étapes successives : anesthésie muqueuse, pénétration, injection.

Trois systèmes permettent de réaliser une anesthésie intradiplôïque :

X TIP, commercialisé par Dentsply, consiste en un perforateur monté sur contre angle qui permet de traverser la corticale osseuse en laissant dans le canal ainsi créé un guide plastique. L'anesthésie muqueuse préalable doit donc être réalisée avec une seringue classique. Dans une 3^{ème} étape l'aiguille de la seringue sera positionnée dans ce guide afin de permettre de délivrer l'anesthésique au sein de l'os spongieux. Ce système, généralement utilisé de façon occasionnelle lors de l'échec d'une anesthésie classique, présente quelques inconvénients : nécessité d'utiliser différents matériels, pas de contrôle de la vitesse de rotation et risque d'échauffement osseux lors de la perforation, risque de fracture du trocart dans l'os, possibilité de fuite de liquide lors de l'injection. Enfin son coût, non négligeable, ne permet pas une utilisation systématique.

Le système ANESTO, de W&H, est une seringue montée sur contre-angle. L'aiguille, de gros diamètre, ne permet pas d'anesthésie muqueuse indolore. Sa rotation est activée par la pédale du micro-tour, sans possibilité de contrôle là encore de l'échauffement osseux produit. Une fois la perforation de la corticale réalisée, une crémaillère située sur le dessus de la seringue est enclenchée manuellement afin de délivrer l'anesthésique, ne permettant plus une prise stylo, garante de la précision et donc de l'insensibilité du geste,

Le QUICK-SLEEPER, de Dental Hi Tec, est une seringue constituée d'un corps de seringue recevant à son extrémité le container porte-cartouche et relié à l'arrière par un câble électrique au boîtier d'alimentation. Un container métallique ou plastique dans lequel se glisse la carpule d'anesthésie reçoit l'aiguille de diamètre et de longueur adaptée, (30/100 9 mm pour l'enfant, 30/100 16 mm pour l'ostéo-centrale, 40/100 16 mm pour la trans-corticale), la perforation et l'injection étant gérés par une pédale indépendante, sans fil, et totalement autonome, qui permet d'assurer les différentes

fonctions. (vissage et dévissage de l'aiguille, rotation de celle-ci, injection, retour du piston et mode aspiration).

Ainsi une seule et même seringue est utilisée pour l'ensemble de l'acte, dont la forme permet de plus une prise stylo et des points d'appuis stables garants d'une bonne maîtrise du geste. La rotation de l'aiguille, via celle de la cartouche, est animée d'un mouvement discontinu afin d'éviter tout échauffement osseux, et l'injection est assistée par électronique, la pression exercée par le moteur sur le piston étant directement liée à la résistance rencontrée afin d'assurer un débit au goutte à goutte augmentant progressivement vers le débit maximum idéal, soit 1 ml / mn.

Libéré de toute manipulation, le praticien peut aisément se concentrer sur son acte afin de réaliser une anesthésie totalement indolore.

Si X TIP et ANESTO ne permettent que la réalisation d'anesthésies trans-corticales, le QUICK-SLEEPER permet par contre la réalisation de tout type d'anesthésie, y compris locorégionale.

Techniques de réalisation

Anesthésie ostéo-centrale : son point de départ se situe classiquement au niveau de la papille interdenteaire, afin de permettre une progression de l'aiguille entre les racines des dents collatérales.

Pour les molaires mandibulaires il peut être possible, lorsque la configuration radiculaire le permet, (soit dans 70% des cas pour la 6 et 30% pour la 7) de débuter au niveau de l'espace inter-radiculaire vestibulaire afin de glisser cette fois l'aiguille entre les racines de la dent à anesthésier, permettant alors de déposer l'anesthésique au plus près des 2 apex.

Ostéocentrale - interradiculaire

Technique spécifique pour les molaires mandibulaires en pulpite



Le passage par la furcation permet de gagner 3mm vers l'apex

L'aiguille utilisée est de 30/100 avec une longueur de 16 mm.

Anesthésie trans-corticale : elle consiste à injecter le liquide dans une zone édentée en passant au travers de la corticale, qui est plus ou moins épaisse ce qui nécessite une aiguille de plus gros diamètre (40/100)

Le fait d'être dans une zone édentée facilite l'accès et l'injection dans la zone rétro-molaire de la dernière molaire mandibulaire permet d'obtenir une anesthésie efficace des molaires souvent

difficiles à anesthésier par une autre technique. Dans certains cas, une anesthésie trans-corticale par accès palatin pourra être utile pour les dents maxillaires les plus postérieures.

Dans les 2 cas l'acte anesthésique passe par 3 étapes :

Anesthésie muqueuse : il faut avoir en mémoire que l'injection va débiter, quel que soit le site (hormis la zone rétro-molaire), en muqueuse attachée, donc au sein d'un tissu non extensible et, au niveau de la papille, de circulation terminale.

Il convient donc de ne déposer que quelques gouttes d'anesthésique afin d'obtenir un blanchiment caractéristique sans risquer de provoquer une nécrose par vaso-compression chimique (action du vaso-actif) ou mécanique (compression des vaisseaux sanguins).

Cette anesthésie muqueuse peut être totalement indolore si elle est réalisée avec le biseau de l'aiguille bien à plat sur la muqueuse et si sa pénétration se fait tangentiellement à la surface et très superficiellement, ce qui est rendu possible grâce à la tenue de la seringue selon une prise stylo qui assure la précision du geste. La régulation par électronique de l'injection du Quick-Sleeper assure alors une arrivée du liquide au goutte à goutte, insensibilisant la zone concernée très progressivement et sans douleur.

Cette technique, bien maîtrisée et rendue possible grâce à la prise stylo de la seringue, rend totalement inutile l'utilisation d'anesthésique de contact, y compris chez les enfants. Une fois l'anesthésie muqueuse obtenue, la seringue est retirée afin de prendre l'orientation nécessaire aux étapes de perforation et d'injection, sans qu'il soit nécessaire de changer d'aiguille.

Perforation : le piston, par action sur le caoutchouc de la cartouche, entraîne celle-ci qui entraîne à son tour l'aiguille et la met en rotation selon des cycles alternés de rotation et d'arrêt afin d'éviter tout échauffement osseux. Parallèlement, une éjection régulière et automatique d'anesthésique permet de refouler tout débris osseux qui viendrait obstruer la lumière de l'aiguille, limitant ainsi considérablement le risque de bouchage.

Selon la densité osseuse, très variable d'un sujet à un autre mais aussi d'un site à l'autre chez un même patient, voire même au sein d'un même site, le passage dans le diploé à travers le septum ou la corticale sera plus ou moins rapide, et la progression de l'aiguille sera plus ou moins ressentie par le praticien selon son sens tactile, son expérience et la trabéculatation osseuse rencontrée.

Dans tous les cas la prise stylo, là encore, permet stabilité et précision.

Injection : elle est déclenchée dès l'obtention de la position finale de l'aiguille sans avoir à déplacer la seringue. De nouveau, comme pour l'anesthésie muqueuse, le liquide anesthésique va s'écouler au goutte à goutte puis le débit va augmenter progressivement, supprimant ainsi tout risque d'induire une douleur (qui de toute façon serait fugace) par excès de pression et stimulation des baro-récepteurs des vaisseaux sanguins. La quantité de liquide à injecter sera variable en fonction des éléments déjà évoqués.

Une fois l'injection terminée, la seringue sera retirée et le soin pourra immédiatement débiter : fraisage d'une cavité de carie, pulpectomie, taille, syndesmotomie, incision, etc sans qu'aucun temps de latence ne vienne s'interposer et sans qu'il soit nécessaire de compléter l'anesthésie ainsi réalisée par un quelconque complément.

Pour le patient le fait de n'avoir qu'une seule injection, sans douleur et avec un très faible engourdissement des tissus mous, représente une avancée importante, pour ne pas dire spectaculaire, et il arrive régulièrement que les patients, étonnés, demandent à la fin de la séance : «mais vous ne m'avez pas fait d'anesthésie, docteur ?» ou encore «vous n'utilisez plus d'aiguille pour l'anesthésie ?», et ce même en cas d'extraction !

L'anesthésie intra-diploïque permet ainsi l'obtention systématique, simple, immédiate et confortable pour le patient d'une anesthésie efficace permettant d'assurer dans un silence clinique parfait tout type d'acte et ce quelle que soit la ou les dents concernées, et j'invite donc tous les sceptiques à s'intéresser à elle pour leur plus grand confort, et celui de leurs patients. Le moindre stress du praticien, assuré de parvenir à anesthésier toute dent en toute circonstance, associé à la diminution, voire la disparition, de l'appréhension du patient, permet de retrouver harmonie et sérénité et d'exercer chaque jour avec un même bonheur.

Bibliographie :

- Journal dentaire du Québec, vol XXXVIII, décembre 2001
- Le chirurgien dentiste de France, n° 848
- Le chirurgien dentiste de France, n° 1151
- Pratiques dentaires,, juin 2012
- L'information dentaire, mars 2010
- L'information dentaire, février 2012
- Journal of endodontics, vol 33, octobre 2007
- Journal of endodontics, vol 36, mars 2010
- Journal of endodontics, vol 34, février 2008
- Journal of endodontics , vol 35, septembre 2009
- Journal of endodontics, vol 36, septembre 2010
- Revue d'odonto-stomatologie 2011
- Chirurgie dentaire et patients à risque, Yvon ROCHE

Nouveau dans votre arsenal thérapeutique

RESUME DES CARACTERISTIQUES DU PRODUIT.
DENOMINATION DU MEDICAMENT : Spidifen 400 mg comprimés pelliculés. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Un comprimé pelliculé contient 400 mg

d'ibuprofène (formation in situ de sel de 16,7 mg saccharose / comprimé pelliculé, 82,7 mg sodium / comprimé pelliculé.

Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **FORME PHARMACEUTIQUE:** Comprimé pelliculé. Comprimés blancs pelliculés de la forme d'une gélule avec une barrette de cassure sur une face. La barre de cassure n'est là que pour faciliter la prise du comprimé en le coupant en deux, et non pour le diviser en doses égales.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES : Spidifen 400 mg comprimés peut être utilisé pour le soulagement symptomatique d'une douleur légère à modérée dans les situations suivantes :

• maux de dents • céphalées • fièvre • dysménorrhée primaire.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION: Les effets indésirables peuvent être réduits au minimum en prenant la plus petite dose efficace pendant le laps de temps le plus court possible nécessaire pour maîtriser les symptômes (voir rubrique 4.4). Pour les adultes et enfants à partir de 12 ans, la dose de départ est de 400 mg, suivie au besoin de 400 mg toutes les 4 à 6 heures ; maximum 1200 mg par 24 heures. Le produit n'est pas destiné à être utilisé chez l'enfant de moins de 12 ans étant donné qu'un comprimé contient plus d'ibuprofène que la dose recommandée chez ce groupe de patients. Mode et durée d'administration : A usage oral. Prendre le comprimé avec un verre d'eau (200 ml). Ce produit ne peut être administré pendant plus de 7 jours ou à des doses supérieures sans consulter un médecin. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, le patient doit être invité à consulter un médecin. Pour les patients à l'estomac sensible, il est recommandé de prendre Spidifen 400 mg comprimés en mangeant. Chez les patients présentant des problèmes rénaux, hépatiques ou cardiaques, la posologie doit être réduite. **CONTRE-INDICATIONS :** • Hypersensibilité à la substance active "ibuprofène" ou à l'un des excipients de ce médicament. • Réactions d'hypersensibilité dans l'anamnèse (par ex., bronchospasmes, asthme, rhinite ou urticaire) en réaction à l'acide acétylsalicylique ou à d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens. • Antécédents d'hémorragie ou de perforations gastro-intestinales liées à un traitement précédent par AINS. • Ulcère peptique/hémorragie actifs, ou antécédents d'ulcère peptique/hémorragie récurrents (au moins deux épisodes distincts d'ulcération ou d'hémorragie avérés). • Autre hémorragie active telle que hémorragies cérébrovasculaires ou colite ulcéreuse. • Insuffisance hépatique et/



ou rénale grave. • Diathèse hémorragique. • Troisième trimestre de la grossesse (cf. rubrique 4.6 Grossesse et allaitement) • Insuffisance cardiaque grave. **EFFETS INDESIRABLES :** Les effets indésirables sont principalement liés aux effets pharmacologiques de l'ibuprofène sur la synthèse des prostaglandines. Les effets secondaires les plus fréquemment rapportés sont la dyspepsie et la diarrhée. **C**Edème, hypertension et insuffisance cardiaque ont été rapportés lors d'un traitement aux AINS. Les données issues de la recherche clinique et les données épidémiologiques laissent penser que l'utilisation d'ibuprofène, surtout à doses élevées (2400 mg par jour) et en utilisation prolongée, peut être associée à un risque légèrement accru de thrombose dans les artères (par exemple infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral) (voir rubrique 4.4). Fréquences : très fréquent (≥ 1/10) ; fréquent (≥ 1/100, < 1/10) ; peu fréquent (≥ 1/1000, < 1/100) ; rare (≥ 1/10000, < 1/10000) ; très rare (≤ 1/10000), inconnu (ne peut pas être estimé à partir des données disponibles). **Affections gastro-intestinales :** dyspepsie, diarrhée (très fréquent) ; douleur abdominale, nausée (fréquent) ; ulcère peptique, hémorragie gastro-intestinale (peu fréquent) ; constipation (rare) ; anorexie (inconnu) - **Troubles généraux et anomalies au site d'administration :** œdème (inconnu) - **Affections cardiaques :** insuffisance cardiaque (inconnu) - **Affections vasculaires :** hypertension (inconnu) - **Affections du système nerveux :** céphalée, vertiges (fréquent) ; troubles de l'audition (rare) - **Affections de la peau et du tissu sous-cutané :** problèmes cutanés, rash (fréquent) ; prurit, urticaire, purpura, angio-œdème (peu fréquent) ; dermatose bulleuse comme érythème polymorphe, dermatite exfoliatrice, syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique, vascularite allergique (très rare) - **Affections hématologiques et du système lymphatique :** thrombocytopénie, agranulocytose, anémie aplasique (rare) - **Affections du rein et des voies urinaires :** hématurie (rare) ; néphrite interstitielle, nécrose papillaire, insuffisance rénale (très rare) - **Affections hépatobiliaires :** troubles hépatiques (rare) ; **Affections du système immunitaire :** réaction allergique (peu fréquent) ; anaphylaxie (rare) - **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales :** asthme, asthme aggravé, bronchospasme, dyspnée (rare). **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** Zambon nv-sa - Av. E. Demunter 1 - B - 1090 Bruxelles. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** BE244456. **STATUT LEGAL DE DELIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** Date de la dernière mise à jour du RCP : 06/2010. Date de la dernière approbation du RCP : 06/2011.

Une association unique d'ibuprofène + L-arginine qui offre 3 x plus d'avantages que l'ibuprofène seul :

- Analgésie plus rapide :**
Le taux plasmatique maximal est atteint = 3 X plus vite vs ibuprofène seul.^{(1),(2,3)}
- Analgésie plus efficace :**
Après 15 minutes 3 X PLUS de patients ont été SOULAGÉS de leur douleur avec SPIDIFEN vs ibuprofène seul.⁽⁴⁾
- Analgésie plus sûre :**
Protection gastrique optimisée vs ibuprofène seul.⁽⁵⁾

**NE
DONNEZ
AUCUNE
CHANCE
A LA
DOULEUR**

(1) Notice scientifique Spidifen 400 mg x 24 comprimés. Date de dernière validation du texte: 06/2011.

(2) Notice scientifique Ibuprofen.

(3) Notice scientifique Ibuprofen EG.

(4) Meibisch DK, Et al. A Controlled comparative study of ibuprofen arginate versus conventional ibuprofen in the treatment of postoperative dental pain. In: J. Clin. Pharmacol. 2002; 42: 904-911.

(5) Novotný J. Farmacotherapie 2006.



La pathologie du grand âge et le gériatre : Dents et tissus de soutien

Carlos MADRID - Marcelo ABARCA - Sabina POP - Kahina BOUFERRACHE

Service de Stomatologie et de Médecine Dentaire
Policlinique Médicale Universitaire- Université de Lausanne

Le vieillissement de la cavité buccale est aggravé par l'exposition des sujets âgés à des affections systémiques et à leurs traitements qui perturbent le complexe oro-facial. Ces perturbations de la santé buccale affectent la santé générale : malnutrition, difficultés de communication, infections, altérations profondes de la qualité de vie [1-2].

