



LE POINT

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

7^{ème} Congrès de la Société de Médecine Dentaire

15-16-17 octobre 2015

Dolce-La Hulpe



Traiter
c'est innover

www.dentiste.be



Etude clinique novatrice par examinateurs indépendants démontre **une perte significativement plus faible** d'implants Straumann comparé à 7 autres marques¹.

- Analyse d'une étude clinique de plus que 11000 implants chez 2765 patients avec un follow up de 9 ans
- L'étude démontre pour la première fois la relation directe entre le taux de perte d'implants dentaires et la marque utilisée. Straumann a le taux de perte d'implants le plus faible comparé aux sept autres marques reprises dans cette étude
- Les résultats sont très appropriés pour des dentistes qui basent leur choix d'implants sur des preuves cliniques
- Cette étude indépendante a été publiée dans le magazine notable Journal of Dental Research

1. *www.researchgate.net/publication/263000166* *Journal of Dental Research*, 2013; 92(10): 1100-1106

Pour de plus amples informations sur cette étude ou nos produits, contactez Straumann : +32 (0)2 730 10 00, info.be@straumann.com, www.straumann.be

Engagez-vous !

Nous sommes très fiers, à la Société de Médecine Dentaire, d'avoir terminé l'année 2014 en comptant 1740 Consœurs et Confrères membres de notre association. VOTRE association.

"L'Union fait la force" clame la devise d'un petit pays. *"Liberté, Egalité, Fraternité"*, celle de son voisin qui l'a tant influencé jadis.

Ce ne sont pas des vains mots. Ce sont des valeurs que nous cultivons à la Société de Médecine Dentaire. Malgré les différences d'exercices des Consœurs et des Confrères, qu'il s'agisse de diversité régionale, de diversité de spécialités, de diversité de patientèle, etc., nos succès se fondent sur l'Unité et le Respect.

En ces temps où on parle beaucoup d'austérité, certains regardent si l'herbe est plus verte ailleurs. A voir les nombreux praticiens étrangers venir s'installer chez nous, (même des parisiens !), il faut décidément croire que les conditions d'exercice de la Profession dentaire en Belgique sont très attractives, malgré le taux d'imposition sévère, comparé à celui des autres pays de l'espace européen.

Les succès engrangés par notre Profession, nous les devons au travail opiniâtre de Consœurs et de Confrères comme vous, qui consacrent une part de leur activité à travailler pour le bien commun de la Profession. C'est pour l'un un jour par mois en réunion à Bruxelles, pour l'autre quelques heures derrière son ordinateur à penser, rédiger ou relire un projet de nomenclature, pour le dernier à découvrir l'envers du décor de l'INAMI ou du SPF Santé publique.

Je voudrais saluer ici tous ceux que nous appelons nos « mandataires » et vous inviter à vous faire connaître si vous désirez, vous-aussi, jouer ce rôle un peu différent. Un courriel à info@dentiste pour vous manifester nous fait toujours plaisir.

Et si vous ne vous sentez à l'aise que dans votre activité de dentiste clinicien, sachez qu'une magnifique façon de cultiver l'unité et la fraternité est de ... devenir Maître de stage pour les jeunes confrères qui nous rejoignent. La Société de Médecine Dentaire peut vous coacher dans cette démarche susceptible de relancer votre carrière professionnelle, voire de la prolonger et de l'alléger.

Nous ne sommes pas en période de tourmente. Notre Profession reste une des Professions les plus stables. Le danger serait de nous endormir. Notre engagement, votre engagement, sont indispensables pour préparer la Profession à Demain. Engagez-vous !

Michel DEVRIESE
Président





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



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.



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Compte donneur d'ordre (IBAN)	<input type="text"/>		
Nom et adresse donneur d'ordre	<input type="text"/>		
Compte bénéficiaire (IBAN)	B E 2 0 0 6 8 2 3 2 7 5 4 4 5 6 <input type="text"/>		
BIC bénéficiaire	G K C C B E B B <input type="text"/>		
Nom et adresse bénéficiaire	Société de Médecine Dentaire Avenue de Fré 191 1180 Uccle		
Communication	COTI.:2015 <input type="text"/> n° Membre <input type="text"/>		

SOMMAIRE

- 3 **EDITO**
M DEVRIESE
- 5 **COTISATIONS 2015**
- 6 **SOMMAIRE**
- 9 **IMAGINA DENTAL**
O CUSTERS
- 10 **INFO PRODUITS**
-
- 11 **SOMMAIRE ARTICLES SCIENTIFIQUES**
- 13 **PRISE DE DÉCISION EN IMAGERIE DENTAIRE 2D ET 3D...**
B VANDENBERGHE
- 21 **UTILISATION RATIONNELLE DE L'ARTICULATEUR SEMI-ADAPTABLE**
PR P-H DUPAS
- 25 **PRÉSERVATION DE LA CROISSANCE DE L'OS ALVÉOLAIRE
APRÈS FRACTURE RADICULAIRE CERVICALE**
T KEÇELI, B KUTLU, C GUNGOR
- 29 **LE TOP 10 DES ERREURS COMMISES AU CABINET DENTAIRE
ET COMMENT Y REMÉDIER**
DR E BINHAS

MAIRF

31 **SOMMAIRE FORMATION CONTINUE**

33	7^{ÈME} CONGRÈS	15-16-17/10/2015
34	ANAMNÈSE & RADIOLOGIE	28/11/2015
37	GESTION DES CONFLITS	4/06/2015
38	ESTHÉTIQUE : FACETTES, INLAYS, ONLAYS	6/06/2015
39	RÉANIMATION	12/06/2015
40	LES SUTURES	13/06/2015
42	CYCLE COMPLET DE FORMATION À L'HYPNOSE	25-26-27 FÉVRIER 2016

45 **SOMMAIRE INFO PROFESSIONNELLE**

47	QUE FAIRE SI... UNE MUTUELLE M'ÉCRIT POUR RÉCLAMER UN REMBOURSEMENT ? M DEVRIESE
48	QUE FAIRE SI LE SECM INAMI M'ÉCRIT ET/OU DEMANDE UN RENDEZ-VOUS ? M DEVRIESE
49	MÉDICAMENTS ET RISQUES DE CARIES DENTAIRES CENTRE DE PHARMACOVIGILANCE
50	NOUVELLE DÉFINITION DU MÉDICAMENT "BON MARCHÉ" : POUR QUI EST-CE IMPORTANT ? M DEVRIESE

54 **STUDY-CLUBS**

57 **PETITES ANNONCES**

59 **CULTURE**

P MATHIEU

62 **AGENDA**

Une approche simple et directe



NobelParallel™ Connexion Conique

L'implant NobelParallel CC jouit d'une simplicité d'utilisation et convient pour toutes indications. Sa flexibilité exceptionnelle vous séduira en tant que clinicien expérimenté ou débutant. Son design, à ce jour largement documenté, vous garantit une grande stabilité initiale pour toutes densités d'osseuses et ce, pour un éventail d'indications antérieures et postérieures. Commencez dès aujourd'hui à traiter de façon optimale davantage de patients.

Plus d'informations: nobelbiocare.com/nobelparallel

20 First
for
65 50
years





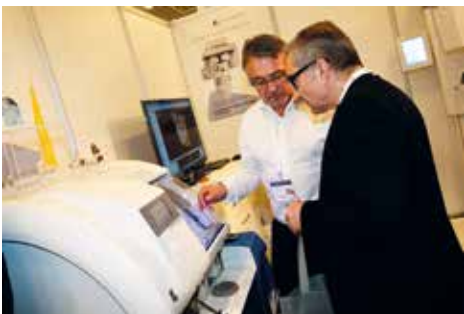
La 4^{ème} édition du congrès Imagina Dental
 aura rassemblé à Monaco plus de 600 participants venus de 37 pays.

Imagina Dental est le lieu incontournable de l'innovation technologique dentaire : imagerie, empreinte optique, CAO, FAO, Cone Beam CT, etc.

De grands noms de l'Art dentaire tels que Galip Gurel, Christian Coachman, Irena Sailer, ... étaient présents.

Cet événement fut rehaussé par la visite de SAS le Prince Albert de Monaco en personne.

Nous vous donnons rendez-vous **du 6 au 8 avril 2016** en Principauté de Monaco pour la **5^{ème} édition**.



IMAGINA Dental AWARDS 2015

Le prix IMAGINA Dental Award récompensant la meilleure innovation a été décerné à AMANN GIRRBACH pour Ceramill Full Denture Workflow.



Pr François DURET

Max Gonzalez ZIMMERMANN

Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés



NOUVEAUTÉS IDS: SÉRIE L9 ET L6

UNITÉ L9

1. Nouveau design, groupe hydrique compact, fauteuil avec repose-jambes articulé et actionnement motorisé pour faciliter l'accès du patient.
2. Nouveau design du bras praticien, léger, compact, maniable, avec une grande flexibilité de mouvement et de positionnement.
3. Une vaste gamme d'accessoires qui permet de personnaliser la totalité de l'unité de soins ; il est également possible de disposer de la radiologie intégrée.
4. Evolution multimédia du panneau de commande FULL TOUCH.
5. Fonctions d'hygiène avancées et performances appropriées pour exercer des activités d'endodontie et d'implantologie/chirurgie

UNITÉ L6

1. Nouveau design, nouveau groupe hydrique compact " au sol ".
2. Nouveau design du bras praticien, léger, compact, maniable et avec une grande flexibilité d'actionnement et de positionnement.
3. Facile à utiliser.
4. Vaste gamme d'accessoires et possibilité de radiologie intégrée.



NEOS PRODUITS

NobelParallel Connexion Conique : en toute simplicité

Le nouvel implant NobelParallel CC (=Connexion Conique) constitue une avancée importante en terme d'innovation au sein de la gamme de produits Nobel Biocare. Ce nouveau type d'implant combine plusieurs caractéristiques éprouvées en un implant : un corps d'implant à pans parallèles (parallel-walled) identique à celui du Système Brånemark ainsi qu'à l'implant NobelSpeedy, l'apex conique d'un NobelSpeedy, et une connexion conique interne bien connu pour la phase prothétique.



Implant NobelParallel CC
avec une connexion conique
NobelSpeedy FCC (full cover
screw) incluse

Les caractéristiques de l'implant NobelParallel CC

- conçu pour un usage universel, pour un large éventail d'indications
- garantit une grande stabilité primaire pour toutes densités osseuses
- un protocole chirurgical simple et flexible
- disponible à partir d'un diamètre de 3,75 mm jusqu'à 5,5 mm
- disponible à partir d'une longueur de 7 mm
- bénéficie de la connexion conique interne éprouvée à blocage anti-rotationnel hexagonal
- éventail de possibilités en réhabilitation prothétique pour des restaurations aussi bien vissées que scellées
- à combiner avec le nouveau pilier à pertuis de vis angulé (ASC) offrant un accès optimal à la vis

Un système original et universel, un choix sûr pour vous et votre patient.