Les aspirations au traitement bucco-dentaire de la personne âgée ont changé [3-4]. A 85 ans et plus, les oldest-old, considèrent souvent leur santé bucco-dentaire avec fatalisme : l'indice de satisfaction d'une population de ce groupe totalement édentée et porteuse de prothèses dentaires complètes est voisin de 70% [5] alors qu'il n'est que de 54% chez des patients plus jeunes édentés partiellement et ayant conservé de 1 à 24 dents [6]. Globalement, l'opinion sur le traitement dentaire est meilleure chez les plus âgés qui acceptent mieux la perte des dents et considèrent encore le traitement dentaire comme un luxe que chez les plus jeunes partiellement édentés qui tirent une moins grande satisfaction des réhabilitations prothétiques partielles [7- 8]. Comparativement, les personnes âgées de 65 ans et plus, les new elderly, qui incluent progressivement les baby boomers de l'après guerre, ont bénéficié des avancées de la médecine dentaire et conservé plus de dents que les générations précédentes [9].

En quoi le médecin est-il concerné par les maladies bucco-dentaires ou les conséquences buccales des affections de système ? Les effets de la pathologie orale ne se limitent pas à la cavité buccale et à ses fonctions. De nombreuses affections systémiques établissent une relation bi-directionnelle avec la cavité buccale : la péjoration de la maladie buccale entraînant une péjoration de la maladie systémique, elle-même à l'origine d'une péjoration de la maladie buccale[11-12].

CHANGEMENTS LIÉS À L'ÂGE EN PATHOLOGIE ORALE :

Les dents :

Les changements les plus fréquents liés à l'âge sont l'abrasion occlusale ou attrition dentaire, les récessions pulpaire (diminution relative de la partie vivante non minéralisée de la dent), la fibrose et la diminution de la cellularité de la pulpe [13]. Richement vascularisée, la pulpe dentaire reproduit le vieillissement de l'économie vasculaire: calcifications, artériosclérose, diminution de l'arbre vasculaire, minéralisation dystrophique des fibres nerveuses et diminutions significative du flux sanguin [14].

Ces changements peuvent être liés à des processus physiologiques ou pathologiques en réponse à des stress fonctionnels (bruxisme, perte de la dimension verticale d'occlusion) ou environnementaux. Ainsi la dentine se dépose régulièrement autour des canalicules qui contiennent les prolongements odontoblastiques de la pulpe réduisant ainsi avec l'âge la part non minérale du tissu dentaire[15-16]. L'hypercémentose résulte d'une réponse soit à un trauma occlusal, à des caries associées ou non à une atteinte de la pulpe, ou à des maladies parodontales au long cours [9].

Ces transformations aboutissent d'une part à une diminution de la sensibilité des dents et d'autre part à une fragilisation du tissu dentaire qui accroît le risque de fracture de fatigue de la dent sans processus carieux [17].

Si la carie n'est plus la cause principale de perte dentaire, elle reste une menace. La carie du grand âge s'attaque non plus à la couronne de la dent comme chez le jeune mais à la racine. Ces caries radiculaires (figure 1) profitent de l'exposition du cément (un tissu voisin de l'os mais amorphe et acellulaire qui résiste nettement moins bien que l'émail à l'attaque des streptocoques mutans) et de la modification de la quantité et de la qualité de la salive. Elles frappent sélectivement les surfaces vestibulaires et latérales des dents du sujet âgé [18].

Les tissus de soutien de la dent : le parodonte

Avec l'âge, la base de l'épithélium de jonction entre la dent et l'os migre vers l'apex dentaire créant une poche physiologique favorable à la prolifération de bactéries anaérobies (figure 2, A et B). La densité du tissu conjonctif décroît avec le nombre de fibres ligamentaires. Les fibroblastes diminuent en nombre et deviennent picnotiques.

Le niveau d'attache clinique diminue également avec l'âge : le fond de la poche parodontale se trouve ainsi de plus en plus éloigné de son point initial d'ancrage, la jonction entre l'émail et le cément dentaire. Enfin, pour les tissus durs, l'équilibre entre anabolisme et catabolisme osseux est rompu. Cela aboutit à des pertes osseuses qui favorisent la sécrétion de cytokines inflammatoires telles le TNF-alfa ou l'IL-1beta. L'expression clinique de la combinaison de ces processus est la parodontite de l'adulte (figures 3 et 4) [19].

Les transformations parodontales liées à l'âge ne peuvent rendre compte de toutes les pertes dentaires des sujets âgés en bonne santé. C'est l'interaction des changements physiologiques avec les pathologies systémiques qui en est incontestablement responsable.

Le diabète impacte le plus directement la santé parodontale: les études épidémiologiques confirment la prévalence plus élevée et la sévérité plus grande des pertes d'attache et des pertes osseuses chez les adultes diabétiques [20]. A niveau socio-économique équivalent, la perte d'attache parodontale se trouve corrélée avec l'élévation de l'hémoglobine glycosylée [21]. Il est établi que l'interaction diabète maladie parodontale est bidirectionnelle :

- les patients diabétiques de type 2 ont 3 fois plus de probabilité de développer une parodontite que les non diabétiques [22-23]. Le contrôle de la glycémie est crucial pour la santé parodontale : les diabétiques équilibrés ont une meilleure santé parodontale que les contrôles [24].
- La maladie parodontale compromet l'équilibre diabétique : les infections chroniques Gram négatives et les endotoxémies chroniques associées à la maladie parodontale, conduisent à des niveaux élevés IL-1beta, de TNF alpha, d'IL6 et de prostaglandines E2 [25]. Ces cytokines induisent une résistance à l'insuline et une détérioration du contrôle métabolique des patients diabétiques : le TNF-alpha par exemple inhibe la phosphorylation du substrat-1 du récepteur de l'insuline (IRS-1) ce qui conduit à une insulino-résistance [26].

La pathologie parodontale est associée à de multiples affections du sujet âgé (tableau 1) [27]. D'une façon générale, les patients présentant des pathologies parodontales ont une plus mauvaise santé systémique que la population générale, que la parodontite soit modérée ou sévère [28].

Le tabagisme est un facteur de risque pour la perte des dents par maladie parodontale [29]. C'est vrai pour les fumeurs actifs et à un moindre degré pour les anciens fumeurs [30] et ce quel que soit le mode de consommation du tabac (cigarette, pipe, cigare) [30]. Parmi les indices de prédiction de la perte des dents, le vieillissement et le tabac sont fortement associés [31] et se potentialisent : dans une étude comparative de 3 groupes de sujets âgés de 75 ans, le tabagisme apparaît comme un des facteurs de prédiction les plus significatifs d'une mauvaise santé buccale [32]. Une étude sur 23.9 millions de sujets canadiens montre un taux d'édentement total de 15% parmi les fumeurs actifs contre 7% des sujets n'ayant jamais fumé ; le groupe des fumeurs est aussi celui dont le taux de visite chez le dentiste au cours des trois années précédentes est le plus faible [33]...

Le médecin doit inciter à la mise en œuvre des mesures de prévention de la maladie parodontale. Pour des raisons assurancielles, ou encore pour le patient en home, il est le premier et souvent le seul consulté pour des plaintes buccales. L'apparition de saignement gingivaux, de mauvaise haleine, de mobilités dentaires, d'une instabilité d'une prothèse ancienne ou de sensibilités à la pression des dents sont des signes d'une probable détérioration de l'état parodontal du patient et devrait justifier un avis spécialisé.

Dans un groupe de patients âgés de 75 ans et plus, le bénéfice à inclure systématiquement la recommandation par le médecin d'une consultation dentaire a été démontré : 50% des patients invités à subir un contrôle médico-dentaire l'ont accepté, 63% des patients ayant accepté avaient un besoin réel de soins dentaires, 70% de ceux-ci ont mené le traitement jusqu'à son terme. L'évaluation de l'équipe médicale quant à l'inclusion d'un bilan dentaire dans les recommandations médicales était très positive [34].

L'Édentement du grand âge :

La santé buccale du grand âge est intrinsèquement liée au nombre de dents restantes. Une étude de Schürch et Lang [35] en 2004, précise l'état bucco-dentaire d'une population suisse représentative de 1318 sujets de 20 à 89 ans. Entre 20 et 29 ans, le nombre de dents présentes était de 27.03 dents mais le groupe entre 80 et 89 ans ne présentait plus que 11.08 dents : entre la quatrième et la septième décennie de la vie, le nombre de dents présentes suit une régression linéaire. Le principal facteur dépisté par les auteurs est l'aggravation sensible de la perte d'attache après 50 ans.

Ces chiffres sont d'ailleurs relativement favorables, une étude menée en Poméranie allemande la même année montre un nombre moyen de dents restantes voisin de ...une entre 70 et 79 ans et de 11 entre 60 et 69 ans (17.63 dans l'étude suisse pour le même groupe de population) [36].

Parmi les facteurs aggravant la santé buccale des patients âgés , Mack et col. [30] identifient clairement l'absence d'intégration des sujets âgés à un programme de prophylaxie bucco-dentaire incluant un examen bucco-dentaire au moins une fois par année ; cela ressort de la comparaison des données du groupe allemand avec celles du groupe américain de l'étude NHANES III qui montre des poches parodontales moins profondes et une perte d'attache moins importante dans une population du même âge bénéficiant d'un programme de prévention [37].

D'autres facteurs interfèrent avec ceux déjà cités. On a pu montrer une différence selon le type d'hospitalisation [21] : le statut buccal étant significativement plus sévère pour les patients en long séjour que pour ceux soumis à des hospitalisations plus courtes. C'est la diminution très significative de la salive stimulée chez les patients en long séjour qui est en cause comme conséquence des multipathologies, des effets secondaires des traitements médicaux et de la perte d'autonomie. Mac Entee et col. [38] ont observé que les patients institutionnalisés ont une hygiène dentaire très significativement inférieure à celle des patients non-institutionnalisés. Cette observation traduit l'accroissement de la dépendance chez les patients en institution et justifie une hygiène assistée par du personnel paramédical formé.

Cette hygiène assistée est justifiée par la corrélation entre la détérioration de la fonction manuelle chez les patients institutionnalisés et l'altération du statut bucco-dentaire. Padilha et col. ont ainsi démontré chez des personnes âgées institutionnalisées (âge moyen 75 ans) que l'indice de plaque dentaire était positivement corrélé avec les limitations de leur fonctions manuelles évaluées par une batterie de tests. Cette observation

se vérifiait également lorsque l'effet de variables telles que l'âge, le genre, et le statut cognitif, connues pour être associées à l'hygiène buccale, étaient prises en compte [39].

Le médecin ne peut guère se désintéresser d'une telle problématique. La perte de la denture naturelle a des conséquences nutritionnelles majeures pour les patients vivant ou non en institution. Dans l'étude de Sheiham et col. [40], parmi les personnes âgées dentées vivant à domicile des pourcentages significatifs de patients indiquaient ne pas pouvoir absorber au moins 4 de 16 aliments tests. Un sujet denté sur cinq vivant à domicile reconnaissait devoir renoncer aux carottes crues, aux pommes, aux noix, au steak à point. Parmi les sujets édentés les résultats sont plus édifiants : plus de 10% devaient renoncer à au moins 10 des 16 aliments tests. Les carottes crues, les pommes et le steak à point posaient des problèmes pour 33 à 50% des patients édentés.

Le nombre de dents naturelles présentes en bouche est un indicateur fiable de la capacité masticatrice. Néanmoins, une indication plus précise de cette capacité serait donnée par l'analyse du nombre de paires de dents antagonistes qu'un sujet peut placer en occlusion fonctionnelle pour inciser ou mâcher les aliments. Un consensus semble se dégager à cet égard pour qu'une denture fonctionnelle d'approximativement vingt dents soit nécessaire pour être en mesure de mastiquer la plupart des aliments [41].

Sheiham et col [42] mesurent l'impact des perturbations de la santé buccale sur la qualité de vie de personnes âgées vivant ou non en institution : il est important. Cette détérioration de la santé buccale conduit à une réduction drastique du choix des aliments. La vulnérabilité sociale est aussi un paramètre à considérer dans la détérioration de la qualité de vie en rapport avec la mauvaise santé buccale : la prévalence des atteintes d'origine buccale à la qualité de vie étant deux fois plus importante chez les travailleurs manuels par comparaison avec les travailleurs non-manuels [43].

La place que tient la santé buccale dans la qualité de vie du sujet âgé est fortement dépendante du fait que le sujet soit ou non denté [40-42]. En revanche, le fait de vivre à domicile ne diminue pas significativement l'impact de la santé buccale sur la qualité de vie du sujet : elle reste un enjeu majeur [44].

Enfin une des raisons qui devrait inciter le médecin à s'intéresser à la santé buccale de ses patients est le lien qui existe entre la capacité masticatoire et l'index de masse corporelle (BMI). La sélection négative des aliments opèrent en particulier chez les obèses qui évitent les aliments riches en fibres parce qu'ils sont difficiles à mastiquer [45-46].

Conclusion :

La santé dentaire influence fortement l'état de santé du sujet âgé. La détérioration du statut dentaire est fortement liée aux maladies de système du patient et aux effets secondaire de leur traitement. Cette détérioration peut également décompenser des pathologies systémiques équilibrées. Le médecin a un rôle de premiers recours à jouer car il est souvent le récipiendaire de toutes les plaintes du patient. Il s'agit de repérer les signes avant-coureurs de la pathologie dentaire (douleurs,

saignements, mobilités dentaires ou instabilité des prothèses) et de déclencher le cas échéant un avis spécialisé. Le médecin peut également jouer un rôle dans l'organisation de la prophylaxie bucco-dentaire en conseillant la consultation régulière d'un professionnel de la santé bucco-dentaire ou en l'organisant dans les établissements de long séjour.

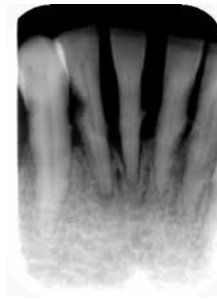


figure 1 : carie radiculaires du grand âge. Elles atteignent les faces vestibulaires et latérales du cément exposé par la perte d'attache épithéliale et l'alvéolyse.

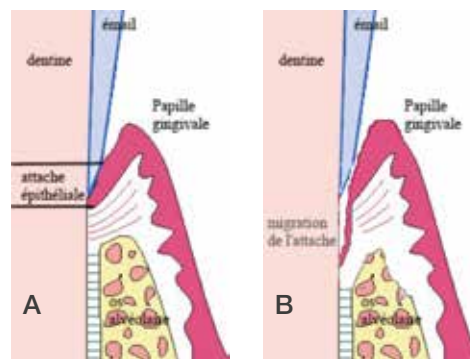


figure 2 : A : parodonte jeune. L'attache épithéliale se fait au niveau de la jonction émail-cément. B : parodontite de l'adulte noter la perte osseuse, la migration de l'attache épithéliale à distance de la jonction émail-cément et la poche parodontale formée.



figure 3 : radiographie alvéolaire avec parodontite de l'adulte secteur 36-37. Noter la perte osseuse à la face distale de 36.



figure 4 : parodontite de l'adulte. Noter la récession gingivale, l'exposition du cément, l'inflammation gingivale et l'accumulation de tartre.

Bibliographie sur demande à lepoint@dentiste.be

Un accès
**rapide et
facile**



pro•glider™

UN seul instrument mécanisé pour le cathétérisme canalaire



+
**WE
KNOW
ENDO.**

- Convient aux canaux radiculaires très courbés
- Meilleur respect de l'anatomie canalaire
- Facile à manipuler et rapide

Pour de plus amples informations consultez www.dentsplymallefer.com

For better dentistry

DENTSPLY
MAILLEFER

Êtes-vous **assis** sur une **bombe à retardement** ?

Dr Martyn AMSEL - BDS (HONS) LDS DGDGP (RCS)

Diplômé en 1971 à l'UCH de Londres, il développe un important cabinet dans les Midlands (UK).

Le cabinet s'est toujours développé et compte actuellement 6 dentistes, 3 hygiénistes et un personnel nombreux.

Sally CHADWICK - Assistante dentaire

Sally Chadwick a débuté sa carrière dentaire à l'âge de 15 ans et 11 mois ! Elle a travaillé dans l'important cabinet de Martyn à Banbury. Après avoir obtenu son diplôme en 1986, elle a acquis une grande expérience et de larges connaissances en suivant de nombreux cours dentaires.

Martyn Amsel et Sally Chadwick seront orateurs lors du 7^{ème} Congrès de la SMD - Traduit de l'anglais par Olivier Custers

Il est bien connu que les dentistes, les hygiénistes et le personnel dentaire souffrent d'un mauvais dos.

Au début de notre carrière, nous avons tendance à penser que nous sommes immortels et que l'attitude « cela ne m'arrivera jamais » s'applique à nous. Ou nous nous trouvons des excuses pour ne pas nous corriger immédiatement et attendre demain en disant « Oh oui je sais... mais c'est le boulot. Je m'assoierai mieux bientôt. Je suis trop occupé pour corriger cela maintenant ».

Le problème débute généralement déjà à l'école dentaire où l'étudiant ne travaille pas avec une assistante expérimentée et ne dispose que d'un équipement clinique à la disposition standardisée. L'équipement est bien souvent disposé le long des murs et non pas autour du praticien lui-même et ainsi accessible par des mouvements naturels. Une mauvaise position et de mauvaises habitudes ont pour conséquence que pratiquement 65% des travailleurs dentaires du monde entier souffrent de désordres musculo-squelettiques durant leur vie.



Reconnaissez-vous cette position ?

Quelles sont les conséquences d'une mauvaise position de travail ?

La Société d'assurance Wesleyan nous a fourni les données qu'ils ont recueillies, leur lecture peut être choquante pour notre profession.

- Les données montrent que le dentiste moyen peut gagner 3 millions de livres sterling (3,85 M €) au cours de sa carrière.
- En 2012, ils ont payé plus de 12 millions de livres (15,39 M €) pour des maladies professionnelles chez les dentistes.
- 26% des créances à long terme pour les hommes étaient dues à des troubles musculo-squelettiques
- 34% des créances à long terme pour les femmes étaient dues à des troubles musculo-squelettiques

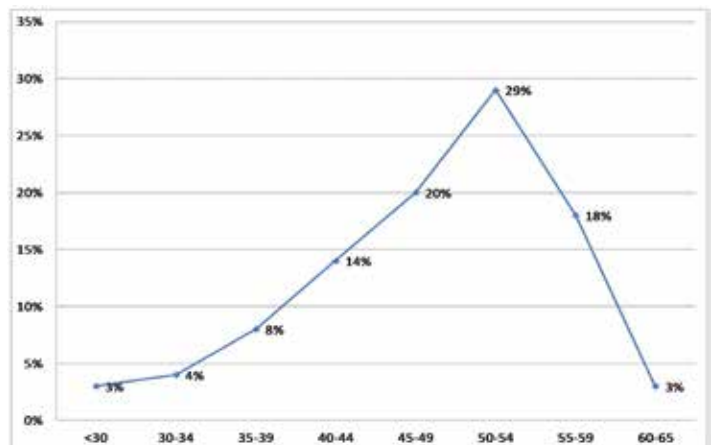
Voici la bombe à retardement

A propos des données ci-dessous :

Ces données sont basées sur une population de 5.570 dentistes qui ont reçu une indemnité de leur plan de protection auprès de Welsleyan assurance. Cela inclus une analyse des incapacités de travail de janvier 2002 à mai 2012 inclus. La date d'enregistrement d'une incapacité la plus ancienne date de décembre 1975.

Dans cette analyse, on ne distingue pas les hommes des femmes.

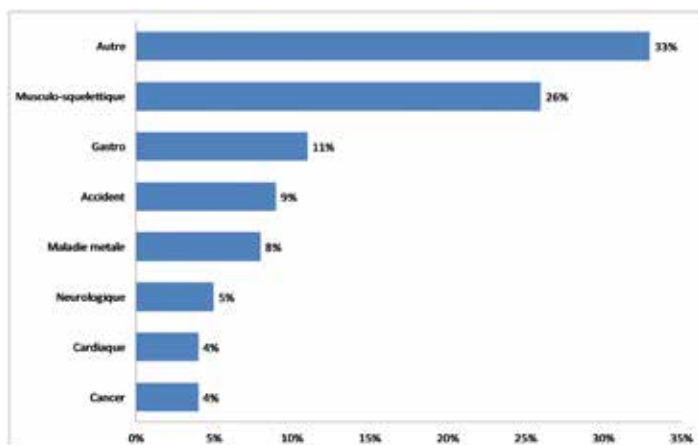
A quel âge les dentistes commencent-ils à recevoir des indemnités de leur assurance ?



Généralement, les indemnités commencent à être versées lorsque le dentiste ne peut plus remplir son rôle de dentiste. On peut voir que seulement 15% des dentistes peuvent

percevoir une indemnité avant l'âge de 30 ans. Ce taux grimpe à 63% entre l'âge de 40 et 54 ans.

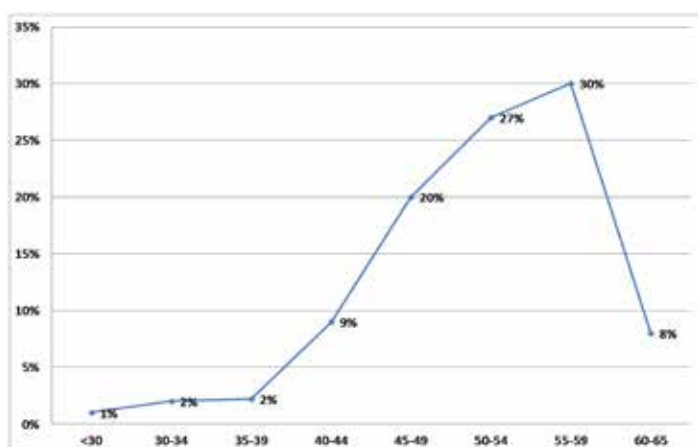
Quelles étaient les causes les plus fréquentes d'incapacité ?



La catégorie « Autre » ne concerne que 1 à 2% de la population totale, c'est pourquoi elle n'a pas été détaillée. Elle contient également des combinaisons de causes que le dentiste peut citer dans d'autres catégories.

En dehors de la catégorie « Autre », deux tiers des plaintes peuvent être classées dans 7 catégories génériques. Vous pouvez observer que les troubles musculo-squelettiques sont de loin les causes les plus fréquentes d'incapacité, présentes pratiquement dans un cas sur quatre.

A quel âge les dentistes ont-ils commencé à bénéficier d'une rente d'incapacité lorsque la cause musculo-squelettique est invoquée ?



Seuls 5% des dentistes en dessous de l'âge de 40 ans ont bénéficié de la rente lorsque la cause musculo-squelettique était incriminée.

Comme on peut l'observer, ceci croît rapidement entre 40 et 50 ans.

Quelle est la durée des prestations versées dans l'ensemble ?

Durée indemnité	Nombre / % de plaintes	
<1	4777	86%
1-5	262	5%
6-9	200	4%
10-13	171	3%
14-17	97	2%
18-21	44	1%
22-25	17	0%
> 25	2	0%
	5570	100%

Dans le tableau ci-dessus, nous pouvons observer qu'une large majorité des dentistes ne touchent une indemnité (86%) que pour une période de moins de 12 mois. Nous pouvons en conclure que la plupart d'entre eux recouvrent la santé et se sentent capables de reprendre le travail endéans les 12 mois. Cependant, les données sont légèrement faussées par le fait que nous avons inclus certains types de couverture de protection qui versent des prestations pour une période maximale de 12 mois. Ainsi, dans certains cas, les prestations ont cessé, mais le dentiste a continué à être frappé d'incapacité.

Si l'on considère la population dans son ensemble, les prestations de protection du revenu sont payées depuis 1 an et 3 mois en moyenne.

Quelle est la durée des indemnités lorsque la cause de l'incapacité est musculo-squelettique ?

Durée indemnité	Nombre / % de plaintes	
<1	1159	81%
1-5	76	5%
6-9	70	5%
10-13	71	5%
14-17	34	2%
18-21	9	1%
22-25	3	0%
> 25	1	0%
	1423	100%

Comme on peut le voir, comparé à l'image globale, un plus grand pourcentage de dentistes reçoivent des indemnités

pour une période de plus d'un an lorsque la cause est musculo-squelettique. Tenant compte de l'ensemble de la population présentant des causes musculo-squelettiques, la durée des indemnités est de 1 an et 8 mois.

Il s'agit d'un avertissement sévère pour tous les travailleurs dentaires souffrant de troubles musculo-squelettiques (TMS); certains n'auront qu'une incapacité temporaire, mais pour d'autres elle sera permanente.

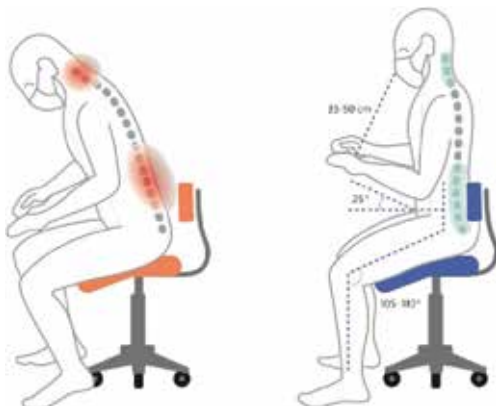
Il me semble évident que nous devrions essayer d'empêcher l'inévitable souffrance causée par les TMS et la grave perte de revenus qu'ils vont apporter à ceux qui en souffrent. Nous devrions accorder une plus grande attention à :

- L'ergonomie de nos cabinets
- Le type de siège sur lequel nous sommes assis lorsque nous effectuons des soins
- La position d'assise correcte pour le praticien, l'assistante et le patient
- Le meilleur usage de l'assistante lorsqu'une main supplémentaire peut faire toute la différence
- Utiliser une meilleure économie de mouvement lors des soins
- Encourager les jeunes praticiens à utiliser des loupes

Voici quelques règles pour avoir une assise correcte.

Les 9 règles

- Avoir les 2 jambes perpendiculaires au sol
- Poser les 2 pieds à plat sur le sol
- Les jambes légèrement écartées
- Amener l'angle entre la cuisse et la jambes à 110° ou à 105°, 130° sur un tabouret selle
- Assurer le support de la partie supérieure du bassin
- S'asseoir droit, pousser la poitrine en avant et abaisser les épaules
- Positionner les avant-bras à un maximum de 45° et garder les coudes près du corps
- Avancer les bras avec un angle maximum de 10-20°
- Ne pas pencher la tête en avant de plus de 20°



La position de l'assistante est sensiblement différente vu qu'elle ne travaille pas à distance focale.

Elle devrait :

- Être assise plus haut que le dentiste
- Les pieds posés sur le repose-pieds
- Contre l'épaule du patient
- Aspirer et écarter les tissus mous
- Être la première dans et la dernière hors de la bouche

La plupart des sièges d'assistantes ne montent pas assez haut et nécessitent une extension verticale du tube qui supporte l'assise.

L'autre point à considérer est l'usage de loupes - Pourquoi ?

- Meilleure vision
- Meilleures performances cliniques
- Meilleurs soins au patient
- Réduction des douleurs au niveau de la nuque et du dos (prolonge la durée de carrière)
- Réduction de la fatigue oculaire

Points à considérer

- Grossissement
- Profondeur de champ
- Largeur de champ
- Résolution
- Qualité
- Confort
- Style
- Prix

Les microscopes font maintenant leur apparition sur le marché et je pense qu'ils ne devraient pas seulement être utilisés par les endodontistes, mais également par les généralistes dans leur pratique quotidienne. Une longue période d'adaptation est nécessaire, mais c'est le futur.

L'utilisation de loupes ou du microscope améliore grandement la posture mais nécessite également un véritable travail à 4 mains lors duquel l'assistante vous « passe » tout. Si tel est le cas, tous les instruments doivent se trouver dans leurs cassettes du côté de l'assistante. Pensez-y. Il s'agit d'un véritable changement de paradigme pour contrôler la crainte du dentiste !



Plus d'infos sur www.dynaicdentistry.co.uk

To etch or not to etch?

This is no longer the question.



NEW!

xeno[®] *Select*

Self-Etch and Etch&Rinse Adhesive

- Applicable in all etching techniques
- High application security on over wet and over dried dentin¹
- Virtually no post-operative sensitivities¹
- 30 minutes working time in closed CliXdish™



For better dentistry

DENTSPLY

Super-colleur

Bertrand LAMBERT

Membre de la Commission Scientifique de la SMD

Si il y a bien un acte technique délicat que nous réalisons tous les jours dans notre pratique, c'est bien celui de coller un matériau composite à une dent. Ce tour de magie nous est possible grâce aux adhésifs dentaires. Malheureusement, cette étape cruciale dans la reconstruction d'une dent délabrée n'est pas une mince affaire et dépend de nombreux facteurs dont bien évidemment l'opérateur lui-même. Nous avons à notre disposition de nombreux types, de nombreuses marques de systèmes adhésifs, qu'ils soient en une, deux ou trois étapes, en un ou deux flacons ou encore auto-adhésifs.

Un grand homme se cachait notamment derrière toutes ces évolutions en la personne du Pr Michel Degrange de l'Université Paris Descartes. Il avait travaillé sur le sujet durant toute sa carrière afin d'améliorer sans cesse les techniques tout en permettant aux dentistes de s'y retrouver dans le monde complexe de l'adhésion dentaire. Il avait entre autres créé en juin 2000 des travaux pratiques rassemblés sous une bannière révélatrice : «les batailles de l'adhésion». Durant ces quatorze années, 78 batailles ont permis à plus de 1800 praticiens de réaliser plus de 18.500 tests d'adhérence à la dentine avec plus de 78 adhésifs différents.

C'est dans le contexte du congrès de la SFBF (Société Francophone des Biomatériaux Dentaires) que s'est déroulé en juin dernier à Liège la première «bataille de l'adhésion» belge depuis le décès du Pr Degrange. Ce workshop était organisé par l'Académie de Dentisterie Adhésive de Liège en collaboration avec le Département de Dentisterie de l'Université de Liège, le tout sous la direction du Pr Amélie Mainjot.

Chaque praticien devait se présenter au début de la journée avec son propre adhésif afin de tester une première adhésion dentinaire sans avoir reçu la moindre explication quant à sa mise en œuvre. Le but de la manipulation consistait à laisser le dentiste recréer son travail quotidien, donnant ainsi un résultat «clinique» au niveau du banc de cisaillement.

Les résultats de chacun des tests apparaissaient au compte goutte sur les écrans annonçant d'emblée la couleur... Les différences significatives entre les résultats prouvaient déjà les variations entre les différents produits, mais bien évidemment celles dues aux opérateurs. A ce sujet, croyez-moi, n'est pas super-colleur qui le veut !

Après cette première entrée en matière où certains dentistes se voyaient grandis et d'autres dépités, venaient les explications théoriques sur les principes de l'adhésion et les tests systématiques sur différents produits du marché. Chaque dentiste recevait à tour de rôle le même adhésif, ainsi que la procédure clinique à suivre. Les tests de cisaillement des échantillons montraient à nouveau les différences que l'on peut observer entre les systèmes, ainsi que les opérateurs.



Des interludes scientifiques relatifs au séchage, au mordantage, aux lampes à polymériser, ... permettaient de mieux comprendre une nouvelle fois la complexité de cette étape en espérant la maîtriser au mieux.

Pour s'en convaincre, les protagonistes ont eu la possibilité de tester une nouvelle fois leur propre adhésif en fin de journée afin de constater leur progression, ou leur régression, au niveau du banc de contrôle. La journée s'est clôturée par une superbe présentation de différents résultats engrangés par toute l'équipe du Pr Degrange depuis la création des batailles jusqu'à ce jour.

Le seul regret de cette journée reste le nombre de participants. Il reste à espérer que le dentiste belge soit de manière innée un super colleur, qu'il connaisse et maîtrise ses propres techniques. Il me semble néanmoins qu'il faut rester humble et conscient que cette étape reste probablement la plus délicate dans le contexte d'une restauration collée quelle qu'elle soit et que se remettre en question reste sans doute la meilleure manière de continuer à s'améliorer.

Ce Workshop n'était en fait que le préambule, l'amuse-bouche, du congrès de biomatériaux qui a vu défiler de nombreux orateurs de renom traitants de sujets variés tels que la fractographie, les matériaux bioactifs, leurs interactions avec les tissus vivants, les échecs en céramiques ainsi que les avancées techniques de cette famille de matériaux. Entre chacune de ces conférences, la parole était donnée à de jeunes praticiens, chercheurs, ingénieurs ou autres, venus présenter oralement et/ou sur poster le contenu de leurs travaux tous plus intéressants les uns que les autres. Pour ponctuer le tout, rien de tel que la touche liégeoise ! Un Sightseeing tour de Liège dans un véritable bus londonien avec pour seul breuvage de la bière belge avant de se rendre à la soirée de gala au château de Colonster.

Je tiens à souligner l'excellente organisation de ces journées consacrées aux biomatériaux qui se sont déroulées, comme toujours en principauté de Liège, dans une ambiance décontractée et sans prétention, ce qui pouvait parfois contraster avec le niveau des conférences présentées. N'hésitez donc pas à participer aux prochaines éditions de ces batailles ainsi qu'aux différents congrès de biomatériaux, en Belgique ou ailleurs.



Votre unité dentaire vaut de l'or chez KaVo!