Découvrez davantage concernant le NobelParallel sur nobelbiocare.com/NobelParallel



Platform	Implant Ø	Length						
		7mm	8.5mm	10mm	11.5mm	12mm	15mm	18mm
NP 3.75	37963	37964	37965	37966	37967	37968	37969	
NP 4.5	37970	37971	37972	37973	37974	37975	37976	
NP 5.0	37977	37978	37979	37980	37981	37982	37983	
NP 5.5	37984	37985	37986	37987	37988	37989	-	

Cover screw included



SOMMAIRE

ARTICLES SCIENTIFIQUES

11 **SOMMAIRE ARTICLES SCIENTIFIQUES**

13 **PRISE DE DÉCISION EN IMAGERIE DENTAIRE 2D ET 3D...**

B VANDENBERGHE

21 **UTILISATION RATIONNELLE DE L'ARTICULATEUR SEMI-ADAPTABLE**

PR P-H DUPAS

25 **PRÉSERVATION DE LA CROISSANCE DE L'OS ALVÉOLAIRE
APRÈS FRACTURE RADICULAIRE CERVICALE**

T KEÇELI, B KUTLU, C GUNGOR

29 **LE TOP 10 DES ERREURS COMMISES AU CABINET DENTAIRE
ET COMMENT Y REMÉDIER**

DR E BINHAS

CB12 boost chewing-gum

**ELIMINE LA CAUSE
DE LA MAUVAISE HALEINE***

**SANS
SUCRE**

TRIPLE ACTION:

- ✓ ZINC
- ✓ FLUORURE DE SODIUM
- ✓ XYLITOL



EN COMBINAISON AVEC:



effet 12h

**ETES-VOUS INTERESSE PAR UN ECHANTILLON D'UN LITRE
OU DES CARNETS DE PRESCRIPTIONS?**

Envoyez vite un mail à info@omega-pharma.com

 Disponible en pharmacie

 **OMEGA
PHARMA**

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

Dr Bart **VANDENBERGHE**, DDS, MSc, PhD

- Prosthetics Section, KU Leuven

- Chair Scientific Committee European Academy of DentoMaxilloFacial Radiology

- Advimago Training Center, Brussels

Traduit du néerlandais par Philippe RIETJENS

Depuis quelques temps, la radiologie est à nouveau au centre de l'actualité médicale dans le cadre d'un sujet qui reste encore « tabou » : la dose de radiation délivrée et la possible « surexposition » du patient.

Suite aux campagnes des instances dirigeantes, en insistant sur le fait que les images ne sont pas des photos de vacances (<http://www.pasderayonssansraisons.be>, SPF Santé, 2014)¹, on obtient une sensibilisation aussi bien du patient que des dentistes. Mais ces informations sont-elles bien spécifiques et effectives au niveau des populations et des secteurs si divergents ? Ceci ouvre en tous cas les portes d'un débat public et peut-être aussi d'une interrogation autour des principes de base, et dans ce cas-ci, autour des fondamentaux de l'emploi de l'imagerie dentaire. Cette « question brûlante » fut l'occasion pour le conseil scientifique de la Société de Médecine Dentaire d'avoir un regard actualisé sur les principes de base de la radiologie dentaire lors d'un symposium de trois heures dans le cadre de la formation continue.

Quelles sont les dernières nouveautés dans le domaine de l'imagerie dentaire ? Quelles sont les évolutions les plus récentes après l'introduction du cone beam CT dentaire ?

Le dentiste semble pourtant bien informé concernant cette technologie 3D, qui, depuis quelques années, a pris graduellement sa place à côté de la RX intra orale et la RX panoramique. Mais la connaissance est-elle optimale et le problème ne réside-t-il pas plus au niveau des éléments de base du diagnostic dentaire, surtout si l'on considère qu'il y aurait potentiellement un excès de prises de panos ?

En fait, d'où viennent les affirmations et y a-t-il une réelle connaissance de la situation actuelle ? Vu les nombreuses questions et un manque d'informations concrètes au niveau belge dans ce domaine, on a essayé de donner une formation interactive pendant le symposium au centre de Congrès Diamant, à Bruxelles, le 12 décembre 2014. Son but était de réactualiser les principes de bases de la radioprotection et de mettre en avant les dernières avancées dans ce domaine. Grâce à une plateforme de vote online, on a recherché plus d'informations concernant trois domaines importants :

- 1) les données démographiques ou la répartition des technologies radiographiques,
- 2) le savoir concernant ces technologies,
- 3) la prise de décision en imagerie 2D et 3D.

Bien qu'il s'agissait, presque exclusivement, d'un groupe de dentistes francophones, la présence de 400 confrères (la population statistique dans ce cas-ci) donna l'occasion d'avoir un bon aperçu des connaissances des dentistes généralistes belges (francophones).

METHODOLOGIE

Mentimeter (Mentimeter Am, Stockholm, Suede), la « cloud-based platform », fut employée pour réagir en temps réel avec le public. Les dentistes furent avertis, par email, deux semaines à l'avance, de l'interactivité de la session. On leur conseilla d'apporter leur tablette, portable ou Smartphone pour répondre directement aux questions. Les votes étaient personnels, via un code sécurisé, et à l'aveugle. Les questionnaires étaient rédigés pendant la présentation et clôturés immédiatement après pour éviter des réponses biaisées.

Deux grands questionnaires furent présentés. D'abord, on débuta par une première session d'essais avec des questions ludiques, qui servaient à familiariser les dentistes avec le système et avec la rédaction des questions (calibrage du public). Dans ce cas-ci, on n'employa pas une méthode à l'aveugle mais des réponses en temps réels et une échelle de réponse progressive. On a choisi d'utiliser uniquement des questionnaires à choix multiples pour simplifier le processus. Après le premier test, on donna une courte introduction avec de plus amples explications concernant les objectifs de la présentation interactive de façon à maximiser le résultat. Ensuite suivit une série de questions de nature démographique, non seulement pour pouvoir analyser la composition de la population, mais pour avoir un effet statistique limité sur les paramètres à analyser. Mis à part l'analyse démographique, on étudia aussi bien la connaissance générale de la radiologie que la prise de décision individuelle au moyen de quelques questions ciblées. Ensuite vint le cours réel avec les rappels des concepts de base ainsi qu'un élargissement vers les plus récentes évolutions de l'imagerie dentaire.

A la fin du symposium, on laissa le libre choix de participer à la deuxième série de questions pour analyser l'efficacité de la formation permanente et l'influence de la prise de décisions individuelles pour les dentistes présents.

RESULTATS

1) Données démographiques et dispersion technologique

Les résultats des données plutôt démographiques sont présentés dans le tableau 1. Le public se composait essentiellement de dentistes généralistes (80%) avec une majorité de dentistes femmes.

L'âge était normalement réparti et l'environnement de travail se composait à 80% de pratique privée et de 20 % d'activité clinique ou une combinaison des deux. Le taux de réponse était de 25 %

(100 de 400) au début du cours avec une baisse d'environ 30 % après le cours, mais il resta très stable durant chaque session. Le taux assez faible de réponse était principalement causé par des problèmes techniques dus à la connexion sans fil de la salle et donc seulement une partie du groupe a eu la possibilité de répondre. La baisse de réponse après le cours résultait du choix laissé aux participants de répondre ou de rentrer chez soi.

Si on segmentait le taux de réponse, après le cours, suivant l'âge, on constatait que la baisse la plus importante concernait les participants du groupe de 25 à 40 ans.

Tableau 1. Tableau récapitulatif des données démographiques au début et à la fin du symposium

PARAMÈTRES	RÉPONSES	AVANT		APRÈS	
		RÉPONSES	%	RÉPONSES	%
SEXE		106	100,00	72	100,00
	Homme	43	40,57	29	40,28
	Femme	63	59,43	43	59,72
ÂGE		109	100,00	73	100,00
	0-25	3	2,75	2	2,74
	25-40	43	39,45	22	30,14
	40-55	44	40,37	34	46,58
	55-100	19	17,43	15	20,55
PROFESSION		107	100,00	70	100,00
	Dentiste Généraliste	84	78,50	49	70,00
	Paro/Implanto	8	7,48	6	8,57
	Ortho	6	5,61	7	10,00
	Endo	2	1,87	3	4,29
	Stomato	0	0,00	1	1,43
	Pédo	6	5,61	4	5,71
	Autre (prothésiste-assistante-hygiéniste)	1	0,93	0	0,00
TYPE DE PRATIQUE		101	100,00	70	100,00
	Cabinet privé	79	78,22	58	82,86
	Hôpital universitaire	2	1,98	1	1,43
	Hôpital non-universitaire	3	2,97	3	4,29
	Privé + hôpital universitaire	9	8,91	3	4,29
	Privé + hôpital non-universitaire	8	7,92	5	7,14

Les résultats de l'analyse de la répartition technologique sont affichés au schéma 1

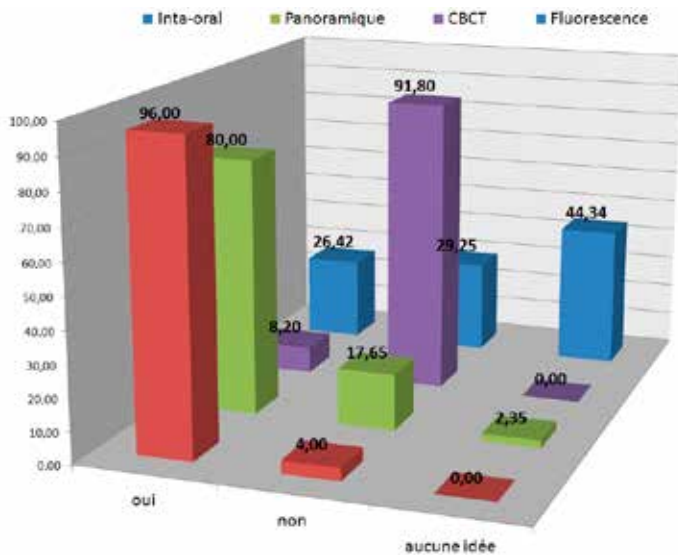


Schéma 1. Présence de modalités diagnostiques dentaires dans l'environnement de travail

Il n'est pas étonnant que presque tous les participants aient un appareil de RX intra-oral dans leur environnement de travail et que 80 % aient une RX panoramique. Dans ce dernier groupe, et tenant compte de l'âge, presque tous les dentistes (96 %) âgés entre 25 - 40 ans disposent d'un tel appareil par rapport à 65 % pour la catégorie 40-55 ans et à 75 % pour le groupe de 55 ans.