KaVo vous propose une offre fantastique de reprise de votre unité dentaire. Echangez votre unité dentaire **de n'importe quelle marque que ce soit**, choisissez une nouvelle unité dentaire KaVo dans notre vaste assortiment et profitez de superbes réductions!

KaVo, votre 1er choix, le plus haut niveau de qualité - Made in Germany.

C'est très simple:

1. Vous prenez contact avec l'un des concessionnaires suivants :
 - Dental Promotion Et Innovation
 - Henry Schein Belgique
 - Technique Dentaire Luxembourgeoise
2. Vous choisissez une unité dentaire KaVo dans notre vaste assortiment.
3. Nous reprenons votre ancienne unité dentaire.
4. Vous bénéficiez de la qualité KaVo et d'importantes réductions!



Le nouveau KaVo Scan eXam™ One

- Une excellente qualité d'images.
- Répond aux exigences les plus pointues en matière d'informations de diagnostic.
- Compatible avec le format d'image 4C occlusal.
- Fournit des résultats constants et d'un haut niveau de qualité.



NOUVEAU!
Conditions
exceptionnelles de
lancement



KaVo. Dental Excellence.



**VOS PATIENTS ONT
UN BON DENTISTE.
MAIS ONT-ILS UNE
BONNE ASSURANCE ?**

**LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE AIDE VOS PATIENTS À FAIRE
DE LEUR SANTÉ DENTAIRE UNE PRIORITÉ.**

Vous le savez : les soins dentaires sont souvent mal remboursés. Pour remédier à cette anomalie, la MC a créé **Dento solidaire**, automatiquement comprise dans la cotisation et **Dento +**, une assurance à petit prix. Résultat ? De meilleurs remboursements des frais d'orthodontie, de prothèse, de parodontologie..

**Pour en savoir plus et télécharger tous les formulaires
dont vous avez besoin : www.mc.be/b2b/dentiste**



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Des présentations de plans de traitement efficaces pour des patients (et des praticiens) heureux !



Dr Edmond Binhas

En tant que dentiste, nous aimons nos patients, notre travail, nous aimons ce pour quoi nous nous levons le matin, en bref, nous aimons notre métier. Mais, bien que l'argent soit un sujet tabou, il n'en reste pas moins que le fruit de notre doux labeur mérite une rémunération à la hauteur de nos efforts. Comme le rappelle le vieil adage, « tout travail mérite salaire ». Et notre salaire justement mais aussi celui de notre équipe, ... n'existe que grâce aux patients. La principale source de revenus au cabinet demeure les divers traitements que vous réaliserez sur eux.

Avertissement ! L'objectif de cet article n'est bien entendu pas l'augmentation coûte que coûte du chiffre d'affaires indépendamment de la qualité. Il est plutôt de vous proposer une méthode rationnelle d'exposé du plan de traitement en conciliant les contraintes économiques de la situation actuelle avec l'éthique professionnelle de notre profession.

Car, à propos de contraintes, notre profession en a à revendre ! Comme si la crise actuelle ne suffisait pas, des phénomènes externes supplémentaires viennent jouer les perturbateurs. Les ménages ont de plus en plus de difficultés financières, les médias nous font passer pour des marchands de tapis et érosent la confiance de nos patients... bref, le décor n'est pas tout rose. Face à ces obstacles, il est important d'avoir une attitude proactive et positive et non pas attendre qu'un miracle vienne nous sauver comme par magie ! Chacun espère traverser la crise avec sérénité et recherche les moyens de protéger son cabinet. Se pose alors une question cruciale : comment maintenir des revenus dignes de notre niveau de formation sans trahir l'éthique traditionnelle de notre profession ?

La réponse est extrêmement simple. Etant donné le contexte précédemment cité, il n'y a que deux manières de développer harmonieusement un cabinet sans tomber forcément dans le mercantilisme. La première consiste à augmenter votre production pour le même temps de travail. La seconde de réduire les dépenses inutiles. Nous traiterons ici la première option.

Il existe de nombreux moyens pour s'assurer que le patient comprenne réellement l'intérêt de réaliser les traitements dont il a besoin. Même si certains d'entre eux ne pourront pas, au bout du compte, assumer financièrement les traitements proposés, cet article a pour vocation de vous aider à présenter de manière efficace vos plans de traitement. En effet, souvent de nombreux patients qui financièrement pourraient accepter un traitement le refusent ? Pourquoi ? **Simplement parce qu'ils n'ont pas réellement compris les avantages que ce traitement pourrait leur apporter.**

En tant que praticiens, bien souvent, nous adoptons une attitude standard vis-à-vis de nos patients lors de l'exposé du projet de traitement. Nous expliquons, à chaque fois, les traitements de la même manière quel que soit le patient. En fait, il ne

s'agit pas d'une stratégie rationalisée pour la présentation de nos plans de traitement. C'est la raison pour laquelle le pourcentage d'acceptation des traitements proposés est si aléatoire d'un patient à l'autre. **La clé est d'adapter la présentation de votre projet de traitement à chaque patient !**

Sur un plan pratique, comment procéder ?

Utilisez une méthode de planification stratégique fondée sur cinq étapes : bilan, objectifs, stratégie, tactique, contrôle. Au cours de chaque présentation de traitement, chacune de ces étapes doit être minutieusement détaillée. Si une seule est manquante, vous n'aurez pas l'assurance d'avoir mis tous les atouts de votre côté pour obtenir l'adhésion de votre patient et lui inspirer confiance. Aussi, établissez une fiche de planification stratégique pour chacun de vos plans de traitement.

Etape 1 : Mettez par écrit la situation buccale du patient (bilan). C'est l'état des lieux. Pensez également à établir ce bilan sur le plan psychologique. Il vous permettra d'évaluer l'intérêt que le patient porte à ses dents. Cela peut vous éviter de proposer un traitement alors que les liens établis avec le patient ne sont pas encore assez solides pour qu'il l'accepte. De même, cela vous permettra aussi de savoir si vous avez passé suffisamment de temps à instaurer la confiance.

Etape 2 : Concentrez-vous ensuite sur l'établissement des objectifs. Il s'agit de parvenir à comprendre réellement ce que veut le patient. Souvent, ils n'ont eux-mêmes pas conscience de leurs motivations au moment où ils se présentent. **Il faut établir des relations de confiance avec vos patients, les éduquer sur les différentes options ainsi que les avantages et inconvénients de chacune d'entre elles.** La présentation des plans de traitement ne peut pas être le seul apanage du praticien. Chaque membre de l'équipe doit participer à l'éducation et à la motivation des patients en l'informant sur les services proposés par le cabinet. Par ailleurs, des supports de communication doivent être proposés aux patients au sein du cabinet : comme par exemple des triptyques d'informations, des affiches ou des vidéos d'information, un press-book présentant les cas réalisés par l'équipe dentaire, etc. Ils doivent être placés dans plusieurs endroits, pas uniquement en salle d'attente comme nous avons l'habitude de le voir.

Etape 3 : La stratégie. Exposez au patient l'esprit général du traitement que vous proposez. J'entends par là les grandes lignes du traitement mais sans entrer dans les détails dans un premier temps (prothèse fixe, prothèse amovible, chirurgie, implantologie, etc.).

Etape 4 : Expliquez en détail le choix du traitement (tactique). Si, par exemple, vous pensez qu'un bridge céramique est une meilleure solution que des couronnes avec un appareil amovible ou pas de traitement du tout, expliquez vos raisons au

patient. Prenez le temps de répondre à toute question de la part du patient sans marquer d'impatience.

Etape 5 : Établissez un système de contrôle. Il s'agit d'une étape cruciale mais souvent sous-estimée. Le contrôle de compréhension de la part du patient se traduit par une reformulation du traitement par ce dernier. Assurez-vous de sa bonne compréhension en posant des questions ouvertes ou fermées selon le cas. N'hésitez pas à réitérer vos explications en cas de doute.

J'encourage tous les praticiens à établir un projet global à présenter aux patients. La présentation de chaque plan de traitement reposera ainsi sur une trame. Elle n'en sera que plus fluide et les patients comprendront mieux ce qu'il leur est présenté.

Présentez des ententes financières flexibles.

Les cabinets peuvent également améliorer de façon significative leur taux d'acceptation des plans de traitement en proposant un **large éventail d'ententes financières** à tous leurs patients. De nombreux praticiens font l'erreur de décider quels patients sont capables ou non, d'assumer l'investissement d'un plan

de traitement. Le taux d'acceptation des plans de traitement augmente largement lorsque le patient voit les bénéfices et avantages du traitement recommandé et qu'on lui propose des options de règlement adaptées à son budget.

Cependant, le cabinet dentaire n'est pas une banque. L'entente financière est une négociation avec votre patient. Elle doit à la fois le responsabiliser par rapport au coût du traitement tout en lui faisant prendre conscience que l'entente financière doit être dissociée du traitement lui-même.

Conclusion

Tout comme on améliore sa compétence sur le plan clinique, il est important de savoir qu'il est possible d'améliorer ses aptitudes à présenter un traitement. Comprendre les besoins de chaque patient et y répondre vous aideront à obtenir des résultats spectaculaires. Et finalement avoir à la fois pour objectifs de satisfaire ses patients en réalisant des soins de grande qualité et de développer son cabinet tout en même temps, n'est-ce pas le but de tout dentiste honnête, moderne et réaliste ?

NOUVEAU

Entretien parfait et stérilisation
en 20 minutes seulement

PEOPLE HAVE PRIORITY

W&H



Avec l'Assistina 3x3 et le cycle Lisa Fast les instruments sont nettoyés, lubrifiés et stérilisés parfaitement.

Sans réduire leur longévité, et en 20 minutes seulement.



assistina 3x3

lisa



FORMATION CONTINUE

49 Peer-review

9 décembre 2014

50 Radiologie

12 décembre 2014

51 Info Professionnelle

23 janvier 2015

**52 Les Standards de la réhabilitation
postérieure**

20 mars 2015

53 7^{ème} Congrès

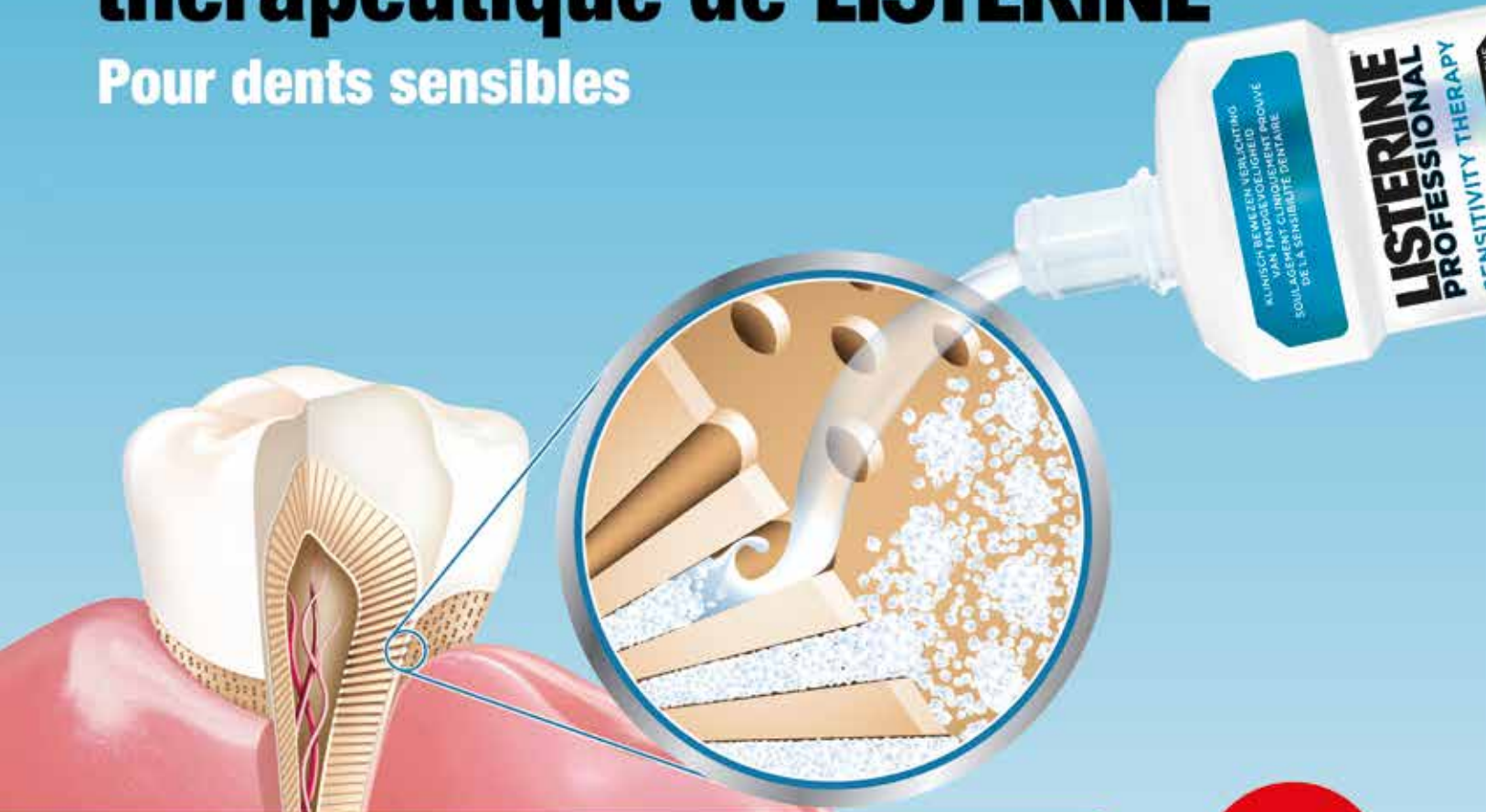
15-16-17 octobre 2015

54 Anamnèse et Imagerie

28 novembre 2015

Le premier bain de bouche thérapeutique de LISTERINE®

Pour dents sensibles



Comble 92% des tubules dentinaires ouverts après 6 rinçages et protège ainsi durablement les dents sensibles contre la douleur.*

NOUVEAU

Disponible en pharmacie dès mars 2014

Traitement breveté fondé sur la Technologie des Cristaux:

- ▶ Comble plus de tubules dentinaires ouverts que les autres bains de bouche pour dents sensibles.*
- ▶ L'oxalate forme des cristaux lors du contact avec la salive.
- ▶ Les cristaux sont déposés sur la dentine et profondément à l'intérieur des tubules dentinaires ouverts, formant ainsi une sorte de bouclier protecteur physique.
- ▶ Soulagement efficace de la douleur après à peine quelques jours – preuves cliniques à l'appui.**

Pour en savoir plus sur le mode d'action de LISTERINE® PROFESSIONAL Sensitivity Therapy, visionnez la vidéo



www.listerineprofessional.be



LISTERINE®
PROFESSIONAL

* dans les tests de laboratoire après 6 rinçages

** Sharma D. et al., A novel potassium oxalate-containing tooth-desensitising mouthrinse: A comparative in vitro study, Journal of dentistry 41S4 (2013) S16-S27.
Ce produit est un dispositif médical



Peer-Review

Samedi 9 décembre de 19h00 à 22h00

Bruxelles - County-House

La Société de Médecine Dentaire organise sa dernière session de peer-review en 2014. Pour des raisons d'organisation, l'inscription aux 2 peer-review (session 1 et 2) est obligatoire.

Les inscriptions se font exclusivement en ligne sur www.dentiste.be/Evenements.aspx

Veillez choisir un sujet pour chaque session.

Session 1 de 19h00 à 20h30

N°	Sujet	Modérateur
1	Les inlay-onlays au cabinet dentaire	Bertrand LAMBERT
2	Plan de traitement	Didier EYCKEN

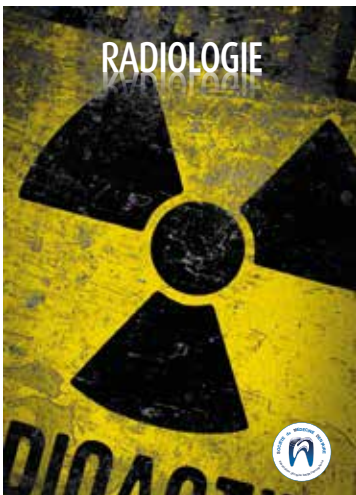
Session 2 de 20h30 à 22h00

N°	Sujet	Modérateur
1	Les techniques de pose d'isolation	Bertrand LAMBERT
2	Simplification administrative	Didier EYCKEN



**Dernières Peer-Review
de l'année 2014**

Inscription sur www.dentiste.be Menu formations



Dr Bart VANDENBERGHE

- Docteur en science dentaire KUL
- Master en imagerie médicale
- Associé au département prothétique de la KUL
- Membre du Conseil Central de l'Académie Européenne de Radiologie Dentomaxillofaciale
- Radiologue dentaire à d'Advimago



Radiologie

Clichés panoramiques, radioprotection

Vendredi 12 décembre de 13h30 à 17h00

Diamant - Bruxelles

NOUVEAU

Afin de permettre à tous d'être en ordre tant vis à vis de l'AFCN que de l'accréditation, mais aussi mettre à jour vos connaissances sur un sujet très actuel, la SMD a décidé de mettre en place ce cours de radiologie présenté par notre confrère Bart Vandenberghe.