Pour ce qui est de la présence des cone beam CT dans l'environnement de travail la réponse est de 8 % (et aucun dentiste au-delà de 55 ans). Vu la récente apparition de cette modalité dans les diagnostics dentaires journaliers (avec des lignes directrices européennes quant à l'emploi décidé en 2012)¹, vu le coût élevé et vu les grandes exigences techniques demandées pour l'emploi de ces appareils, on a demandé si le clinicien recourt à la technologie 3D. On constate que 20 % l'utilisent régulièrement (soit via son propre CBCT ou via celui d'un confrère) alors que 40 % ne l'emploient que rarement et les 40% restant jamais.

En cas de segmentation des résultats suivant l'âge, les chiffres varient peu, mais aucun dentiste dans le groupe de plus de 55 ans ne semble prendre ses propres scans CBCT. Le chiffre élevé de dentiste ne demandant jamais de CBCT s'explique tout d'abord par la méconnaissance dans ce domaine car il apparaît que seuls 32% en avaient seulement entendu parler ou n'en connaissaient même pas l'existence. Les 68% restant, se disent bien au courant de cette technologie selon l'enquête, mais il est surprenant de constater de faibles chiffres d'utilisation.

Ceci pointe sûrement vers certains facteurs additionnels qui pourraient limiter l'emploi du CBCT vu les nombreuses études scientifiques et directives qui démontrent les diverses indications et qui plaident pour son emploi. La faible répartition, l'accès réduit à la technologie ainsi que la difficulté d'interpréter les images peuvent donc aussi contribuer à ce manque d'intérêt.

Beaucoup d'incertitudes à ce sujet, même au niveau du coût d'un tel examen. 20 % des participants pensaient que le CBCT était remboursé, 51% disaient qu'il ne l'était pas ou mal remboursé et 29 % n'en avaient aucune idée.

Pour être clair, et pour l'instant, en Belgique, le CBCT dentaire n'est pas remboursé si ce n'est dans deux cas spécifiques, à savoir :
 1) code 377230-377241 ou 307230-307241 (CBCT de la mâchoire supérieure en cas de fente labiale ou palatine).
 2) code 307252-307263 (CBCT du maxillaire inférieur édenté lors du placement de 2 implants, à partir de 70 ans) ainsi en a décidé le conseil technique dentaire.

Ces mesures sont pour le moins confuses lorsqu'on constate que le conseil technique médical décidait, en 2012, que lors de l'introduction du CBCT, il n'y aurait pas d'augmentation d'images 3D pour des applications dentaires en comparaison avec le CT médical classique et donc qu'il ne faudrait pas de nouvelle nomenclature.

A nouveau, ceci n'est pas en concordance avec les lignes directrices du CBCT dentaires et les nombreuses études scientifiques des dernières années. On a bien constaté une augmentation des indications de l'imagerie 3D en dentisterie et qui de plus, sont très différentes du CT médical²⁻⁴.

2) Connaissance technique générale

La répartition du marché de la technologie peut donner une bonne idée de la connaissance des modalités radiologiques dentaires, mais un produit bien répandu peut cacher une moindre connaissance de base comme, par exemple, les fautes de positionnement avec les pano entraînant la mauvaise qualité des images⁵. C'est pourquoi, pour chaque modalité, on a précisé par quelques questions plus approfondies la connaissance de base des différentes techniques. Les résultats sont résumés dans le tableau 2

Ici également le taux de réponse restait très stable, bien que l'on constata une diminution des réponses au fur et à mesure que les questions concernaient les RX extra orales. Pour les RX intra-orales, les dentistes semblaient bien au courant des différentes techniques et on a pu constater que 15% travaillent encore avec des films conventionnels alors que 73% emploient des films digitaux.

Il s'agit d'une progression positive lorsqu'on constate que Jacobs⁶ et ses confrères, en 2004, n'en signalaient que 34%, lors d'une enquête totalisant 700 dentistes (néerlandophones) avec un taux de réponse de 71%. Quelques années plus tard, le rapport de Aps⁷, basé sur un questionnaire regroupant 370 dentistes, en 2010, signalait que 38% de dentistes employaient les RX digitales; parmi ceux-ci 16% ne savaient pas s'ils avaient une RX digitale.

On peut en conclure, par ces chiffres récents, qu'il y a une progression drastique des images digitales et que les confrères sont bien au courant. Ceci est encore plus clair pour les pano lorsqu'on constate que 80 % des répondants ont un appareil pano, ce qui est une légère augmentation en comparaison des 61 % signalés dans l'étude de Aps⁷ en 2010.

Dans ces 80 % de pano, une grande partie (77%) était digitale, 5 % conventionnelles et 18 % ne savaient pas. Donc on constate une forte augmentation de la digitalisation en comparaison avec 2010 où la plupart des panos étaient argentiques (+- 60 vs 40 %).

...

Tableau 2. Tableau récapitulatif de quelques principes de base en imagerie orale

PARAMÈTRES	OPTIONS	RÉPONSES	%
CAPTEUR INTRA-ORALE		106	100,00
	Film	13	14,13
	CCD/CMOS	27	29,35
	PSP	49	53,26
	Aucune idée	3	3,26
TEMP D'EXPOSITION INTRA-ORALE		100	100,00
	20-80ms	48	48
	100-160ms	20	20
	160-320ms	8	8
	320-480ms	0	0
	Aucune idée	24	24
COLLIMATION RECTANGULAIRE		105	100,00
	oui	19	18,10
	non	37	35,24
	Aucune idée	49	46,67
CAPTEUR PANORAMIQUE		81	100,00
	Film	4	4,94
	CCD/CMOS	51	62,96
	PSP	11	13,58
	Aucune idée	15	18,52
DOSE PANORAMIQUE		86	100,00
	0-10microSv	4	4,65
	10-30microSv	15	17,44
	plus de 30microSV	7	8,14
	Aucune idée	60	69,77
DOSE CBCT		70	100,00
	+ - 1 Pano	8	11,43
	1-20 x Pano	23	32,86
	1-50 x Pano	3	4,29
	Aucune idée	36	51,43

Bien que le but de cette analyse ne fût pas de créer un profil de radioprotection du dentiste belge, un des objectifs était de tester les connaissances concernant les doses de radiations. Cela est important pour la prise de décision d'analyse complémentaire par RX après avoir effectué un contrôle clinique du patient. A première vue, il semble que le dentiste ait une idée des doses de rayonnement pour les RX intra orales puisque 70 % des réponses sont entre 20-80 ms et 100-160 ms. Cela correspond aux valeurs des capteurs digitaux⁸⁻⁹. Bien que le praticien sache que les doses et les irradiations diminuent avec les capteurs digitaux, la confusion existe encore pour les connaissances approfondies : la majorité choisit l'intervalle de 20-80ms ce qui est avisé pour les capteurs numériques de type CCD/CMOS, tandis que la plupart d'entre eux est utilisateur de plaques phosphoriques (PSP), exigeant plutôt l'intervalle de 100-160ms.

Il est aussi assez surprenant de constater dans les résultats des votes que seulement 18 % des dentistes utilisent un collimateur rectangulaire tandis que 47 % n'en savent rien. C'est étonnant vu que l'on sait depuis 20 ans que les collimateurs rectangulaires réduisent les doses jusqu'à 60 %¹⁰ et que leur utilisation est recommandée dans toutes les directives nationales et internationales.

Le plus remarquable est peut-être le résultat de la connaissance des doses effectives pour une pano ou un CBCT. Respectivement 70 % et 51 % n'ont aucune connaissance des doses alors que les dentistes « radiologues » prennent, chaque jour, des décisions normalement basées sur une connaissance approfondie. On peut en conclure, que ce manque de savoir peut influencer la justification de l'examen et « in fine » l'optimisation de la protection (le principe connu « ALARA », as low as reasonably achievable, nous indique qu'il faut garder les irradiations au minimum sans perdre de valeur diagnostique).

3) Prise de décision individuelle dans l'imagerie dentaire

Dans cette dernière partie, on a essayé d'évaluer si une décision de base dans le diagnostic radiographique dentaire peut être différente en fonction du groupe et si, suite à une formation post académique orientée, les décisions peuvent changer.

Pour les trois grandes modalités de base, on a donné un questionnaire général à choix multiples et après le symposium on a reposé les mêmes questions aux mêmes groupes. Les résultats sont regroupés dans le schéma 2.

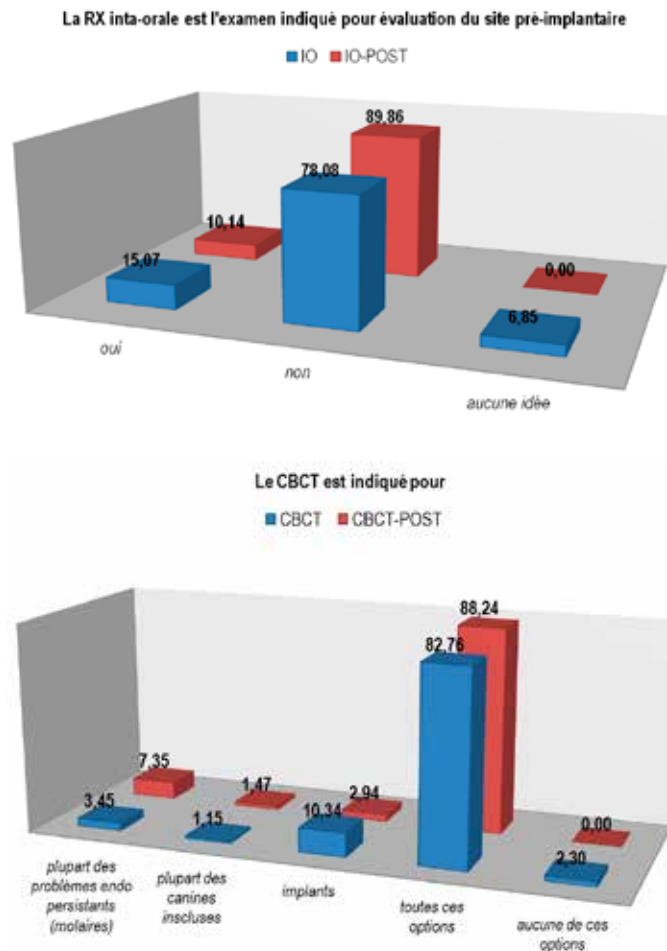


Schéma 2. Questionnaires concernant les indications de prise de RX dentaires avant et après la formation

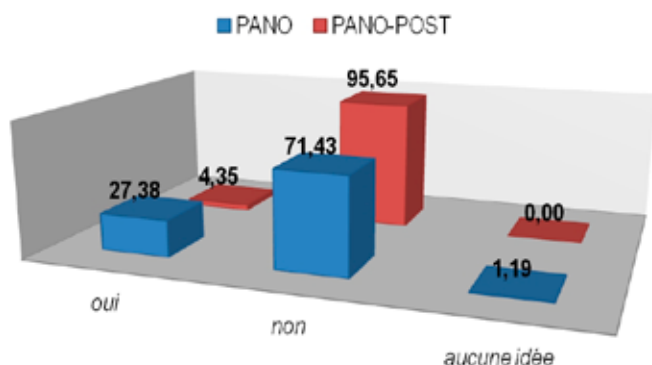
Pour les trois indications, les réponses ne sont pas uniformes et changent quelque peu après le cours de perfectionnement (environ 10-15%). Vu que, lors du cours, on n'a pas insisté sur les indications des modalités de base, mais bien sur l'explication des dernières techniques de diagnostic comme le CBCT et son emploi dans les simulations virtuelles, on peut conclure que les principes techniques de base constituent encore la pierre d'achoppement et qu'une formation permanente joue un rôle central dans l'évolution des pratiques cliniques.