Prise de décision en imagerie dentaire 2D et 3D : la responsabilité du DG

Depuis quelque temps, la radiologie occupe une fois encore le centre de l'actualité avec un sujet qui reste la plupart du temps « tabou » : la dose de rayons administrée par les clichés radiographique et la possible « surexposition » du patient.

Mais qu'en est-il au niveau du diagnostic dentaire ? Surtout depuis l'introduction du Cone Beam ? L'imagerie 3D qui a graduellement pris une place centrale à côté de la radiographie intra-orale et panoramique, le dentiste semble pourtant bien informé des risques associés à ce genre d'examen. Le problème semble plutôt venir des connaissances de base en imagerie dentaire, en effet il semblerait que le dentiste surexpose ses patient lors de la prise de clichés panoramiques

Le but de cet exposé est de mettre à jour les principes de bases de la radioprotection dentaire, de revisiter les techniques principales de diagnostic dentaire et d'analyser la justification, le choix d'examen et la prise de décisions en imagerie dentaire

Accréditation demandée : 20 UA dom 3 - Formation continue 3 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be ou au 02 375 81 75

INFO PROFESSIONNELLE



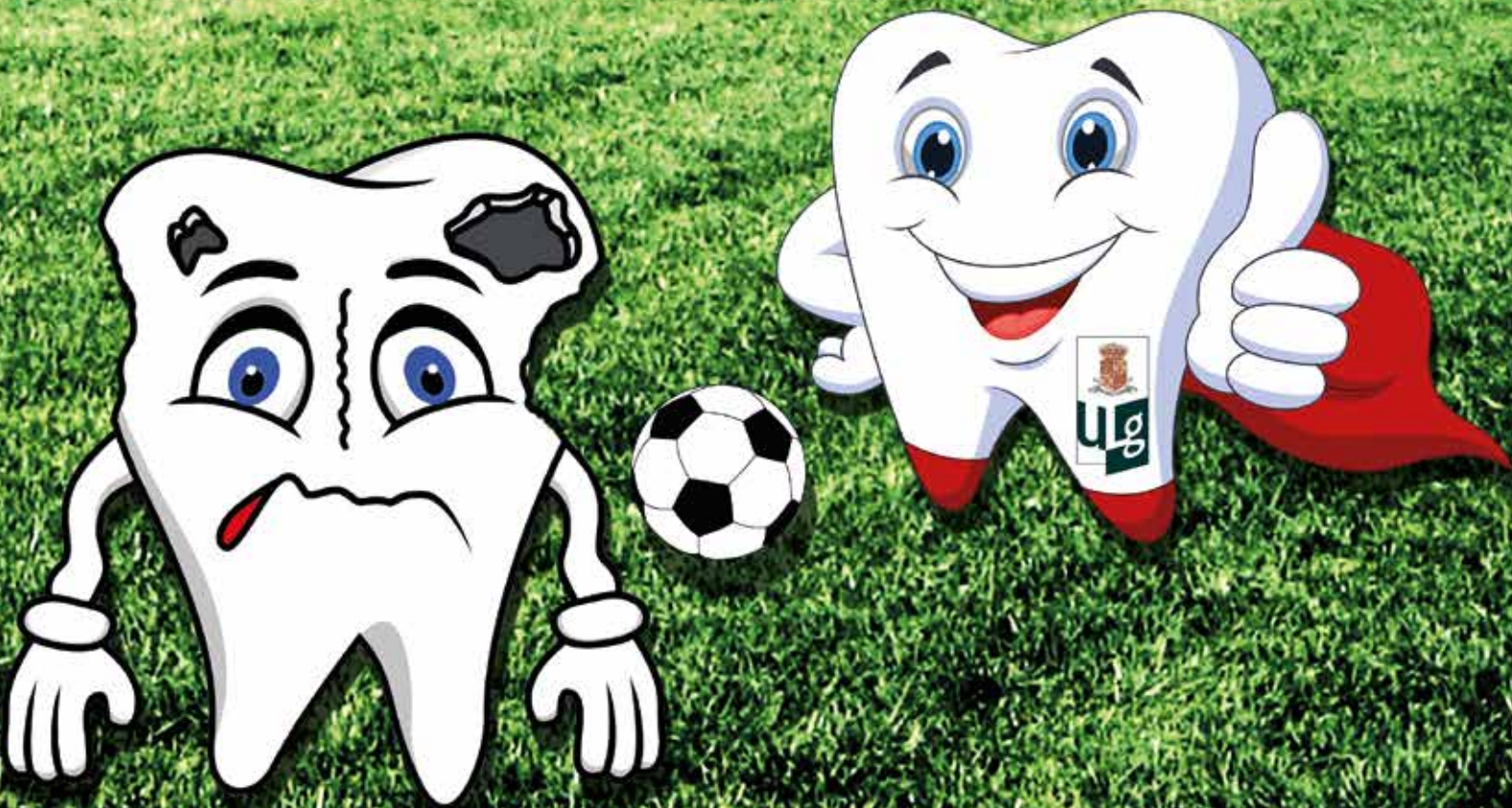
23 janvier 2015
Imagibraine - Braine l'Alleud



LES STANDARDS

de la

réhabilitation postérieure



20 mars 2015
Diamant - Bruxelles



7^{ème} Congrès

de la Société de Médecine Dentaire

15-16-17 octobre 2015

Dolce-La Hulpe



Traiter
c'est Innover

www.dentiste.be

ANAMNÈSE & IMAGERIE



28 novembre 2015
Namur



INFOS PROFESSIONNELLES

57 L'adaptation des règles interprétatives
des implants a été publiée !

M DEVRIESE

59 Vous êtes employeur ? L'unité d'établissement :
futur sésame pour de possibles réductions

M DEVRIESE

60 S'informer à propos d'EBOLA

M DEVRIESE - O CUSTERS

Votre protection financière pendant et après votre carrière professionnelle

Y avez-vous pensé ?

Plus personne ne peut aujourd'hui nier le vieillissement de notre société. Les pensions, la perte d'autonomie, l'incapacité de travail et l'invalidité deviennent impayables pour notre sécurité sociale.

Travailler plus longtemps

Qu'on le veuille ou non; tout comme dans la plupart des autres pays européens, nous devons tous travailler plus longtemps et serons donc obligés de prendre notre retraite plus tard que prévu. La croissance de la population active mène inévitablement à la croissance des frais relatifs à l'incapacité de travail. Par ailleurs, le risque de tomber en incapacité de travail augmente avec l'âge. A l'heure actuelle, la Belgique compte plus de 400.000 personnes qui sont en incapacité de travail depuis moins d'un an et près de 300.000 invalides (c.-à-d. des personnes qui sont définitivement en incapacité de travail). De ce fait, les dépenses de l'inami pour les invalides et les personnes en incapacité de travail ont augmenté de 89% depuis 2005.

Qui va payer votre incapacité de travail ?

La sécurité sociale prévoit une intervention légale plafonnée tant pour les indépendants que pour les salariés. Cette intervention est déterminée en fonction de votre statut social et de votre situation familiale. Ce sont en particulier les salariés qui estiment à tort que l'intervention légale est plus que suffisante.

Plus votre revenu est élevé, plus importante sera votre perte de revenu. Pourriez-vous survivre avec 40% ou 60% de salaire en moins? Même pendant votre incapacité de travail, votre emprunt hypothécaire, votre crédit auto et d'autres frais continueront à courir. Sans oublier les frais médicaux et non-médicaux (aide d'un tiers, soins à domicile, ...). Un cauchemar financier pour vous et

vos famille. Vos réserves financières, suffiront-elles dans ce cas-là ? Heureusement, les garanties perte de revenu complémentaires de DKV, à savoir les plans RG, RG Continuity + Exo et Business vous offrent une protection sur mesure.

Protégez votre revenu

1 personne active sur 10 sera en incapacité de travail au cours de sa carrière professionnelle à la suite d'accidents ou de problèmes de santé (pathologies du dos, etc.). Le plan RG de DKV vous protège jusqu'à l'âge de 65 ans contre une perte de revenu à la suite d'une maladie ou d'un accident. Cette garantie prévoit également un budget complémentaire pour vos frais de revalidation.

Une incapacité de travail peut entraîner une perte d'autonomie grave et durable qui nécessite l'aide de tiers et des soins bien spécifiques. Malheureusement, les problèmes de santé ne s'arrêtent pas toujours à l'âge de 65 ans. Le Plan RG Continuity + Exo de DKV vous offre une protection financière à vie: contre une incapacité de travail jusqu'à 65 ans, et ensuite, contre la perte d'autonomie. En cas de perte d'autonomie grave et durable, vous ne devrez même plus payer de primes, si vous avez plus de 65 ans, et si vous résidez dans une maison de repos.

Depuis son lancement en 2011, le Plan RG Continuity + Exo a emporté pendant 3 années consécutives le trophée d'assurance DECAVI dans la catégorie meilleur produit Revenu Garanti.

Cette publication relève de la responsabilité de DKV Belgium S.A.



perte de revenu

frais ambulatoires

soins dentaires

dépendance

hospitalisation

Les meilleurs soins. Pour toute la vie.

www.dkv.be

L'adaptation des règles interprétatives des implants a été publiée !

En raison de la modification depuis le 1^{er} mai 2014 de la nomenclature INAMI réglementant les implants symphysaires et les ancrages de stabilisation d'une prothèse complète inférieure, des modifications devaient également intervenir au niveau des règles interprétatives. C'est chose faite maintenant par leurs publications au Moniteur belge.

C'est pour nous l'occasion de vous rappeler les modifications intervenues depuis le 1^{er} mai et vous apporter quelques précisions.

Pour rappel, une règle interprétative ne modifie pas la nomenclature. Elle l'explique.

Pour rappel, voilà la simplification qui est entrée en vigueur :

Depuis le 1^{er} mai 2014, l'ancrage ne doit plus se faire en utilisant nécessairement la prothèse existante.

On peut donc confectionner une nouvelle prothèse et placer les ancrages dans celle-ci.

Et cette prothèse peut même être attestée, si toutefois elle respecte les délais traditionnels imposés (7 ans).

Ce fut un très long combat pour obtenir cette simplification, pourtant... élémentaire.

Les nouvelles règles interprétatives sont expliquées ci dessous.

Quelques conventions typographiques :

En italiques, les textes légaux

En **vert**, les nouveaux textes ou les textes inchangés, en vigueur.

En **rouge**, les anciens textes, obsolètes.

1° La **règle interprétative 02** est remplacée par la disposition suivante :

QUESTION 2

Un assuré qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance pour sa prothèse, peut-il bénéficier d'une intervention pour deux implants et/ou le placement du pilier sur ces implants et la mise en place des ancrages correspondants dans la prothèse amovible inférieure complète ?

REPONSE

Oui, ce bénéficiaire qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance a droit à une intervention pour des implants et/ou pour le placement de deux piliers et leur ancrage sur ces deux implants, pour autant qu'il ait plus de 70 ans et qu'il réponde à toutes les conditions de l'article 6, paragraphe 5bis de la nomenclature des prestations de santé.

>> L'ancienne règle 02 était :

QUESTION

Un assuré qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance pour sa prothèse, peut-il bénéficier d'une intervention pour des implants et/ou le placement de deux piliers ainsi que leur ancrage sur ces deux implants ?

REPONSE

Si aucune intervention n'a été accordée par l'assurance maladie obligatoire ou l'assurance petits risques des indépendants pour une prestation de la rubrique "prothèses dentaires amovibles, consultations comprises" pour ou sur cette prothèse inférieure complète amovible, aucune intervention de l'assurance n'est possible pour les implants, ni pour le placement des piliers sur les deux implants et leur ancrage.

>> Qu'est-ce qui est changé ?

La **preuve de l'existence** d'une prothèse complète pendant l'année précédant la pose des implants ne doit plus se faire via l'existence de prestation(s) remboursée(s) à propos de cette prothèse.

Attention toutefois : subsiste la règle avec la condition *que l'assuré doit être depuis au moins 12 mois porteur d'une prothèse amovible inférieure complète sur un maxillaire inférieur totalement édenté.*

Mais cela ne doit plus être prouvé via des codes remboursés et figurant dans l'historique mutualiste.

2° La **règle interprétative 03** est abrogée

>> L'ancienne règle 03, maintenant abrogée, était :

QUESTION

Si un assuré possède plusieurs prothèses dentaires remboursées, quelle est la prothèse visée par "la prothèse dentaire complète amovible existante" ?

REPOSE

«La prothèse dentaire complète amovible existante» est la prothèse inférieure complète amovible qui a été remboursée en dernier lieu.

>> Explications ?

En effet, **il est possible** depuis le 1^{er} mai 2014 de placer les ancrages dans une nouvelle prothèse.

Le mot «existante» a été biffé de la réglementation.

Du coup, la règle interprétative n'était plus nécessaire pour préciser ce qu'on entendait par «existante».

Pour rappel, **cette nouvelle prothèse est même remboursable** si toutefois les règles de renouvellement de prothèse sont respectées (règle des 7 ans).

3° La **règle interprétative 04** est remplacée par la disposition suivante :

QUESTION 4

Existe-t-il une intervention pour l'ancrage d'une nouvelle prothèse chez un assuré déjà porteur d'implants non indemnisés ?

REPOSE

Oui, pour autant que la prothèse précédente réponde aux conditions mentionnés dans l'article 6, paragraphe 5bis, et pour laquelle les piliers sont aussi remplacés.

>> L'ancienne règle 04 était :

QUESTION

Existe-t-il une intervention pour l'ancrage d'une nouvelle prothèse chez un assuré déjà porteur d'implants non indemnisés ?

REPOSE

Oui, mais au plus tôt 1 an après le placement de la nouvelle prothèse qui présente en outre un grave dysfonctionnement et qui satisfait aux conditions mentionnées à l'article 6, § 5bis, les piliers étant également remplacés.

>> Explications ?

Cette ancienne règle n'avait plus de sens étant donné qu'il est maintenant autorisé d'utiliser une nouvelle prothèse.

Mais la règle est bien utile pour rappeler que s'il faut changer le système d'ancrage, on peut solliciter le code ancrage si celui-ci n'a jamais été attesté. Même sur des implants placés il y a plusieurs années.

Attention toutefois : le changement seul des attachements ne suffit pas. Il faut également changer les piliers.

Si seuls les attachements sont changés, on ne peut attester que le code «réparation».

NB : Ce sujet est en discussion au Conseil Technique Dentaire pour réflexion à propos de nouvelles évolutions de la nomenclature qui pourraient être décidées, pour être en phase avec la réalité clinique des patients.

La règle interprétative 05 reste inchangée :

QUESTION

Qu'entend-on par « maxillaire inférieur totalement édenté » ?

REPONSE

Dans le cadre de la rubrique « implants oraux » de l'article 5 de la nomenclature, un maxillaire inférieur est considéré comme totalement édenté lorsqu'une inspection de visu ne révèle pas de dents ou de racines dentaires.

>> Qu'est-ce que cela implique ?

Si durant l'année précédant la pose des implants, on extrait une dent incluse ou un reste de racine enfoui dans la gencive, le patient reste éligible au remboursement.

Cela n'est évidemment pas le cas si durant cette période de un an, une ou plusieurs dents résiduelles, visibles sur l'arcade, ont été extraites.

Cette information avait déjà été abordée dans le POINT n° 245 de juillet - août 2014 (page 63 et 64).

Nous vous y annonçons ces clarifications.

Pour relire cette information, ouvrez la page <http://www.dent.be/DisplayPage.aspx?pid=404>.

MD



Vous êtes employeur ?

L'unité d'établissement : futur sésame pour de possibles réductions

La 6^{ème} réforme de l'État transfère aux Régions la compétence des politiques d'aide à l'emploi sous forme de réductions de cotisation sociale qui bénéficient à l'employeur.

Pour déterminer la Région où se situe le lieu d'activité du travailleur, la déclaration ONSS fera référence à l' «unité d'établissement». Chaque dentiste possède déjà en principe un numéro à la BCE - Banque Carrefour des Entreprises.