CONCLUSION

En tenant compte des diverses limites de cet essai d'analyse statistique de la répartition technique et de la connaissance radiologique d'une population de dentistes belges, on peut conclure qu'il y a une nette progression dans la digitalisation des radiographies dentaires mais qu'une connaissance plus approfondie serait nécessaire pour la plupart des praticiens. De plus, il est clair que divers facteurs peuvent influencer le choix du dentiste, par exemple lorsque l'on sait que 67 % du public confirme déjà avoir effectué une RX panoramique suite à la demande d'une assurance. L'évolution permanente et très rapide, non seulement de la technologie, mais aussi d'autres facteurs socioéconomiques sont difficiles à cerner. On espère qu'une formation continue restera la meilleure façon de nous amener à y réfléchir.

A en croire le public, cela nous ouvre de nouvelles perspectives.

La RX panoramique est-elle indiquée pour chaque nouveau patient



Nouvelles perspectives

■ *oui, beaucoup* ■ *oui, quelques unes* ■ *eut-être* ■ *non*

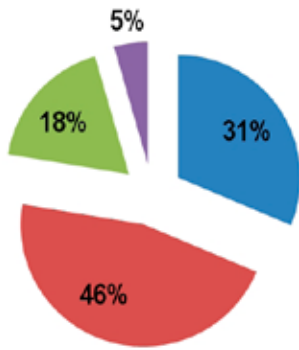


Schéma 3. Aperçu général de la décision pour ou contre de nouvelles perspectives après la formation

RÉFÉRENCES

1. Sensibilisatiecampagne "Zuinig met stralen", FOD Volksgezondheid, 2014, <http://www.zuinigmetstraling.be/>
2. SedentexCT Guideline Development Panel. Radiation protection No 172. Cone Beam CT for dental and maxillofacial radiology. Evidence based guidelines. Luxembourg: European Commission Directorate-General for Energy; 2012.

3. White SC, Pharoah MJ. Oral Radiology: Principles of interpretation. 7th Edition. Elsevier, Mosby, 2014, USA.

4. Vandenberghe B, Jacobs R, Bosmans H. Modern dental imaging: a review of the current technology and clinical applications in dental practice. Eur Radiol 2010; 20; 2637-2655.

5. Rushton VE, Horner K, Worthington HV. The quality of panoramic radiographs in a sample of general dental practices. Br Dent J. 1999; 186; 630-633.

6. Jacobs R, Vanderstappen M, Bogaerts R, Gijbels F. Attitude of the Belgian dentist population towards radiation protection. Dentomaxillofac radiol. 2004; 33; 334-339.

7. Aps JKM. Flemish general dental practitioners' knowledge of dental radiology. Dentomaxillofac radiol. 2010; 39; 113-118.

8. Berkhout WE, Beuger DA, Sanderink GC, van der Stelt PF. The dynamic range of digital radiographic systems: dose reduction or risk of overexposure? Dentomaxillofac Radiol 2004; 33; 1-5.

9. Vandenberghe B, Bosmans H, Yang J, Jacobs R. A comprehensive in vitro study of image accuracy and quality for periodontal diagnosis. Part 2: the influence of intra-oral image receptor on periodontal measurements. Clin Oral Investig 2011;15:551-562.

10. Horner K. Review article: radiation protection in dental radiology. Br J Radiol 1994; 67; 1041-1049.

NEW: Synea Vision Penta LED!

PEOPLE HAVE PRIORITY

W&H

01 Penta LED+: the only sterilizable 5x LED ring in the world

02 Shadowfree illumination at the treatment side

03 Scratch-resistant surface

synea VISION

Le futur à portée de main



X·smart iQ™

UNE NOUVELLE DÉFINITION DE LA PRATIQUE ENDODONTIQUE

Liberté totale

Intégration parfaite entre un moteur sans fil à rotation continue et réciprocity, et l'intelligence d'un iPad®, X-SMART iQ s'impose comme une nouvelle référence en termes d'ergonomie et d'expérience utilisateur.

Partenaire Endo

Plateforme numérique complète, X-SMART iQ vous accompagne à chaque étape du traitement endodontique, de l'éducation des patients à la gestion des notes de traitement.

Solution évolutive

X-SMART iQ est conçu pour évoluer avec votre cabinet, en permettant l'intégration de périphériques, services et outils interactifs en une seule et unique solution.

Découvrez les performances et la liberté du nouveau X-SMART iQ sur dentsplymallefer.com

dentsplymallefer.com



+
WE
KNOW
ENDO.

- Fraiser
- Prendre les rendez-vous
- Gérer les commandes
- Détartrer
- Soigner
- Rassurer
- Radiographier
- Rincer
- Contacter les fournisseurs
- Faire sa compta
- Effectuer ses virements
- Conseiller
- Blanchir
- Dévitaliser
- Extraire

Un dentiste doit souvent tout faire lui-même.

Heureusement, pour ses télécoms, il y a l'Option Pro de VOO.

Vous, les indépendants, vous êtes souvent au four et au moulin. Vous vous occupez de tout. C'est donc à votre attention que **VOO lance l'Option Pro**, une option aussi pro que vous. De plus, elle ne coûte que **20€/mois HTVA. Et le premier mois est offert.**

Cette option vient compléter idéalement vos services VOO : l'internet le plus rapide, le téléphone fixe le moins cher et la télé riche en contenu. **Profitez-en sur VOO.be, dans votre boutique VOO ou au 0800 43303.**

L'Option Pro de VOO, aussi pro que vous.



- Un service de réparation en 4 heures.
- Un service clientèle réservé aux professionnels.
- Des appels gratuits de fixe à mobile.
- Une carte data de 2Go de surf mobile.
- Un système anti-virus.



UTILISATION RATIONNELLE DE L'ARTICULATEUR SEMI-ADAPTABLE

Professeur Pierre-Hubert **DUPAS**

Doyen Honoraire de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille (France).

Introduction

Dans la pratique quotidienne l'utilisation de l'articulateur reste un sujet tabou malgré son enseignement dans les facultés de chirurgie dentaire. L'articulateur est encore considéré comme un instrument difficile à manipuler et réservé à des spécialistes de l'occlusodontie. Il est vrai que la manipulation des premiers articulateurs apparus sur le marché était on ne peut plus sophistiquée. Ceci a largement contribué à son abandon auprès de généralistes.

Maintenant la manipulation de l'articulateur a été simplifiée ce qui facilite son emploi. Il est désormais l'instrument indispensable dans la pratique prothétique des médecins dentistes quels que soient leurs modes d'exercice. Il est le relais obligé entre le dentiste et le prothésiste dentaire qui le préfère à l'occluseur, ayant ainsi entre les mains « un patient mécanique ».

Le dentiste étant le maître d'oeuvre de la prothèse, il lui appartient de réaliser le montage des modèles en plâtre sur articulateur et de parfaire sa programmation. Notre seul but est de rendre l'articulateur accessible à tous les praticiens de l'art dentaire en simplifiant son utilisation et sa programmation sans pour autant le galvauder.

MONTAGE DES MODELES MAXILLAIRE ET MANDIBULAIRE SUR L'ARTICULATEUR SEMI-ADAPTABLE

L'articulateur semi-adaptable choisi est le Quick Master de la firme Fag dont le coût et la manipulation sont adaptés à la pratique odontologique quotidienne [1] (Fig.1).

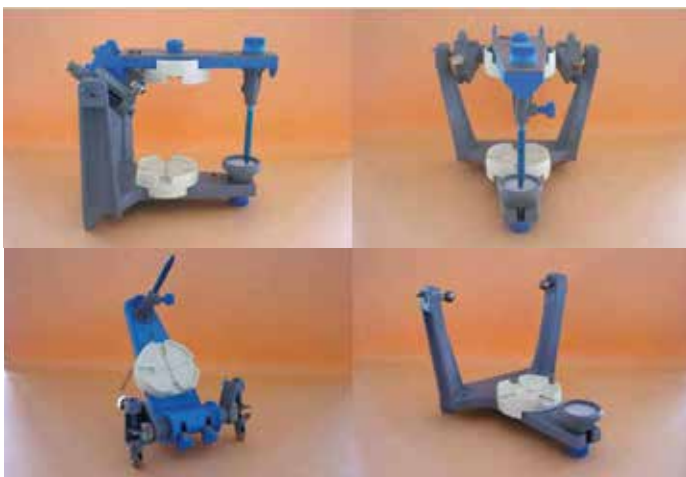


Fig.1 : Articulateur Quick Master.

Montage du modèle maxillaire

L'arc facial

Le montage du modèle maxillaire sur la branche supérieure de l'articulateur se fait à l'aide de l'arc facial encore appelé arc de transfert. Celui-ci permet de situer le modèle maxillaire par rapport au plan de référence axio-orbitaire afin qu'il y ait concordance spatiale entre l'arcade maxillaire en plâtre et son original par rapport au crâne du patient. Les perforations antérieure et postérieures de la fourchette occlusale permettent le maintien de trois petits tas de pâte de Kerr qui sont indentés à l'arcade maxillaire en positionnant le manche de la fourchette dans le plan sagittal médian.

Après contrôle et refroidissement du matériau, la fourchette est maintenue en bouche par la morsure de deux cotons salivaires disposés latéralement. Ceci facilite l'assemblage de l'arc facial sur le manche de la fourchette. Les ogives auriculaires des bras latéraux sont introduites dans les conduits auditifs du patient. Les vis latérales de l'arc facial sont serrées. Puis celui-ci est ajusté dans le sens transversal à l'aide de l'appui nasal.

Le serrement des différents boutons de blocage fixe définitivement la fourchette occlusale à l'arc facial (Fig.2).

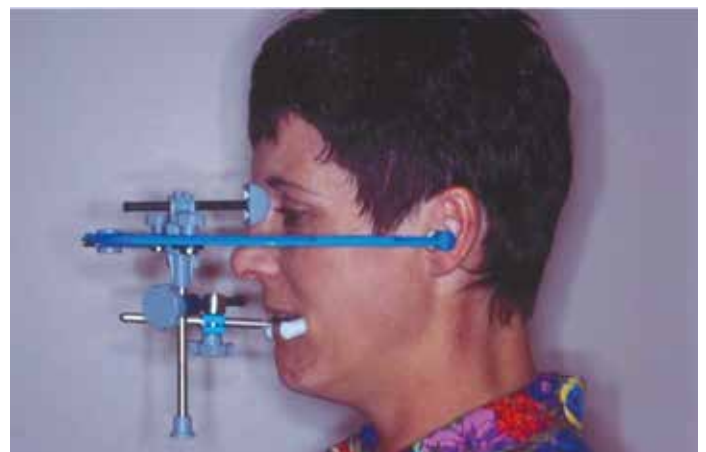


Fig.2 : Arc facial sur patient

L'arc facial est transféré sur l'articulateur en faisant correspondre la partie femelle des embouts auriculaires avec les petits ergots situés derrière l'axe charnière de l'articulateur. Le modèle en plâtre de l'arcade maxillaire est ensuite positionné dans les indentations de la fourchette.

Du plâtre Snow White de la firme Kerr est déposé à la fois sur la plaque de montage et sur le modèle en plâtre. La branche supé-

rière de l'articulateur est rabattue sur la barre transversale de l'arc facial. Dès que le plâtre est dur, l'arc facial est démonté (Fig.3-4).

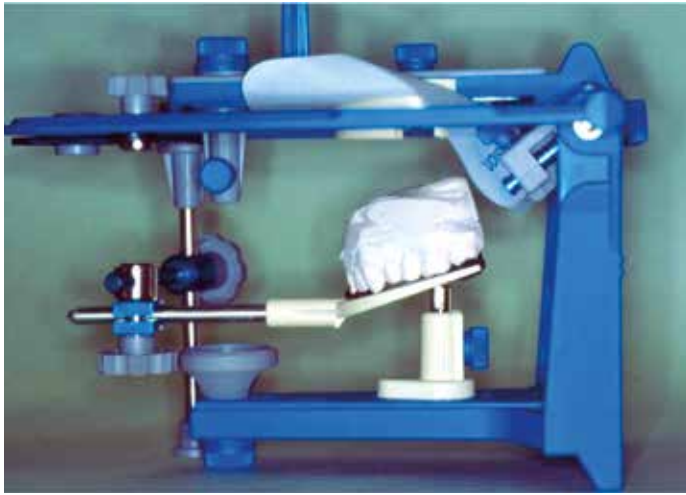


Fig.3 : Arc facial transféré sur l'articulateur Quick Master



Fig.4 : Modèle maxillaire monté sur la branche supérieure de l'articulateur Quick Master

La table de montage

Une table de montage faisant un angle de 10° par rapport au plan de référence est souvent utilisée au laboratoire de prothèse. Elle permet de monter le modèle maxillaire sur la branche supérieure de l'articulateur sans avoir recours à l'arc facial.

Ce raccourci induit des erreurs dans le positionnement du modèle maxillaire. Il suffit pour s'en convaincre de comparer la position de celui-ci déterminée par l'arc facial et l'angulation de la table de montage (Fig.5).



Montage du modèle maxillaire sur l'articulateur Quick Master avec l'arc facial



Fig.5 : Erreur de montage réalisée avec la table de montage

Montage du modèle mandibulaire

En fonction du travail prothétique à réaliser, le modèle mandibulaire est soit monté en intercuspitation maximale ou en relation centrée.

En intercuspitation maximale

Pour qu'il n'y ait pas d'erreurs dans le rapport cuspides fosses qui doit être précis sans matériau d'enregistrement inter arcade, les modèles en plâtre sont engrénés à la main si l'organisation des arcades dentaires permet la stabilité des modèles. Pour faciliter le montage, l'articulateur est retourné et sa tige incisive est mise à zéro. Le modèle mandibulaire en plâtre est positionné sur le modèle maxillaire en faisant correspondre les cuspides avec leurs fosses antagonistes. Le plâtre Snow White de la firme Kerr est déposé à la fois sur la plaque de montage et sur le modèle en plâtre. La branche inférieure de l'articulateur est rabattue jusqu'à ce que la tige incisive entre en contact avec sa table. Dès que le plâtre est dur, l'articulateur est remis sur ses pieds, le montage est alors terminé [2] (Fig.6).



Fig.6 : Modèles maxillaire et mandibulaire montés en intercuspitation maximale sur l'articulateur Quick Master.

En relation centrée

La manipulation mandibulaire en relation centrée demande une certaine expérience de la part du praticien. Les différentes techniques mises au point, souvent difficiles à réaliser d'emblée au cabinet dentaire, découragent bon nombre de praticiens. Pour cette raison nous avons mis au point une technique aisée et fiable qui s'inspire de jig de Lucia : le Jig universel.

Le jig universel, préfabriqué en résine chémo polymérisable, est garni de pâte de Kerr pour être agrégé sur les incisives centrales maxillaires afin d'obtenir une désocclusion molaire de près d'1 mm. La pâte est ensuite refroidie à la seringue à air pour que le

patient puisse effectuée des mouvements de propulsion et latéralités droite et gauche sur ce jig. Au bout de 2 à 3 minutes, le praticien prend le menton du patient entre le pouce et l'index et en lui faisant effectuer des petits mouvements d'ouverture et de fermeture en rotation pure.

Dés qu'il ressent une communion entre sa gestuelle et celle de son patient, il peut enregistrer la nouvelle position mandibulaire à l'aide d'une feuille de cire Moyco, ramollie à l'eau chaude (52°), pliée en deux, découpée antérieurement pour ménager la place du jig et latéralement pour s'ajuster à la largeur des arcades dentaires du patient. La feuille de cire est indentée, refroidie à la seringue à air, pour être transférée sur le modèle de l'arcade dentaire maxillaire monté sur la branche supérieure de l'articulateur retourné pour faciliter le montage. Pour compenser l'épaisseur de la cire, la tige incisive est majorée de 2 à 3 mm. Le modèle mandibulaire en plâtre est positionné dans les indentations de la cire. Le plâtre Snow White de la firme Kerr est déposé à la fois sur la plaque de montage et sur le modèle en plâtre. La branche inférieure de l'articulateur est rabattue jusqu'au contact de la tige incisive sur sa table. Quand le plâtre est dur, l'articulateur est remis à l'endroit [2] (Fig.7-8).



Fig.7 : Enregistrement de la position de relation centrée sur le jig universel.



Fig.8 : Modèles maxillaire et mandibulaire montés en relation centrée sur l'articulateur Quick Master.

PROGRAMMATION SIMPLIFIEE DE L'ARTICULATEUR SEMI-ADAPTABLE

Dans certains cas cliniques, quand le guidage antérieur est déficient ou inexistant, la programmation de l'articulateur est recommandée. Sa complexité rebute plus d'un praticien. L'enregistrement de la

cinématique mandibulaire se fait, soit avec des enregistrements intra-buccaux, soit avec des enregistrements extra-buccaux. C'est le cas de l'articulateur Quick Master de la firme F.A.G. qui ne peut être programmé qu'à l'aide de son axiographe, le Quick-Axis. Pour garantir la fiabilité de son enregistrement, il faut une certaine expérience professionnelle qui décourage souvent l'omnipraticien [3-7] (Fig.9).



Fig.9 : Programmation à l'aide du Quick Axis.

Pour ces différentes raisons, nous avons simplifié la programmation de l'articulateur semi-adaptable. Lors du diagnostic du dysfonctionnement crano-mandibulaire, nous réalisons systématiquement une analyse axiographique. Sur 10.000 tracés axiographiques nous avons constaté une certaine similitude entre la valeur angulaire de la pente condylienne et la pente du mur antérieur de la fosse mandibulaire de chacune des articulations temporo-mandibulaires visualisées sur une radiographie panoramique. La méthode consiste donc à marquer une droite joignant le sommet de la fosse mandibulaire des deux articulations temporo-mandibulaires. Ensuite une sécante tracée sur chacune de ces articulations relie le sommet de la fosse temporale à la partie la plus postérieure du tubercule articulaire antérieur. L'intersection de la droite et de la sécante donne la valeur de la pente condylienne (PC) [8-9] (Fig.10).



Fig.10 : Technique de programmation de la pente condylienne sur une radiographie panoramique.

Pour obtenir la valeur de l'angle de Bennett, nous nous sommes inspirés de la formule de Hanau ($PC. / 8 + 12$) en la modifiant. Pour faciliter le calcul afin qu'il soit plus rapide, la valeur de la pente condylienne est divisée par 10. La valeur numérique ajoutée, à savoir le chiffre 12, est modulée selon le type de prothèse et surtout l'âge du patient. Cette valeur est égale à zéro, chez le patient jeune et progressivement augmentée de 5, de 10 voire 15 en fonction de l'âge du patient et du type de prothèse à réaliser fixée ou amovible.

Soit par exemple, un adulte jeune dont la valeur de la pente condylienne est de 50° [10]. La valeur de l'angle de Bennett est de :

$$\frac{50^\circ + 0}{10} = 5^\circ + 0 = 5^\circ$$

Cette méthode de programmation des articulateurs semi-adaptables, basée sur l'observation clinique a été validée par le Docteur José Fernandes Cautela dans sa thèse pour le grade de Docteur en Médecine Dentaire soutenue en juin 2014 à l'Institut Supérieur des Sciences du Sud de Lisbonne au Portugal. Il a expérimenté notre technique en réalisant sur 25 étudiants soit 50 A.T.M. une comparaison entre l'analyse axiographique au Quick-Axis et la valeur angulaire de la pente condylienne donnée par la radiographie panoramique. Il a suivi également la formule de calcul de l'angle de Bennett. Ses résultats sont encourageants. Entre les deux techniques la moyenne des Pentes condyliennes diffère de 0,06 degrés et la moyenne des angles de Bennett de 0,22 degrés.

CONCLUSIONS

En fonction de la prothèse à réaliser, le dentiste est confronté à la valeur des contacts dentaires. Il doit analyser la position mandibulaire adaptée à la prothèse choisie.

Le choix de l'intercuspidation maximale habituelle ou l'intercuspidation maximale en relation centrée est défini en fonction de l'étendue de la prothèse. En outre cette position doit s'intégrer dans la cinématique dento-dentaire répondant au concept occluso prothétique correspondant au type de prothèse fixée, implantée, amovible partielle ou complète [11].