Voir : <http://kbopub.economie.fgov.be/kbopub/zoeknaamfonetischform.html>

Si vous êtes employeur, vous devez veiller à ce que soit aussi déclarée la ou les Unités d'établissement qui sont les lieux effectifs de travail de votre personnel, et qui peuvent être différents de l'adresse de référence de votre «entreprise» (qu'il s'agisse d'une entreprise sous forme de société ou de personne physique).

Sans doute, bon nombre d'entre vous sont déjà en ordre avec cette législation, mais il nous est signalé que certains dentistes qui sont employeurs ne sont pas en ordre vis à vis de cette obligation.

Nous vous invitons à vérifier vos données auprès de la BCE.

Cela peut se faire :

- Via Public Search : <http://kbopub.economie.fgov.be/kbopub/zoeknaamfonetischform.html>

- via le Private Search en vous identifiant avec votre Carte d'identité ou votre Token : <https://idp.iamfas.belgium.be/fas/SSOPOST/metaAlias/idp>

Cette démarche d'inscription de votre (vos) unité(s) d'établissement s'avère être pour l'avenir une condition indispensable pour bénéficier de réductions de cotisations et pour garantir la couverture sociale de vos travailleurs.

MD

Pour plus d'infos, voyez votre «guichet d'entreprise» :

- www.sdworx.be

- www.ucm.be

- www.partenahr.be



INFOS PROFESSIONNELLES

S'informer à propos d'EBOLA

Des praticiens et des patients commencent à (se) poser des questions à propos des risques potentiels de transmission de l'infection au cabinet dentaire.

Le SPF Santé publique a mis en ligne une synthèse de l'information à ce propos. Vous pourrez la visualiser en suivant ce lien : http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/19097614_FR#.VEDSXlelnKE

Il n'y a pas d'inquiétude particulière à avoir si toutefois les recommandations d'hygiène standards sont suivies.

Pour rappel, les recommandations du CSS à ce propos (Conseil Supérieur de la Santé) se trouvent dans notre rubrique « documents » : <http://www.dentiste.be/Documents.aspx>

Choisir « SPF Santé publique / CSS »

Recommandations de l'ADA (American Dental Association) :

Une personne infectée par le virus EBOLA n'est pas considérée comme contagieuse jusqu'à ce que les symptômes apparaissent. En raison de la nature virulente de la maladie, il est très peu probable que quelqu'un présentant des symptômes d'EBOLA cherchera à se faire prodiguer des soins dentaires alors qu'il ou elle est gravement malade.

Toutefois, selon la Division des sciences ADA CDC, les professionnels dentaires sont invités à recueillir les antécédents médicaux, y compris un historique des voyages de leurs patients présentant des symptômes suspectant une infection virale.

Tel que recommandé par la Division des sciences de l'ADA, toute personne dans les 21 jours suivant le retour de pays d'Afrique occidentale Libéria, la Sierra Leone et la Guinée peut être à risque d'avoir contacté les personnes infectées par le virus EBOLA et peut ne pas présenter de symptôme.

Si c'est le cas, les professionnels dentaires sont invités à retarder les soins dentaires de routine au patient jusqu'à ce que 21 jours se soient écoulés depuis leur voyage.

Les soins palliatifs pour les états graves de santé bucco-dentaire, les infections et les douleurs dentaires peuvent être fournis si nécessaire, après consultation avec le médecin traitant et en conformité avec les précautions standard et les barrières physiques (gants, masque, lunettes...).

En règle générale, les prestataires de soins bucco-dentaires devraient continuer à suivre les procédures de contrôle de l'infection en milieu clinique, comme décrites dans les recommandations du CDC : <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/index.html>

Les signes et symptômes d'EBOLA sont une fièvre supérieure à 38,6 C, des maux de tête sévères, des douleurs musculaires, des vomissements, de la diarrhée, des douleurs abdominales ou des saignements inexpliqués ou des ecchymoses.

L' ADA : <http://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/ebola-resources?nav=rotator>

MD - OC

Bouche sèche ?

hypozaalix
Solution pour pulvérisation endo-buccale

Prix public 9,98 €

100% substitut salivaire

Substitut salivaire
Hyposalie & Asialie

Restaurer confort et qualité de vie

voir notice

BIOCODEX

Pour votre pension, faites comme Félix-Antoine Savard¹ :

« J'ai beaucoup mieux à faire que m'inquiéter de l'avenir. J'ai à le préparer. »

Votre pension repose sur quatre piliers distincts : la pension légale, la pension complémentaire via votre activité professionnelle, la pension complémentaire individuelle avec avantage fiscal et la constitution d'un capital sans avantage fiscal. Si l'État se charge du premier, vous pouvez agir sur les trois autres.

¹ écrivain québécois (1896-1982)

Le deuxième pilier, encore trop méconnu

Beaucoup de salariés connaissent le deuxième pilier comme étant celui de leur assurance de groupe. Mais en tant que dentiste, savez-vous que vous pouvez aussi y prétendre ? L'engagement individuel de pension et la pension complémentaire libre pour indépendants sont en effet deux solutions qui en font partie. Elles sont idéales pour vous constituer un plan de pension tout en bénéficiant d'avantages fiscaux.

L'engagement individuel de pension

Si vous dirigez une entreprise en tant qu'indépendant, vous pouvez souscrire un engagement individuel de pension (EIP) afin de financer votre pension. Les primes sont alors payées par votre entreprise et sont déductibles en tant que frais professionnels.

La pension complémentaire libre pour indépendants

Que vous soyez indépendant ou dirigeant d'entreprise, vous pouvez également souscrire une pension complémentaire libre pour indépendants (PCLI). Les primes sont considérées comme une charge professionnelle qui vient réduire votre revenu imposable. Conséquence ? Vos cotisations sociales, calculées sur ce revenu, seront diminuées et l'impact fiscal final n'en sera encore que plus important.

Combinables, pour un avantage fiscal maximal

Il est parfaitement possible de combiner les deux formules. De cette manière, vous bénéficiez d'un avantage fiscal maximal. Vous devez néanmoins tenir compte de certaines limites légales. Consultez votre comptable ou votre banquier pour plus de détails.

Bon à savoir : Vous pouvez assortir votre plan d'un volet protection. Votre EIP prévoit, quant à lui, plusieurs garanties complémentaires en option (capital décès minimal ou supplémentaire, rente en cas d'incapacité de travail, capital décès par accident, ...).

Vos cotisations INAMI, une manne pour votre pension extralégale

Vous êtes dispensateur de soins conventionné et vous bénéficiez de cotisations INAMI ? Rentabilisez-les ! Investissez, totalement ou partiellement, vos cotisations INAMI dans un plan de pension complémentaire. De cette manière, vous bénéficiez de tous les avantages d'une pension complémentaire pour indépendant sans rien avoir à déboursier vous-même. Vous pouvez également utiliser vos cotisations INAMI pour financer une assurance revenu garanti.



Bon à savoir : Vous pouvez demander une avance sur votre contrat pour acquérir, construire ou transformer un bien immobilier situé dans l'Espace économique européen.

Bon à savoir : Les plans de pension pour indépendants et dirigeants d'entreprise courent souvent jusqu'à leur 60e anniversaire. Etant donné le relèvement de l'âge légal de la pension, il est peut-être opportun de prolonger ces contrats afin de percevoir le capital un peu plus tard et bénéficier ainsi d'une imposition plus avantageuse. Parlez-en à votre conseiller pour évaluer votre situation personnelle.

Le troisième pilier, le plus populaire

À côté du deuxième pilier, vous pouvez vous constituer une pension supplémentaire via une épargne-pension ou une épargne à long terme avec vos fonds privés. C'est ce que l'on appelle le troisième pilier.

L'épargne-pension : sous la forme d'un fonds ou d'une assurance

Avec l'épargne-pension, vous pouvez investir jusqu'à 950 euros en 2014 et profiter d'une réduction d'impôt de 30 % (+ taxes communales). Deux formules au choix : l'assurance épargne-pension ou le fonds d'épargne-pension. Si vous optez pour une assurance épargne-pension, vous recevez un rendement garanti et, éventuellement, une participation aux bénéfices. En outre, votre capital est protégé. Si par contre, vous visez plus le rendement que la sécurité, un fonds d'épargne-pension est une solution intéressante. Selon le fonds, la partie investie en actions est supérieure, égale ou inférieure aux autres classes d'actifs. Bien sûr, le choix de l'une ou l'autre formule dépend de votre profil d'investisseur et de votre âge. Un conseil général : si vous avez moins de 55 ans, privilégiez un fonds d'épargne-pension. Après votre 55e anniversaire, préférez une assurance épargne-pension.

L'épargne à long terme : alternative intéressante si votre panier fiscal n'est pas déjà rempli

L'épargne à long terme vous permet de constituer un capital pension complémentaire en versant jusqu'à 2 280 euros par an (montant 2014) tout en bénéficiant d'une réduction d'impôt de 30 % (+ taxes communales). Toutefois, si vous remboursez un prêt hypothécaire, il est possible que vous ne disposiez plus de suffisamment d'espace fiscal pour déduire les primes de votre assurance vie. Informez-vous auprès de votre comptable.

Et le quatrième pilier ?

Même en combinant les trois premiers piliers, la pension de certains indépendants hors société risque de rester basse par rapport à leurs derniers revenus professionnels. Raison pour laquelle le quatrième pilier rencontre de plus en plus de succès. Il regroupe les plans d'épargne libres, pour lesquels aucune déduction fiscale n'est possible.

Pour plus d'informations ou un calcul personnalisé, n'hésitez pas à prendre contact avec votre conseiller professions libérales de BNP Paribas Fortis au 02 433 43 32 ou rendez-vous sur le site bnpparibasfortis.be.



**BNP PARIBAS
FORTIS**

| La banque et l'assurance d'un monde qui change



Traitement des troubles obstructifs du sommeil par gouttières endobuccales chez l'enfant et l'adulte

Michel AMORIC

Les gouttières endobuccales sont devenues un moyen thérapeutique validé pour le traitement des troubles respiratoires obstructifs du sommeil et leurs complications cardio-vasculaires, métaboliques et neuropsychiques. Pour mener à bien ces traitements, les professionnels de l'art dentaire sont régulièrement sollicités pour acquérir des connaissances dans ce domaine par des formations, la lecture d'articles ou d'ouvrages spécialisés. Cette nouvelle publication de Michel Amoric est le fruit d'une analyse critique de plus de 500 références internationales. Elle a été conçue pour démêler de façon concise le vrai du faux, le possible du probable en matière d'indications, de contre-indications ou d'effets secondaires. Jusque-là, peu d'ouvrages avaient donné une vision aussi claire et synthétique de ces traitements, chez l'enfant comme chez l'adulte. Espérons que ce nouveau livre comble cette lacune, en apportant au lecteur le même plaisir qu'eut l'auteur à explorer ce domaine avec une écriture « à couper le souffle ».

Michel AMORIC est l'un des premiers spécialistes en orthopédie dento-faciale à avoir développé une stratégie de fabrication et d'utilisation des gouttières thermoformées endobuccales. Depuis trente ans, ses méthodes éprouvées et plébiscitées par la profession ont été largement diffusées dans le cadre des traitements d'orthodontie et des troubles respiratoires obstructifs du sommeil.

Editions : edp sciences

80 pages

Prix : 67€ (frais de port inclus) - membres - 10%

ISBN 978-2-7598-0716-1



Algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur

Olivier ROBIN

Pendant de nombreuses années, les algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur (ADAM) ont été interprétés à travers le seul prisme de l'occlusion dentaire. Aujourd'hui, la communauté scientifique internationale s'accorde pour reconnaître leur étiologie multifactorielle et la nécessité d'une prise en charge rationnelle, reposant sur l'établissement d'un diagnostic précis et la mise en œuvre de thérapeutiques conservatrices.

Cet ouvrage aborde les ADAM à la lumière des données récentes de la littérature et tente d'apporter des réponses argumentées aux questions telles que : les ADAM sont-ils dépendants de l'âge et du sexe du patient, quelles sont les caractéristiques sémiologiques des désordres musculaires et articulaires permettant d'établir leur diagnostic, quelles sont les relations entre les ADAM et les cervicalgies, les céphalées ?

Une évaluation des connaissances est également proposée au lecteur à propos de 10 cas cliniques.

Le professeur Olivier Robin est à la Faculté d'Odontologie Université Lyon 1 et responsable de l'Unité Fonctionnelle « Algies et dysfonctions de l'appareil manducateur » - Service d'Odontologie du CHU de Lyon.

Editions : edp sciences

127 pages

Prix : 44€ (frais de port inclus) - membres - 10%

ISBN 978-2-7598-1043-7



Dépose et remplacement d'un implant

Marc BERT, Philippe LECLERCQ

Le "métier" d'implantologiste comprend deux phases :

la première, et la plus glorieuse, consiste à mettre en place des implants et à y agréger une prothèse, technique maintes fois exposée dans de nombreux manuels ;

la seconde, moins décrite, consiste à remplacer des implants défailants. L'apparition, à un rythme soutenu, de nouveaux systèmes implantaires, de nouveaux fabricants, de nouveaux états de surface, de nouvelles connexions prothétiques, le tout mis en avant par un « marketing » agressif, laisse supposer que les études cliniques, si elles existent, ont été réduites à leur plus simple expression et que les complications, qu'une étude sérieuse auraient permis d'éviter, vont inévitablement apparaître. Combien de systèmes ont été mis sur le marché à grand renfort de publicité, puis discrètement retirés sans aucune explication autre que celles recueillies dans les couloirs des congrès auprès des malheureux utilisateurs, utilisateurs abandonnées à leur triste sort par les fabricants après des échecs cuisants.

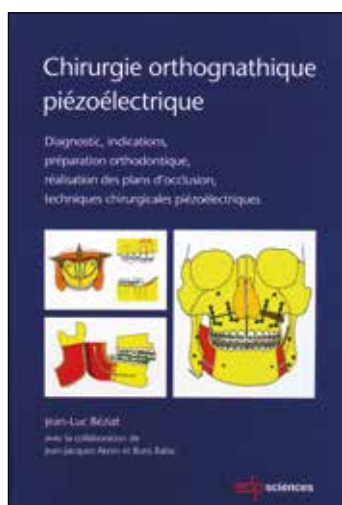
Les auteurs de ce livre ont très vite compris que la dépose d'un implant faisait partie du "métier" nouveau d'implantologiste et qu'ils devaient se donner les moyens, les outils, les compétences et les techniques pour faire face à cette nécessité complémentaire de leur pratique. Et un implant, une fois déposé, se doit d'être remplacé dans un délai raisonnable et avec des chances de succès maximales, dans l'intérêt primordial du patient. Ce sont toutes ces techniques, tous ces outils que les auteurs ont voulu mettre à la disposition des praticiens, d'une manière claire et structurée, allant du cas simple aux cas les plus complexes avec comme fil directeur le nécessaire remplacement de l'implant déposé. Connaître un échec n'est pas une honte, ne pas gérer un échec est une faute. Ne soyez pas fautifs !

Editions : edp sciences

103 pages

Prix : 127€ (frais de port inclus) - membres - 10%

ISBN 978-2-7598-0790-1



Chirurgie orthognathique piézoélectrique

Jean-Luc BÉZIAT, Jean-Jacques AKNIN, Boris BABIC

La chirurgie orthognathique est un volet de la chirurgie cranio-maxillo-faciale qui a été profondément modifié au cours des dix dernières années par l'utilisation de la Piezosurgery®. L'auteur décrit dans cet ouvrage, de façon complète et chronologique, les différentes étapes orthodontique, prothétique préopératoire et chirurgicale de la prise en charge des dysmorphies dento-maxillaires. Il expose de façon extrêmement pratique, pas à pas, les techniques de découpe osseuse ultrasonique précises et atraumatiques qu'il a mises au point en repensant la conception de chaque geste pour en assurer la qualité et la reproductibilité. A chaque étape, le lecteur trouvera, dans un texte expliquant « pourquoi » et « comment faire », une réponse précise à ses interrogations. Cet aspect pratique est renforcé par une iconographie extrêmement complète associant 1284 schémas personnels et photographies cliniques ou opératoires. Ce travail est le fruit d'une expérience acquise tout au long d'une carrière et d'une collaboration multidisciplinaire. Il s'adresse donc aux internes, chefs de clinique et chirurgiens maxillo-faciaux, aux orthodontistes et aux prothésistes, c'est-à-dire à tous ceux qui prennent en charge cette pathologie et sont à la recherche de solutions rationnelles pour améliorer la qualité de leurs résultats.

Dans cet ouvrage richement illustré, l'auteur présente « pas à pas » et dans l'ordre chronologique les étapes de chirurgie, permettant au lecteur d'aborder l'ouvrage dans son intégralité ou pour un point précis.