Ceci nécessite l'emploi d'un articulateur permettant leur réalisation au laboratoire de prothèse. Nous avons donc simplifié l'utilisation de l'articulateur semi-adaptable afin de le rendre accessible aux non spécialistes de l'occlusodontie.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Dupas PH, Picart B. Comprendre l'articulateur au cabinet dentaire et au laboratoire de prothèse. Paris, Éditions CdP, 2001.
- [2] Dupas PH. L'occlusion en prothèse conjointe. Paris, Editions CdP, 1993.
- [3] Slavicek R. Détermination de l'angle de Bennett à partir d'un tracé sagittal. Cah.Prothèse 1981 ; 35 : 87-102.
- [4] Slavicek R. L'enregistrement axiographique de la trajectoire condylienne à l'aide d'un arc facial à fixation "extra-occlusale". Cah Prothèse 1983 ; 41: 77-86.
- [5] Joerger R, Leize M, Lopez J, Nicoulaud P. L'axiographie de S.A.M. et le Quick Axis. Etude statistique comparative. Cah Prothèse 1992 ; 79 : 49-57.
- [6] Hailan F, Lian S. Erreurs de réglages de la pente condylienne avec les clefs interocclusales en propulsion. Cah Prothèse 1992 ; 78 : 49-54.
- [7] Gross M, Nemcovsky C, Tabibian Y, Gazit E. The effect of the three recording materials on the reproductibility of condylar guidance registrations in three semi adjustable articulators. J. Oral Rehabil 1998; 25 : 204-208.
- [8] Dupas PH. L'articulateur au quotidien. Son utilisation simplifiée. Paris, Éditions CdP, 2012.
- [9] Dupas PH. Le dysfonctionnement cranio-mandibulaire. Comment le diagnostiquer et le traiter. Paris, Éditions CdP, 2011.
- [10] Slavicek R. Les principes de l'occlusion. Rev Orthop Dento Fac 1983; 17 : 449-490.
- [11] Dupas PH. L'analyse occlusale Avant, pendant, après. Paris, Éditions CdP, 2004.

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
Romeinsestraat 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.



Préservation de la croissance de l'os alvéolaire après une fracture radiculaire cervicale : une étude de cas

Tülin İleri Keçeli, DDS, PhD; Burak Kutlu, DDS, PhD; H. Cem Gungor, DDS, Ph
J Can Dent Assoc 2013;79:d158_f

Sommaire

Les fractures radiculaires représentent de 0,5 % à 7 % des traumatismes des dents permanentes. Les fractures radiculaires cervicales sont moins fréquentes chez les enfants, mais leurs graves conséquences et leur sombre pronostic peuvent entraîner la perte de la dent. Nous discutons dans cette étude de cas de l'approche thérapeutique qui a été choisie pour maintenir la croissance de l'os alvéolaire après une fracture radiculaire cervicale chez un garçon de 8 ans.

Les fractures radiculaires des dents permanentes sont rares, leur prévalence variant de 0,5 % à 7 %¹. Ce type de traumatisme endommage non seulement la dentine, le cément et la pulpe dentaire, mais aussi le ligament parodontal². Comme pour la plupart des traumatismes dentaires, les fractures radiculaires touchent le plus souvent les incisives centrales supérieures. Les dents dont le développement radiculaire est incomplet ou qui sont à différents stades d'éruption sont en revanche rarement atteintes³. La plupart de ces traumatismes surviennent durant des bagarres ou sont causés par des corps étrangers qui frappent les dents¹. Les fractures radiculaires peuvent être horizontales, obliques ou verticales, les deux premières étant les plus répandues⁴.

Le tiers moyen de la racine est le siège le plus fréquent des fractures radiculaires horizontales, lesquelles représentent moins de 3 % de tous les traumatismes dentaires; viennent ensuite les zones apicale et cervicale⁵. Ces fractures touchent le plus souvent les incisives centrales supérieures permanentes dont l'éruption est terminée et dont les racines sont complètement formées⁶. Selon la gravité de l'impact, la fracture peut être simple ou multiple. Il semble que les fractures simples, qui sont éloignées du niveau cervical, présentent un meilleur pronostic⁴.

Les fractures radiculaires cervicales représentent de 6 à 19 % des fractures intra-alvéolaires⁶. Ces fractures présentent le pronostic le plus sombre, en raison de la stabilité réduite du fragment coronaire et de la perte de vitalité⁷. Le siège de la fracture devient donc un paramètre très important et un indicateur de la survie de la dent après un tel traumatisme². Ainsi une fracture radiculaire près de

la marge gingivale chez un enfant peut causer la perte de la dent⁷. Or la perte d'une dent chez un enfant en pleine croissance cause non seulement des problèmes psychosociaux, mais a aussi des effets défavorables sur le développement et l'esthétique, du fait que la largeur bucco-linguale de l'alvéole est compromise après l'extraction ou la perte de la dent. De tels cas exigent donc un plan de traitement personnalisé qui tient compte des besoins de l'enfant sur le plan émotionnel, du développement et de l'esthétique.

Dans cette étude de cas, nous décrivons l'approche thérapeutique qui a été utilisée pour préserver la croissance de l'os alvéolaire après une fracture radiculaire cervicale chez un jeune garçon.

Étude de cas

Un enfant de 8 ans a été dirigé vers la clinique de dentisterie pédiatrique pour une fracture de l'incisive centrale supérieure droite (dent 11). Le traumatisme s'était produit une semaine plus tôt, au moment où l'enfant était entré en collision avec un ami à l'école. L'enfant avait été examiné par deux dentistes généralistes qui avaient conseillé aux parents de faire traiter l'enfant dans une clinique dentaire universitaire.

Les antécédents médicaux de l'enfant ne présentaient rien de particulier. L'examen clinique a révélé une mobilité excessive de la dent, laquelle était également sensible à la palpation. Les dents adjacentes ne présentaient aucun signe de traumatisme (ill. 1). Un diagnostic de fracture radiculaire cervicale a été posé après la prise de radiographie (ill. 2).

Le plan de traitement prévoyait l'extraction du segment coronaire de la dent 11, un traitement endodontique (apexification) de la portion apicale de la dent suivi d'une extrusion orthodontique, et la restauration finale avec réattachement de la couronne⁸. Le plan a été discuté avec le patient et ses parents, qui l'ont approuvé.

Le fragment coronaire a été extrait sous anesthésie locale, puis a été plongé dans du sérum physiologique stérile et a été conservé à une température de 4 °C en vue d'une utilisation future

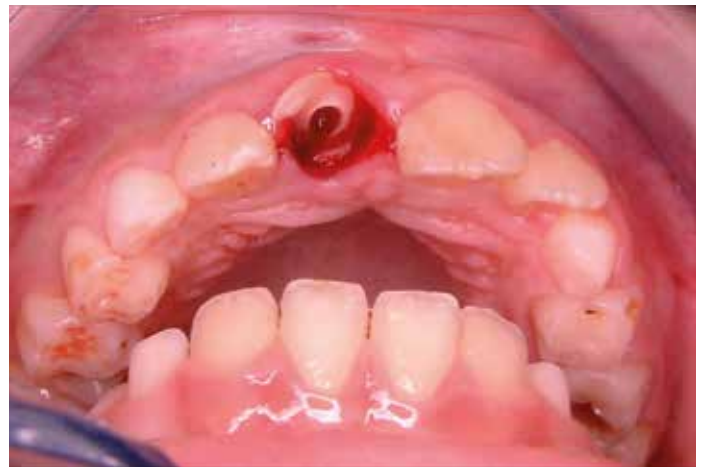
dans une prothèse partielle⁹. L'examen de l'alvéole a toutefois révélé que le trait de fracture était situé profondément (environ 4 mm) sous la marge gingivale (**ill. 3**). On a estimé que la longueur du segment apical était insuffisante pour satisfaire au rapport couronne-racine idéal (1:1) nécessaire au réattachement de la couronne. Le plan de traitement a donc été abandonné, ce qui laissait deux options : immersion de la racine pour favoriser la croissance de l'os alvéolaire ou extraction de la dent et fabrication d'une prothèse partielle jusqu'à ce que le traitement définitif puisse être réalisé, lorsque le patient serait plus âgé. Ces options ont été discutées avec les parents qui ont opté pour le traitement sans extraction.



Ill. 1 : Vue préopératoire de face du patient montrant une fracture de la dent 11, sans atteinte des dents adjacentes.



Ill. 2 : Radiographie rétroalvéolaire montrant la fracture au coin distal de la dent 11 (flèche). On remarque que le trait de fracture est à peine visible sous cet angle.



Ill. 3 : Après l'extraction du fragment coronaire, l'examen clinique a révélé un trait de fracture profond, situé à environ 4 mm sous la marge gingivale.

Après avoir établi l'hémostase au site d'extraction, on a procédé à l'extirpation de la pulpe sous irrigation abondante de sérum physiologique. La longueur de travail du canal radiculaire a été déterminée, et une pâte d'hydroxyde de calcium a été appliquée à l'intérieur du canal. La cavité d'accès a été refermée à l'aide de ciment de verre ionomère. Des antibiotiques ont été prescrits au patient, qui a été revu 2 semaines plus tard.

Durant la deuxième visite, un lambeau mucopériosté de pleine épaisseur a été élevé sous anesthésie locale. La portion coronaire de la surface radiculaire a été réduite jusqu'à 2 mm sous l'os marginal avec une fraise ronde, en prenant grand soin de ne pas enlever d'os. Le canal radiculaire a été rincé à fond avec du sérum physiologique pour éliminer la pâte d'hydroxyde de calcium. Le champ a ensuite été irrigué avec une solution de chlorhexidine à 2 %, puis de nouveau avec du sérum physiologique.

Le canal radiculaire a ensuite été séché, puis a été obturé en trois étapes consécutives avec un agrégat minéral de trioxyde (ProRoot MTA, Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suisse) jusqu'à la longueur de travail prédéterminée, à l'aide d'un instrument Lentulo. Le reste du canal radiculaire et la cavité d'accès ont été obturés avec un ciment de verre ionomère haute résistance. L'excédent de ciment a été éliminé et une suture a été réalisée en plaçant le lambeau mucopériosté coronairement et en le tirant au-dessus de l'alvéole.

Deux semaines après la chirurgie, nous avons prévu de mettre en place une prothèse temporaire pour éviter que les dents adjacentes migrent dans le site. Ce traitement n'a toutefois pas pu être réalisé, car le patient a dû quitter la ville temporairement. Au retour du patient, cinq mois plus tard, la migration des dents adjacentes vers le champ opératoire avait causé la fermeture de l'espace (**ill. 4**). Il a donc fallu utiliser un appareil d'expansion en éventail pour ouvrir l'espace.

Après ce traitement qui a duré six mois, des empreintes en alginate des deux maxillaires ont pu être réalisées. Une prothèse partielle amovible a été fabriquée en y incorporant la couronne qui avait été extraite, laquelle a été réduite de manière à s'ajuster à un

modèle en plâtre dur. La dentine coronaire a été retirée jusqu'à environ 1 mm de la jonction amélo-dentinaire à l'aide d'une turbine à air haute vitesse refroidie à l'eau. La couronne a été préparée avec une résine composite hybride à microcharges (Spectrum TPH, teinte B2, Dentsply, Constance, Allemagne), en utilisant un adhésif de type « mordancer et rincer » (Prime&Bond NT, Dentsply, Constance, Allemagne), en vue de sa copolymérisation avec la résine rose pour prothèse (Dentaurum, Pforzheim, Allemagne).

Après la polymérisation sous pression, la prothèse a été retirée du modèle. La prothèse a été polie grossièrement et un essai en bouche, avec ajustement de l'occlusion, a été réalisé. Le polissage final a été fait, puis des directives ont été données au patient sur l'utilisation et l'entretien de sa prothèse.

Une semaine plus tard, au moment de la première visite de suivi, le patient n'a formulé aucune plainte. Il semblait à l'aise avec sa prothèse et satisfait des résultats (ill. 5).

Le patient a par la suite été examiné tous les trois mois. Lors de la visite effectuée 33 mois après la chirurgie, la largeur bucco-linguale de l'os alvéolaire semblait s'être bien maintenue et aucun signe d'affaissement important n'a été observé (ill. 6).

À la radiographie, la guérison de la racine immergée semblait se poursuivre favorablement (ill. 7).

On a toutefois constaté que la prothèse devait être refaite; il a donc été prévu de refaire la prothèse à la prochaine visite de suivi, trois mois plus tard.



Ill. 5 : Prothèse partielle en place.



Ill. 6 : Vue linguale du patient (33 mois après l'extraction) montrant la préservation de la largeur bucco-linguale de l'alvéole.



Ill. 4 : La radiographie prise 7 mois après l'extraction montre une guérison sans complication autour de la racine immergée. À remarquer la fermeture de l'espace entre les dents 12 et 21.



Ill. 7 : Radiographie de la racine immergée (33 mois après l'extraction) montrant une guérison satisfaisante et sans complication.

Discussion

Lorsqu'il s'agit de fractures radiculaires cervicales, il est recommandé de stabiliser les fragments avec un jumelage non rigide durant une période maximale de quatre mois¹⁰. Dans le cas présent, toutefois, les auteurs ont décidé d'extraire le segment coronaire dès le départ, en raison de l'emplacement du trait de fracture et de la difficulté appréhendée d'obtenir une stabilisation adéquate et efficace du fragment coronaire. Nous avons prévu de poursuivre le traitement par extrusion orthodontique, mais le diamètre relativement petit du fragment apical retiré a été jugé insuffisant pour la restauration¹¹. Nous avons donc opté pour l'immersion de la racine.

L'immersion radulaire, ou rétention intentionnelle de la racine, est une procédure clinique recommandée^{10,12}. Selon le tableau clinique, on peut tenter l'immersion de la racine d'une dent à pulpe vivante ou dévitalisée. L'immersion de la racine d'une dent à pulpe vivante est préférable, car elle est associée à des résultats favorables, notamment en ce qui a trait au développement radulaire et à la fermeture de l'extrémité de la racine par maturation¹³. Après un suivi de plus de 2 ans, Rodd et coll.¹² ont observé un taux de succès clinique de 91 % avec 29 racines d'incisives permanentes dévitalisées et 24 racines d'incisives permanentes à pulpe vivante, maintenues intentionnellement après une fracture corono-radulaire chez des enfants (âge moyen de 12,1 ans). Durant cette étude rétrospective, 15 des 24 racines de dents à pulpe vivante ont été traitées par endodontie avec extirpation de la pulpe, 3 par pulpotomie et 5 n'ont pas été traitées. Les 3 dents traitées par pulpotomie ont par la suite présenté une nécrose pulpaire qui a nécessité un traitement endodontique avec application d'hydroxyde de calcium.

Durant une étude récente, Mejäre et coll.¹⁴ ont conclu que la littérature actuelle offrait peu d'information permettant de distinguer une inflammation pulpaire qui pouvait être traitée d'une autre qui ne pouvait l'être sur des dents présentant des caries profondes ou des dents ayant subi un traumatisme ou une autre lésion. Johnson et Jensen¹³ décrivent un cas où une incisive centrale inférieure a été traitée par immersion de la racine de la dent à pulpe vivante après une fracture radulaire cervicale chez un patient de 8 ans qui avait été dirigé vers la clinique dans les 24 heures suivant le traumatisme. Dans le cas présent, nous avons opté pour l'immersion de la racine de la dent dévitalisée, car le patient s'est présenté à notre clinique une semaine après le traumatisme. Le laps de temps plus long qui s'était écoulé augmentait le risque d'infection du canal radulaire, et un traitement endodontique subséquent aurait été nécessaire si l'immersion de la racine de la dent à pulpe vivante avait échoué. Notre approche thérapeutique s'apparente à une décoronation¹⁵, mis à part l'absence de dent en infraposition (dent ankylosée). Nous avons opté pour cette approche, car notre objectif était de préserver l'os alvéolaire et d'en favoriser la croissance dans les plans vertical et horizontal¹⁵. De plus, l'extraction a un effet négatif sur la croissance de l'os alvéolaire dans le cas d'une dent ankylosée. Après une extraction, la hauteur et la largeur du processus alvéolaire adjacent diminuent¹⁶, de sorte que l'on obtient une crête résiduelle plus courte et plus étroite¹⁷.

Rien n'a été fait pour tenter de remplir la lumière du canal avec du sang¹⁸ pour amorcer le processus menant à une résorption

graduelle de la racine résiduelle et au remplacement osseux. Selon des études réalisées sur des dents à pulpe vivante et des dents traitées par endodontie, les changements inflammatoires sont peu nombreux et peu marqués autour des racines immergées¹². De plus, il a été démontré que la mise en place d'implants dans l'alvéole est une procédure relativement facile et sans complication lorsque la croissance du patient est terminée, même lorsque certains reliquats de racines demeurent visibles à la radiographie¹⁵.

L'autogreffe aurait pu être une option pour notre patient. Cette option n'a toutefois pas été envisagée, car notre patient présentait une relation occlusale de classe I avec un léger chevauchement dans la zone antérieure supérieure gauche (ill. 1).

Dans notre cas, une prothèse partielle amovible a été fabriquée en utilisant la couronne naturelle du patient, pour satisfaire aux besoins émotionnels, esthétiques et de développement du patient. L'importance de l'observation du traitement par le patient, l'ines-thétique due à la présence de crochets sur les canines et le risque de fracture sont les inconvénients généralement associés à l'utilisation de prothèses partielles. À cela s'ajoute la nécessité de refaire la prothèse à mesure que la mâchoire se développe, comme ce fut le cas ici après 2,5 ans.

L'objectif à long terme du traitement décrit ici était de prévenir l'arrêt de croissance de l'os alvéolaire. Lorsque le patient atteint la maturité, la racine immergée peut être extraite et un implant peut être mis en place pour maximiser l'esthétique et la fonctionnalité et offrir un traitement plus prévisible¹⁸. Bien que l'approche thérapeutique présentée ici puisse être considérée comme le remplacement temporaire d'une dent manquante, elle offre une solution facile, fonctionnelle, esthétique et relativement économique de régler un problème clinique.

Références

1. Andreasen JO, Andreasen FM, Tsukiboshi M. Crown-root fractures. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, editors. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007. p. 314-36.
2. Welbury R, Kinirons MJ, Day P, Humphreys K, Gregg TA. Outcomes for root-fractured permanent incisors: a retrospective study. *Pediatr Dent*. 2002;24(2):98-102.
3. Andreasen JO, Hjørting-Hansen E. Intraalveolar root fractures: radiographic and histologic study of 50 cases. *J Oral Surg*. 1967;25(5):414-26.
4. Fayle SA. Root fractures. In: Curzon MEJ, ed. Handbook of dental trauma: A practical guide to the treatment of trauma to the teeth. 1st ed. Boston: Wright; 1999. p. 99-105.
5. CaliĐkan MK, Pehlivan Y. Prognosis of root-fractured permanent incisors. *Endod Dent Traumatol*. 1996;12(3):129-36.
6. Andreasen FM, Andreasen JO, Bayer T. Prognosis of root-fractured permanent incisors - prediction of healing modalities. *Endod Dent Traumatol*. 1989;5(1):11-22.
7. Cvek M, Tsilingaridis G, Andreasen JO. Survival of 534 incisors after intra-alveolar root fracture in patients aged 7-17 years. *Dent Traumatol*. 2008;24(4):379-87.
8. Canoglu H, Gungor HC, Cehreli ZC. Management of cervical root fracture using orthodontic extrusion and crown reattachment: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;104(3):e46-9.
9. Ulusoy AT, Cehreli ZC. Provisional use of a natural tooth crown following failure of replantation: a case report. *Dent Traumatol*. 2008;24(1):96-9.
10. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2012;28(1):2-12.
11. Saito CT, Guskuma MH, Gulinelli JL, Sonoda CK, Garcia-Junior IR, Filho OM, et al. Management of a complicated crown-root fracture using adhesive fragment reattachment and orthodontic extrusion. *Dent Traumatol*. 2009;25(5):541-4.
12. Rodd HD, Davidson LE, Livesey S, Cooke ME. Survival of intentionally retained permanent incisor roots following crown root fractures in children. *Dent Traumatol*. 2002;18(2):92-7.
13. Johnson BR, Jensen MR. Treatment of a horizontal root fracture by vital root submergence. *Endod Dent Traumatol*. 1997;13(5):248-50.
14. Mejäre IA, Axelsson S, Davidsson T, Frisk F, Hakeberg M, Kvist T, et al. Diagnosis of the condition of the dental pulp: a systematic review. *Int Endod J*. 2012;45(7):597-613.
15. Malmgren B. Decoronation: how, why, and when? *Calif Dent Assoc*. 2000;28(11):846-54.
16. Ten Heggeler JM, Slot DE, Van der Weijden GA. Effect of socket preservation therapies following tooth extraction in non-molar regions in humans: a systematic review. *Clin Oral Implants Res*. 2011;22(8):779-88.
17. Pinho MN, Roriz VL, Novaes AB Jr, Taba M Jr, Grisi MF, de Souza SL, et al. Titanium membranes in prevention of alveolar collapse after tooth extraction. *Implant Dent*. 2006;15(1):53-61.
18. Sigurdsson A. Decoronation as an approach to treat ankylosis in growing children. *Pediatr Dent*. 2009;31(2):123-8.