Editions : edp sciences

400 pages

Prix : 147€ (frais de port inclus) - membres - 10%

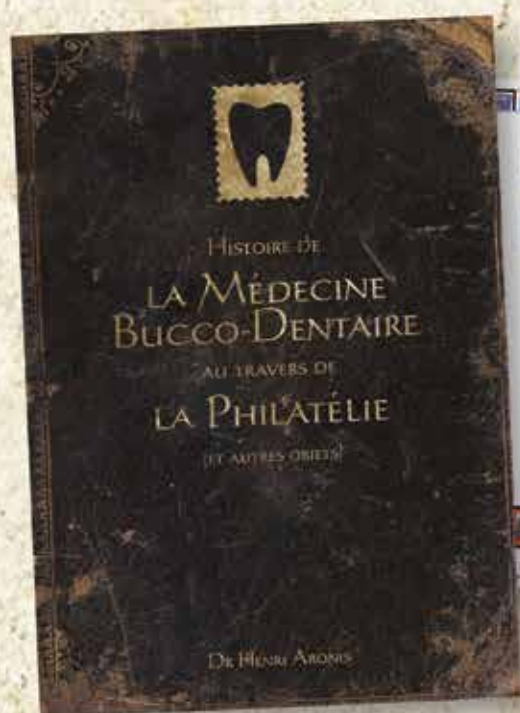
ISBN 978-2-7598-0650-8

VIENT
DE PARAÎTRE

HISTOIRE DE LA MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE AU TRAVERS DE LA PHILATÉLIE (ET AUTRES OBJETS)

par le Dr Henri ARONIS

Président d'Honneur de la Société de Médecine Dentaire



Livre formant un ensemble de **19 différents chapitres** soit **± 360 pages (A4)**, comprenant du texte explicatif et **± 2 000 images** en couleur, dont **700 timbres**, **500 documents philatéliques** (FDC, Cartes max., flammes ...) et **800 documents illustrant le thème** (photos, documents, ...)

Les personnes qui désireraient se procurer ce livre peuvent faire appel au fournisseur ci-dessous mentionné :

Courriel : livre.philatelie@gmail.com

Il ne vous fera payer que ses frais d'imprimerie et de reliure (36€). Il faudra, de plus, ajouter les frais d'envoi de France, variables selon le nombre d'exemplaires commandés.

(Tarif de la poste par exemplaire en début septembre 2014 : France : 6,65€ – Europe : 9,80€.)

Study-Clubs



Brabant Wallon

Lieu : Cliniques St Pierre à Ottignies - Av. Reine Fabiola 9 - 1340 Ottignies
Entrée par les urgences

Responsables : Christine VRANCKX -02 354 21 90 • Olivia PAULUIS 082 73 09 42
Jacques WALENS 02 522 70 95 • Jean-Pierre SIQUET 02 387 01 07

Les soirées débutent à 20h00. Les conférences débutent à 20h30 précises et durent 90 minutes.
Petite restauration et verre de l'amitié avant et après la conférence.

9 décembre 2014 : Traitement de l'agénésie des incisives latérales - *D BLASE*



Bruxelles

Lieu : County House, Square des Héros 2-4 à Uccle

Responsables : Véronique FRANCCQ - 02 375 02 63 • Fabienne SIRALT - 02 534 45 58
Accueil à 19h45, conférence à 20h15 précises, suivie du drink de l'amitié avec petite restauration.

2 décembre 2014 : Matériaux en prothèses fixes et amovibles - *A DRAILY, Ph PERRIN, Ch RAUTER*

3 février 2015 : Soirée de Ste Apolline



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 soirées débutent à 20h30 précises, accueil apéro dès 20h00. Petite restauration avant et après la conférence.

19 novembre 2014 : Radioprotection pratique au cabinet dentaire - *X DELCORPS*

28 janvier 2015 : La prévention des fractures en endodontie - *J-P SIQUET*

ATTENTION

Votre présence au Study-Club sera dorénavant enregistrée par scanning du code barre de votre carte de membre ou d'une prescription.
Veuillez toujours vous munir de ces documents.





Hainaut Occidental

Lieu : Hôtel Cathédrale - Place Saint-Pierre 2 - 7500 Tournai

Responsables : Olivier DUMORTIER - Tél. : 056 34 65 85 • Nathalie SENGER - Tél : 056 33 73 55
e-mail : studyclubhainautoccidental@skynet.be
Accueil dès 19h30 avec sandwiches garnis et boissons. Début de la conférence à 20h00 précises.

19 février 2015 : Sujet professionnel - *A BREMHORST*

23 avril 2015 : Option de reconstruction coronaire totale - *Ch HARDY*

29 octobre 2015 : Sujet de stomatologie - *Dr P MAHY*



Huy

Lieu : FOURNEAU Ste ANNE - Rue E. Quique 6 à 4520 Vinalmont-Wanze

Responsables : Philippe LHOEST - 085 21 37 67 • Cécile MICHAUX - 085 71 12 44
Michel MINUTE - 019 33 03 53 • Raphaël PRAPOTNICH - 085 71 12 44
Les soirées commencent à 20 h précises. Repas offert sur réservation obligatoire au 085 21 37 67 au plus tard la veille.

20 novembre 2014 : Dentiste et tabac en 2014 - *Th VANVYVE, Th MICHIELS, V SEHA*



Liège

Lieu : Restaurant Marco Polo - Rue du Sart-Tilman, 343 - 4031 Angleur

Responsables : Philippe GOHMANN - 04 371 28 74 • Jean-Paul SMONS - 04 226 53 51
Accueil dès 19h45, conférence à 20h30.

Bientôt de nouvelles dates et sujets

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.



Lieu : LA FONTAINE - Place du Parc 31 à Mons

Responsables : Benoît CAMBIER - 065 31 79 35 • Xavier LHOIR - 0474 21 09 47

Drink d'accueil dès 19h30, conférence à 20h précises,
cocktail dînatoire après la conférence.

6 novembre 2014 : Esthétique et prothèse sur implant(s) - *C LEGROS*



Lieu : Château de Namur - Avenue de l'Ermitage, 1 - 5000 Namur

Responsables : Françoise Goossens - 081 30 53 81 • Chantal Hossay - 081 61 56 05

Dominique Scalais 081 64 02 24

Les soirées débutent à 19h30, conférence à 20h30 précises, cocktail dînatoire à 22h00.

18 novembre 2014 : Les déterminants de la réhabilitation implantaire unitaire en zone esthétique - *D EYCKEN*

31 mars 2015 : De la communication à la planification implantaire - *M GABAI*

28 avril 2015 : Endodontie et prothèse : comment bien intégrer l'endodontie au plan prothétique pour éviter les mauvaises surprises - *J-P SIQUET*



Lieu : Restaurant « Le Brévent » - Route d'Oneux, 77 B - 4800 Verviers

Responsables : Marthe THOMAS - 087 31 35 99 • Oleg BEKISZ - 087 23 06 60

Kenton KAISER - 087 67 52 25

Les soirées débutent à 20h00 précises, les conférences à 20h30.

Inscription et réservation de repas souhaitées par mail à scverviers@gmail.com

20 novembre 2014 : Le sinus - *B LOMBART, M GABAI*

ACCREDITATION DEMANDÉE : 10 UA - Formation continue : 1h30 par SC. Les membres de la Société de Médecine Dentaire ont accès GRATUITEMENT aux SC (prière de vous munir de votre carte de membre). Le non-membre est le bienvenu au Study Club de sa région, moyennant le paiement d'une participation aux frais de **50 euros**. Toutefois, il est invité à annoncer sa visite à un des responsables du Study-Club concerné (sauf Brabant Wallon et Bruxelles), dont vous trouverez les coordonnées sur ces pages.

Annonces

Pour des raisons de confidentialité, les adresses e-mail et les numéros de téléphone ont volontairement été supprimés des annonces.

Pour répondre à une annonce, veuillez vous connecter sur notre site www.dentiste.be, rubrique Annonces, sélectionner l'annonce désirée et cliquez sur Plus de détails pour faire apparaître le formulaire de réponse.

Dentiste - *cherche emploi*

327 - BRUXELLES - Cabinet dentaire quartier Louise recherche assistante dentaire pour compléter notre équipe. Envoyer nous votre CV + photo

346 - Chastre - Je suis une dentiste généraliste, en activité depuis 2010, et je recherche une collaboration de 1-2 jours/semaine dans le Brabant Wallon, idéalement près de Wavre/Gembloux. N'hésitez pas à m'envoyer un mail/téléphoner si intéressé.

382 - Etterbeek - Cherche un ou une DG pour me remplacer durant mon congé de maternité. Possibilité de collaboration à long terme également. Cabinet situé à Wemmel, de décembre 2014 à février 2015.

242 - BRUXELLES - English, Danish, Russian speaking dentist /18 years of experience, 2 years in Denmark, 6 years experience in hospital dentistry-maxillo-facial surgery / working in Brussels is looking for a new professional challenge primo 15.09.2014

264 - BRUXELLES - Dentiste généraliste/paro/implanto expérimenté cherche temps partiel 2/3jrs par sem. sur le sud de Bruxelles; Uccle, Ixelles, Waterloo, Braine... N'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone.

395 - BRUXELLES - Je suis une dentiste UCL de 86 + Sp.proth ULB 87 Je recherche un part-time/ collaboration à Wavre ou Brab.Wallon. J'ai pratiqué durant 22 ans en cabinet privé, seule à Brux, puis en Guadeloupe un mi-temps plus de 4 ans. Merci de me contacter.

Dentiste - *cherche collaborateur*

307 - LOUPOIGNE - Recherche orthodontiste formé ou à former pour cabinet d'orthodontie exclusive : nombreux patients en attente.

310 - BRUXELLES - Cabinet dentaire haut standing tout numérisé, rémunération intéressante.

311 - MONS - Le CHR Mons-Hainaut recherche un ou plusieurs dentistes généralistes. Conditions financières très avantageuses. Nombreuses vacances disponibles sur site de Mons ou de Warquignies.

313 - LIEGE - Liège - Dentiste cherche collaborateur (-trice) pour deux jours / semaine - mardi et jeudi.

314 - NANDRIN - Collaboration à long terme. Sérieux !! 3 demi-jours semaine. Conditions à discuter lors d'un entretien.

315 - SERAING - Maison médicale Seraing cherche dentiste pour collaborer ds une équipe pluridisciplinaire. Matériel récent, rx et pano numériques, secrétariat.

322 - REBECQ-ROGNON - Etant en traitement de maladie pour plusieurs mois, je cherche un (e) dentiste pour assurer un minimum le suivi de mes patients. Les jours et heures seraient à convenir. Mon cabinet se situe ds le B Wallon, limite du Hainaut. Tél 0478/586811.

329 - OUD TURNHOUT - Ch. DG pour projet pilote soins personnes âgées durant 2 mois en prov. du Limbourg. Possibilité d'engagement à long terme. Patho intèrès, bonne rémun., structure confort. Personnel aidant, horaire agréable. Contact 0496 237 061 connais du NL souhaitée.

331 - WAVRE - Cherchons un/e stomato pour cabinet pluridisciplinaire à Wavre pour 1 ou 2 jours/ sem contact : 010 86 68 99 (soir) ou 0495 21 05 05.

332 - LEUZE - recherche dentiste pour un remplacement congé de maternité (début janvier, début avril). Cab de groupe, 3 dentistes généralistes et deux orthodontistes horaires à convenir.

333 - BRUXELLES - Cabinet dentaire près de la Basilique de Koekelberg (3 fauteuils, tout neuf, tout numérisé, secrétaire etc.) cherche dentiste généraliste pour mardi après-midi, mercredi, vendredi matin, samedi. Envoyer CV et lettre de motivation pour un entretien.

334 - BRUXELLES - Cherche dentiste spécialisé en Parodontologie pour compléter son équipe. CV à envoyer par mail. patricia.navez@gmail.com

335 - WATERLOO - Centre médical pluridisciplinaire en construction cherche dentistes spécialistes pour compléter offre.

336 - LIEGE - Cabinet dentaire, région liégeoise, cherche collaborateur(-trice), 3 installations, 2 assistantes, Rx digitale, informatisé et parfaitement équipé, Patientèle en attente.

338 - BRUXELLES - Le centre médical Zavelput, situé à Neder-Over-Heembeek cherche un dentiste afin de compléter l'équipe. Forte demande de soins dans un quartier en plein essor. Pour tout renseignement, contacter le Dr Zinga au 0495/456146.

340 - WANDRE - Cabinet dentaire parfaitement équipé (informatisé, Rx digitale, assistante) région LIÉGEOISE cherche collaborateur (-trice) 1-2 jours/sem.

342 - BRUXELLES - cabinet dentaire situé centre Bruxelles (informatisé, rx digitale, assistante, box voiture) cherche dentiste conventionné mi-temps.

345 - BRUXELLES - Cherche dentiste généraliste pour deux jours par semaine. Cabinet situé à Etterbeek, informatisé, moderne.

348 - FRASNES-LEZ-BUISSENAL - Cabinet familial à Frasnes recherche orthodontiste sérieux et motivé pour patientèle en attente ! Cabinet équipé de la pano, informatique, etc. Collaboration à long terme souhaitée.

351 - BRUXELLES - Cherche dentiste généraliste ou spécialiste pour travailler dans un centre dentaire proche du shopping de Woluwe. Très bonne ambiance de travail. Réponse de préférence par mail, merci à vous.

352 - Wemmel - cabinet dentaire situé à Wemmel, cherche dentiste généraliste (m/f) sérieux et motivé pour travailler 2 jours/semaine. collaboration à long terme.

358 - CHARLEROI - Centre pluridisciplinaire entièrement informatisé cherche dentiste consciencieux-longue collaboration pour reprendre grande patientèle suite départ maternité.

361 - AMAY - Cabinet dentaire spécialisé DG Ortho Implanto informatisé, 3 fauteuils, 2 assistantes, cherche DG et/ou Pédodontologie, sérieux, motivé à partir du 1/01/2015.

363 - GRAND LEEZ - cabinet dentaire deux fauteuils bien équipé, informatisé, numérisé, moteur d'endodontie, localisateur d'apex, pano à Namur

366 - NAMUR - Cabinet pluridisciplinaire full équipé (salle d'op, 3D, Piezo...) situé à Namur cherche parodontologue exclusif - 1 ou 2 jours/semaine.

367 - BRUXELLES - recherche une dentiste aimant aussi la pédo pour un temps partiel. Cabinet neuf, numérisé situé dans quartier agréable sud de Bruxelles (WB). Me contacter par mail si intéressée.

371 - BOIS D'HAINÉ - Cherche ortho pour reprendre patientèle dans cabinet de groupe. 3 fauteuils rx + pano digitale. 2 assistantes

372 - BRUXELLES - je cherche spécialiste paro pour association sur Bruxelles sud

377 - BRUXELLES - Cherche remplaçante DG conventionnée du 14 nov.au 15 déc. cause opération. Cabinet situé à 1150 BXL Contact : 0499100548

380 - SOMZEE - recherche DG ou DS pour cab dent neuf et informatisé dans bât entièrement rénové composé de 5 cab méd et paraméd, espace cuisine et repos commun, parking aisé, proche grands axes. Patientèle assurée.

381 - WANGENIES - Une équipe soudée composée d'1 paro/implanto, de 2 DG et d'1 DSO cherche DG aimant pédo mais non exclusif ou pédo exclusif (min 2 j/sem, possibilité 4 j) pour collaboration de longue durée; consultation existante, 3 assit.; équipement de pointe

391 - BRUXELLES - Cabinet à Ixelles (déménagement prochain à Schuman) - 2 fauteuils cherche ortho dynamique pour compléter équipe de 3 DG pour ortho enfant/adulte, et aussi pré-implantaire/pré-prothétique. FR et ENG.

396 - MONS - Nous cherchons un parodontologue pour compléter notre équipe pour 1 j/sem. Cabinet super équipé composé de 4 fauteuils, une radio panoramique, radio numérisées et 3 secrétaires.

398 - BRUXELLES - Cabinet pluridisciplinaire (généraliste/implanto/paro/ortho/logopède) cherche 2^{ème} orthodontiste pour compléter l'équipe et prendre en charge patients en attente.

402 L'Hôpital Universitaire Erasme engage, sur son site de la Polyclinique de Nivelles, un(e) Dentiste (H/F) généraliste consultant indépendant rémunéré à l'acte. Envoyez votre candidature via notre formulaire en ligne repris sur : www.erasme.ulb.ac.be

403 L'Hôpital Universitaire Erasme engage, sur son site de la Polyclinique de Nivelles, un(e) Dentiste (H/F) spécialiste en parodontologie consultant indépendant rémunéré à l'acte. Envoyez votre candidature via notre formulaire en ligne repris sur : www.erasme.ulb.ac.be

Dentiste - Cherche assistante, secrétaire

325 - WAVRE - cherchons assistante dynamique et flexible pour part time à convenir Wavre et LLN (statut employé ou indépendant) 010 866899 (le soir) 0495216815

330 - BRUXELLES - Cabinet dentaire quartier Louise recherche assistante dentaire pour compléter notre équipe. Envoyez nous votre CV + photo

360 - BRUXELLES - Assistante motivée, professionnelle. présentation impeccable. Travail au fauteuil. Mi-temps 20h.

Assistante - cherche emploi

321 - OVERIJSE - son expérience, ses compétences et son dévouement. Je suis disponible immédiatement et flexible concernant les horaires. Je recherche un emploi 1/2 tps, 3/4 tps ou remplacements temporaires en Brabant wallon, Namur, Bruxelles.

328 - BRUXELLES - Excellente présentation, professionnel. J'ai de l'expérience en implantologie, endodontie, esthétique et général. Région Bruxelles et ses alentours. Vous pouvez me contacter au 0476 312 847.

355 - BRUXELLES - Assistante dentaire expérimentée (soins conservateurs, prothèse, chirurgie parodontale et implantaire), excellente présentation, cherche 3/4 temps en cabinet privé. Contact : 0495 713 834

357 - SARS-LA-BUISSIÈRE (LOBBES) - De formation en secrétariat médical, je recherche un emploi en tant qu'assistante dentaire dans le Hainaut, Brabant wallon ou Namur. Soif d'apprentissage pour ce métier, motivée, bonne présentation !

365 - BRUXELLES - Assistante, 5 ans d'expérience propose ses services pour petite ou moyenne structure à Bruxelles.

397 - BRUXELLES - Je m'appelle Christine Souris. Je cherche un emploi dans un cabinet en tant qu'assistante dentaire 3/4 temps. Je travaille dans ce domaine pour le cabinet dentaire Florescu et pour la dentiste Mme Florescu, Mme Samaey et Goubely.

Cabinet à vendre - à remettre

306 - BRUXELLES - Maison 300 m², 1 parking ext. 1P. int. pour 2 voitures, jardin devant et jardin clos de murs derrière. RX digitalisée, patientèle CE.

316 - BRUXELLES - Cabinet à vendre à BXL Bd Edmond Machten Informatisé RVG Faibles charges. 22 000 Euros. 0489 11 80 85.

353 - BRUXELLES - Cabinet dentaire performant à céder à l'Est de Bruxelles. Possibilité d'acquérir conjointement les murs dont 1 box fermé. L'implantologie et la dentisterie générale sont dispensées dans cette structure. Superficie 110m². 00 32 476 46 38 39.

356 - NYONS - Nyons (Drôme Provençale) vend cabinet pour retraite fin 2014 au plus tard. Radio fauteuil Planmeca meubles Triangle) rdc jardin parking privatif toutes normes, handicapés. FRAIS RÉDUITS, centre ville, lumineux patientèle en forte demande, station climatique (oliviers lavande etc) sans Mistral (vent) 300 j de soleil, sports etc, qualité de vie et de travail exceptionnelle. Sans personnel à reprendre. Présentation de patientèle si souhaiter. N'hésitez pas à prendre contact pour toutes les précisions nécessaires. 0681092712 Répondre à l'annonce Département : Drôme (26) 28 000 €

386 - LIEGE - A remettre à Liège (Cointe) - cabinet dentaire équipé, en activité, très bien situé ds quartier agréable, au rez-de-chaussée, 70 m², local pour 2ème cabinet préinstallé ou autre affectation, cave, double parking privé. Tél. après 20h au 0474544532

390 - BRUXELLES - Cabinet dentaire à vendre. 20 ans d'existence. Emplacement privilégié, proximité Av. Louise - Bois de la Cambre. Intérieur design moderne. 3 salles de soins entièrement équipées. Un excellent investissement immobilier et professionnel.

271 - Liège - A remettre à Liège, cabinet dentaire équipé, situé au rez-de-chaussée, dans un quartier très agréable (Boulevard Frère Orban), Bonne accessibilité

Cabinet à louer

320 - BEN AHIN - Cabinet dentaire à louer à Huy entièrement équipé - disponible de suite. Renseignements : 085/25.23.25 le matin.

339 - EZEMBEEK-OPPEM - Beau cabinet dentaire Wezembeek-Oppeem à louer le mercredi pour orthodontiste ou autre. Modalités à convenir.

354 - BRUXELLES - Laeken (quartier pagodes) cabinet pour DG à louer du lundi au vendredi pour création. 600 € / mois + 100 € frais provision.

384 - BRUXELLES - Loue cabinet ODF lundi mardi vendredi. Pano télé 2 fauteuils... possibilité secrétariat pour prise de RDV.

Matériel - à vendre

305 - ATTERT-POST - appareil radiologie panoramique et cephalo sirona orthophos avec un vistascan combi avec plaques phosphores pour rx intra-buccales. parfait état de fonctionnement. prix neuf vistascan 15000 € prix demandé 9500 € pour le tout

385 - HALLE - A vendre microscope Optomic OP-DENT (modèle fixé au plafond), âgé de 5 ans, en parfait état. Facile à transformer en fixation murale ou sur pied. 2999 € pièce. Optomic OP-DENT te koop (plafon-model). 5 jaar oud en in perfecte staat. Makkelijk om te bouwen naar wandmodel of statief. Kostprijs : 2999 € per stuk.

387 - TILFF - panoramique Planmeca PM 2002 EC de 1990; très bon état pour 500 euros.

389 - BRUXELLES - Unit Sirona C3, RX Sirona Héliodent DS, armoires Dental Art 6 éléments, compresseur Dürr Dental Tornado 70S, aspiration chirurgicale Dürr Dental 0734 et tout le petit matériel dentaire. Utilisé à temps partiel, très bien entretenus. 6.500 euros.

393 - RETINNE - AV Unit Flex Intégral 1998 en TB état de fonction. Entretien complet 12/2013. 1500 € Tél: 04 358 90 60

394 - RETINNE - AV Kodak 8000 Panoramic Digital System de 2006. Cuve + générateur de février 2014. 7500 € Tél: 04 358 90 60

Cherche

362 - BRUXELLES - Cherche dentiste généraliste. Cabinet dentaire situé à Saint Josse, avec logiciel baltes, patientèle importante et en attente. Avec deux fauteuils.

Stagiaire - cherche maître de stage

392 - BRUXELLES - Cherche un maître de stage. j'ai obtenu mon diplôme en Roumanie et exerce depuis 1 an. j'ai obtenu la reconnaissance du diplôme auprès du SPF Sante et je dois effectuer un stage de 1 an pour obtenir le n°INAMI.

Pour consulter

TOUTES

les annonces,

ou publier

une annonce,

rendez-vous sur

notre site :

www.dentiste.be

rubrique

"Annonces"

“ TROUVEZ LE
PROGRAMME
QUI VOUS
RESSEMBLE ”

Dr E. Binhas,
Président & Fondateur



Une méthode de dentiste
pour des dentistes



Une méthode complète,
personnalisée et pratique



Une évolution en douceur,
système par système

NOS PROCHAINS SÉMINAIRES

OMNIPRATIQUE

RENNES 29 & 30 janvier 2015

PARIS 12 & 13 mars 2015

IMPLANTOLOGIE

BRUXELLES 15 & 16 janvier 2015

ESTHÉTIQUE

MARSEILLE 5 février 2015

STRASBOURG 12 & 13 février 2015

LYON 5 & 6 mars 2015

ORTHODONTIE

PARIS 26 & 27 mars 2015



GROUPE
EDMOND
BINHAS



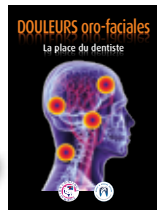
Pour une vie professionnelle plus épanouie, appelez-nous au : +33 (0)4 42 108 108 / contact@binhas.com

www.binhas.com

Agenda

6 novembre 2014 Douleurs oro-faciales

Lieu : Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=530



COMPLET

9 décembre 2014 Peer-review

Lieu : Diamant - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=525



7 novembre 2014 Gestion des conflits

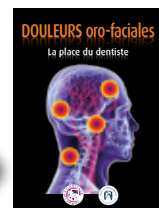
Lieu : SMD - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=523



COMPLET

5 novembre 2014 Douleurs oro-faciales

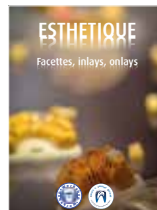
Lieu : Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=530



COMPLET

15 novembre 2014 Workshop : Facettes, inlays, onlays

Lieu : GC - Heverlee
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=529



COMPLET

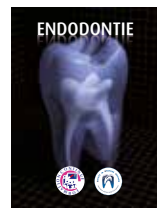
5 décembre 2014 Piezocision

Info : SBParo
www.pardontologie.be



22 novembre 2014 Endodontie : simplifier les cas complexes

Lieu : SMD - Namur
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=534



12 décembre 2014

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



27 novembre 2014 Gestion du temps

Lieu : Diamant - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=524



COMPLET

ACCÉDEZ AU SITE DE LA SMD DIRECTEMENT SUR VOTRE
SMARTPHONE EN SCANNANT CE TAG



web



Cycle de formation en Endodontie travail sur fantôme, situation réelle

Formation limitée à 25 praticiens

Durant ce cycle, les praticiens se familiariseront aux dernières techniques de l'endodontie, au microscope dentaire et au travail à 4 mains en travaillant sur des fantômes équipés de scalytique, turbine, contre-angle, aspiration, ...
(comme au cabinet)

GRATUIT POUR LES ASSISTANTES



-  Diagnostic et prise de décision (cone beam, ...)
-  Comment faire le bon plan de traitement?
-  Placement de la digue (différentes situations, astuces, ...) (Workshop)
-  Pénétration initiale du système canalaire (comment éviter les complications, comment résoudre les complications) (Workshop)
-  Mise en forme canalaire avec 2 systèmes différents (rotations continue et alternée) (Workshop)
-  Mise en forme canalaire avec un seul instrument. Info ou intox? (Workshop)
-  Choisir la meilleure obturation adaptée à chaque praticien. (Workshop)
-  Enlèvement de tenons & instruments fracturés sous microscope. (Workshop)
-  Comment gérer les perforations? (Workshop)
-  Mise au point sur la revascularisation en endodontie.
-  Retraitement endodontique avec 2 systèmes différents. (Workshop)
-  Restauration des dents traitées endodontiquement. Quand et comment utiliser les tenons en fibres de verre et les matériaux de reconstitution? (Workshop)

Dates

vendredi = après-midi
samedi = toute la journée

2 groupes en 2015

Groupe 1:

- Vendredi 13/02/15
- Samedi 14/02/15
- Vendredi 06/03/15
- Samedi 07/03/15

Groupe 2:

- Vendredi 23/10/15
- Samedi 24/10/15
- Vendredi 13/11/15
- Samedi 14/11/15



Renseignements et inscription : www.endotc.be ou www.dentisphere.com (Endo Training Center)
email : info@endotc.be Téléphone : +32 2 732 41 46

Des praticiens spécialistes aguerris à la pratique privée et ses contraintes, des universitaires amenant un regard scientifique pour une formation complète et équilibrée. Une partie des fonds générés permettront au groupe Endo de l'UCL de financer ses activités de recherche, et ainsi de continuer à fournir des informations de qualité.

Wiels Centre
d'Art Contemporain
jusqu'au 11 janvier 2015

Mark Leckey
"Enchanter la matière vulgaire"



©Patricia Mathieu



Une grande rétrospective de l'œuvre de l'artiste anglais (1964) est présentée au Wiels. Mark Leckey est l'un des artistes les plus influents pour la génération d'artistes qui émerge dans les années 1990.

Sa reconnaissance est confirmée lorsqu'il gagne, en 2008, le prestigieux Prix Turner Art. En 1999, il se fait remarquer par une vidéo "Fiorucci made me handcore", véritable hymne à la culture de la danse underground britannique.

Vous découvrirez au fil de l'exposition des performances films, des installations, des marques, des produits connus (Benson and Hedges, Samsung...) qui sont abordés dans une réflexion sur notre condition actuelle et présentés de façon critique et aussi divertissante. Le projet révèle la fascination de l'artiste pour les choses qu'elles soient matérielles ou immatérielles, précieuses ou "vulgaires"

De nombreux objets achetés ou empruntés par les collaborateurs de Mark Leckey, côtoient ou correspondent à des œuvres digitales et variées de l'artiste. Ainsi le visiteur découvre une gargouille médiévale en pierre, un casque de cyberman, une momie de chat égyptienne, la relique d'une main du Victoria and Albert Museum datant de 1250.

Un énorme Fritz the Cat entre sol et plafond ravira aussi les enfants. Musique, éclairages divers, pénombre, exposition dans l'exposition sont tous les ingrédients pour agrémenter cette visite et découverte.

Adresse : Wiels Avenue Van Volxem, 354 - 1190 Bruxelles - info : www.wiels.org

L'Atomium : Exposition permanente et Exposition temporaire "Intersection 3" jusqu'au 16 novembre 2014



La construction de l'Atomium date de 1956. André Waterkeyn en est l'architecte .

L'ouverture de l'Atomium se fit en 1958 pour la fameuse exposition universelle.

Régulièrement sont organisées des expositions temporaires uniquement basées sur l'Architecture et le Design.

Jusqu'au 16 novembre, "Intersection 3" nous révèle trois artistes belges.

Vera Vermeersch travaille la tapisserie. Parmi les tapis se trouvent des reproductions d'œuvres de Roger Raveel, Fred Bervoets , Michel Buylen et des créations originales. Hugo Meert, designer, expose ses céramiques et Kaspar Hamacher ses travaux en bois. (voir photos)

L'exposition permanente nous dévoile l'univers des Fifties, et la création de l'édifice. Le visiteur découvre au fil du parcours des plans, des dessins, des photographies, des vidéos et les moments de cette fameuse exposition universelle de 1958.

Info : 02 475 47 75

Exposition Rubens Palais des Beaux-Arts de Bruxelles du 25/9/2014 au 4/1/2015

Une magnifique exposition consacrée à Rubens (1577-1640) et aux peintres ayant été influencés par la peinture de ce grand artiste. Rubens aimait la chair et la peignait à pleine dents. Les femmes ont la peau blanche et lumineuse, les hommes la peau plus basanée. Pour réussir cette sublimation de la peau de ces femmes voluptueuses, Rubens posait une couche de gris et de vert pour ensuite étaler du blanc et du rose. Cela lui permettait d'avoir une peau presque blanche, translucide et nacrée laissant entrevoir le bleu des veines. L'artiste aimait peindre les plaisirs de la vie, les fêtes, les foires en Flandre, des descentes de Croix, des plafonds sublimes avec une échappée vers le ciel (commandes) mais était un immense portraitiste. On découvre le magnifique tableau du couronnement de Marie de Médicis, et d'autres beaux portraits de femmes de l'époque (ayant sollicité l'artiste)

Pendant cette visite, dont le parcours à la scénographie est bien réussie (murs peints en rose, en blanc...), nous découvrons les œuvres d'autres artistes influencés par ce grand maître. Des tableaux de Watteau, Delacroix , Manet, Kokoschka, Picasso, Gustave Klimt jouxtent les créations de Rubens. Celui de Gustave Klimt n'est pas du style qu'on lui connaît, il est placé juste à côté du tableau de Rubens, côte à côte. L'influence est flagrante. Une exposition que je vous conseille vivement, à savourer pour tous ces détails, ces personnages (Silène), ces animaux et toutes ces femmes admirablement bien peintes. Un retour vers le 17^{ème} siècle.

Palais des Beaux-Arts rue Ravenstein, 23 1000 Bruxelles





Votre prêt en moins de temps
qu'il n'en faut pour dire
dysfonction temporo-mandibulaire.

VOUS POUVEZ COMPTER SUR NOS CONSEILLERS PROFESSIONS LIBÉRALES.
Prenez rendez-vous au 02 433 43 32 ou surfez sur bnpparibasfortis.be/professionliberale



**BNP PARIBAS
FORTIS**

| La banque et l'assurance d'un monde qui change

bnpparibasfortis.be

Plus qu'un service. Une solution à vie.



Straumann® CARES® Scan & Design a été conçu pour offrir au laboratoire dentaire la flexibilité des restaurations CARES® sans la nécessité d'investir dans un système CAD/CAM.

Straumann® CARES® Scan & Design offre

- un accès aisé à notre gamme complète de solutions numériques prothétiques haut de gamme ;
- les avantages de la connexion implant-pilier Straumann® originale ;
- la garantie Straumann®.

Pour de plus amples informations, contactez Straumann au
+32 2 790 10 00 - caresdesign.be@straumann.com -
www.straumann.be