Le top 10 des erreurs commises au cabinet dentaire et comment y remédier ?



Tout au long de ma carrière de praticien, je me suis interrogé sur les leviers à actionner au cabinet dentaire pour rencontrer le succès. Au début, pour réussir dans ma propre structure, puis après, pour aider les dentistes rencontrés lors de mes séminaires. Pour cet article, j'ai voulu dresser une liste des erreurs commises et proposer des pistes d'amélioration

Voici un condensé non exhaustif des points sur lesquels agir. J'ai énuméré ci-après les principales erreurs que j'ai moi-même faites avec celles d'autres praticiens.

ERREUR N°10 - MANQUER DE PERSÉVÉRANCE

De nombreux dentistes venus à mes séminaires prennent conscience des possibilités d'évolution pour leurs cabinets. Cependant, nombreux sont ceux qui, après notre rencontre, n'effectuent pas les changements nécessaires pour développer leur structure. Les raisons sont nombreuses : manque de méthode, période de stress, équipe non impliquée dans ce projet, etc. Par conséquent, même si le dentiste est plein de bonne volonté, rien ne se produit réellement. C'est pourquoi, **il faut sortir de votre zone de confort et persévérer. Si vous souhaitez réaliser les changements désirés, vous devez insister.**

ERREUR N°9 - NE PAS SAVOIR OÙ ALLER

Le dentiste doit avoir une vision claire de la direction à donner à sa structure libérale dans les trois prochaines années. Celle-ci doit être partagée avec le reste de son équipe. Des systèmes documentés point par point, sur les domaines cliniques, paracliniques et extra cliniques du cabinet composent cette vision. Ils donnent une « marche à suivre ». Portez vos efforts sur la fixation d'objectifs, la mise en place d'un plan d'action et un contrôle régulier des résultats obtenus. **Les systèmes de gestion seront un appui pour atteindre vos objectifs.**

ERREUR N°8 - UN SERVICE PATIENT MIS DE CÔTÉ

Les patients qui se rendent chez vous doivent percevoir la valeur des traitements qu'ils reçoivent. Vous pensez fournir les meilleurs soins possibles ? Vous cherchez de nouvelles façons de vous améliorer ? Pour cela, vous ne devez rien laisser au hasard. La première impression qu'un patient a de vous est très importante. Pour qu'il vous choisisse pour

ses projets de traitement, il doit sentir que vous lui dédiez un service cinq étoiles. **Tous ont besoin de se sentir spéciaux et traités comme des VIP, peu importe qui ils sont et d'où ils viennent.**

ERREUR N°7 - NE PAS OPTIMISER L'EXPÉRIENCE DES NOUVEAUX PATIENTS

Aujourd'hui plus que jamais, la satisfaction du nouveau patient est primordiale. La communication mise en place dès le premier contact est stratégique. L'expérience du nouveau patient au cabinet débute dès le premier appel téléphonique. De quelle manière est-il pris en charge ? Votre attitude dit elle « Je suis content de votre appel » ou « vous me dérangez dans mon travail » ? **Faites-en sorte que chacun se sente spécial. Une fois face à vous, chouchoutez-les tout en soulignant votre expertise clinique.** Votre équipe peut, par exemple, montrer de la documentation démontrant la qualité de vos soins. Elle peut également faire lire des témoignages d'anciens patients satisfaits de leur expérience.

ERREUR N°6 - NÉGLIGER L'ESPRIT D'ÉQUIPE

Je le répète assez souvent : votre équipe est une des forces de votre cabinet ! Les praticiens, quel que soit leur talent, ne peuvent plus piloter efficacement le cabinet sans une équipe soudée.

Cela demande du temps et des efforts pour développer un esprit de groupe. Mais une fois que l'équipe fonctionne bien ensemble, elle crée de la valeur au cabinet. La cohésion est primordiale pour la croissance à long terme de votre structure. Plus votre équipe sera soudée et formée à ces tâches quotidiennes, plus votre activité sera florissante. Respectez vos collaborateurs et faites-en de véritables partenaires. **La mise en place de systèmes de gestion documentés, une équipe formée à ces systèmes et le recrutement de personnes motivées renforcera l'esprit d'équipe.**

ERREUR N°5 - UNE UTILISATION NON-OPTIMALE DES TECHNOLOGIES

L'investissement technologique peut être l'une des meilleures façons de promouvoir un cabinet. Malheureusement, de nombreux dentistes dépensent beaucoup d'argent dans des technologies de pointe sans en faire une promotion suffisante auprès des patients. Chaque fois que vous envisagez d'accroître le niveau technologique de votre cabinet, je vous recommande d'évaluer également le pouvoir de cette acquisition sur votre communication auprès des patients. **Une radio panoramique ou un logiciel de CFAO peut faire bondir votre taux d'acceptation des projets de traitements.** Gardez en tête que la plupart des patients ne mesurent pas toute l'étendue de la qualité des soins reçus si on ne le leur fait pas savoir.

ERREUR N°4 - UNE DÉCORATION DÉPASSÉE

L'image du cabinet que vous souhaitez transmettre aux patients doit se ressentir dans l'architecture et la décoration. Cette dernière doit être à la hauteur de vos traitements. Comment renvoyer une image de qualité dans un cabinet aux peintures qui s'écaillent, avec des tableaux du siècle dernier ? Vous devez peut-être procéder à un coup de neuf. Le patient doit penser qu'il est au bon endroit dès qu'il franchit le seuil de la porte. L'ambiance renvoyée aura une importance capitale sur sa première impression. Si elle est positive, il sera plus motivé à revenir se faire soigner dans le même cabinet. **La décoration est une technique dans l'accueil du patient. Plus on y attache d'importance, plus le message envoyé au patient sera celui du souci de l'accueillir au mieux.**

ERREUR N°3 - ZAPPER LES MOMENTS DE PARTAGE D'INFORMATIONS

Dans un souci d'efficacité et pour une meilleure gestion du temps et du stress, je vous invite à mettre en place une réunion quotidienne avec votre équipe. L'objectif est d'optimiser l'organisation de la journée, en anticipant la journée à venir. Vous devez aborder chaque rendez-vous du jour.

C'est le moment idéal pour prendre connaissance des procédures à effectuer sur les patients. Prendre du recul permet d'anticiper. **C'est « une mine d'or » en termes d'organisation.** Toute l'équipe entendra les mêmes messages au même moment. Il importe donc de faire de la réunion un élément de routine dans l'organisation du cabinet.

ERREUR N°2 - LE MANQUE DE POSITIVITÉ

Les dentistes doivent croire en leur capacité à changer. De nombreux praticiens se montrent réticents à sortir de la routine. La vie est pourtant un perpétuel apprentissage qui peut s'avérer amusant. Montrez-vous optimiste. Dans le monde de l'entreprise, les personnes négatives ont tendance à manquer les opportunités qui se présentent. Pire encore, elles n'ont pas d'effet positif sur autrui. **Vous ne pouvez pas menacer votre personnel pour qu'il travaille mieux. Vous ne pouvez obliger vos correspondants à vous adresser des patients. Vous ne pouvez pas non plus forcer vos patients à accepter le traitement que vous leur proposez.** Seule une approche enthousiaste vous donne la capacité d'influencer positivement votre exercice.

ERREUR N°1 - LE MANQUE D'ESTIME DE SOI (*)

Enfin, la plus grosse défaillance des praticiens d'aujourd'hui est souvent un manque de confiance. Certains ne se sentent pas assez sûr d'eux. Ils ne sont pas assez affirmés pour convaincre le patient qu'il fait le bon choix en s'adressant à eux. Le praticien doit être capable de communiquer de manière assurée les caractéristiques, les avantages et la valeur du traitement qu'il recommande. **Si vous vous sentez confiant dans ce que vous faites, les patients perçoivent la valeur de votre service. Ils accepteront le prix appliqué et trouveront le temps de suivre votre traitement.** Par conséquent, si vous croyez en vous-même, vos patients croiront également en vous.

(*) Pour plus d'informations, retrouvez mon nouvel ouvrage « *Les 7 secrets de la communication avec les patients* » sur notre boutique en ligne www.eshop-binhas.com.

KaVo IDS Highlights



Découvrez les nombreuses innovations que nous avons présentées dans l'exposition IDS et comment perfectionner votre pratique sur www.kavo.be.

E70/E80
Vision



MASTERmatic
Series



OP300
MaXio



Renseignez-vous
sur nos promotions
uniques

Contactez-nous
par 0496 275865 ou
alex.michils@kavo.com



KaVo. Dental Excellence.

SOMMAIRE

FORMATION CONTINUE

31 **SOMMAIRE FORMATION CONTINUE**

33	7^{ÈME} CONGRÈS	15-16-17/10/2015
34	ANAMNÈSE & RADIOLOGIE	28/11/2015
37	GESTION DES CONFLITS	4/06/2015
38	ESTHÉTIQUE : FACETTES, INLAYS, ONLAYS	6/06/2015
39	RÉANIMATION	12/06/2015
40	LES SUTURES	13/06/2015
42	CYCLE COMPLET DE FORMATION À L'HYPNOSE	25-26-27 FÉVRIER 2016

hurrimix



Hurrimix: en quelques secondes, de nombreux avantages.



Hurrimix, le mélangeur automatique idéal pour mélanger des alginates et des plâtres Zhermack: il garantit une qualité de mélange constante, un encombrement minime et un fonctionnement silencieux.

HYDROGUM 5, alginate sans poussière à prise rapide, permet de couler l'empreinte après 5 jours et d'obtenir des modèles extrêmement précis.

HYDROCOLOR 5, alginate chromatique avec 5 jours de stabilité dimensionnelle de l'empreinte pour simplifier le travail au quotidien du dentiste.

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 & Radiologie

28 novembre 2015 de 9h00 à 17h30

Acinapolis - Jambes - Namur

Le dentiste et le patient malade : du bilan d'état général à la conduite à tenir

L'espérance de vie étant en constante augmentation, peu de personnes âgées arrivent à un âge avancé indemnes de maladies chroniques, on ne compte plus les patients atteints d'hépatite C, de maladie d'Alzheimer, d'arthrose, de Parkinson, d'hypertension artérielle, d'allergies, ...

Les raisons de s'intéresser à la santé de nos patients en dehors de la bouche ne manquent donc pas. Le chirurgien-dentiste est amené de plus en plus fréquemment à soigner des patients à l'état général perturbé. En effet, les progrès de la médecine, de la chirurgie, l'augmentation de la durée de la vie et le vieillissement de la population qui en découlent, conduisent dans nos cabinets un pourcentage régulièrement plus important de patients qui présentent une ou plusieurs pathologies générales associées très souvent à une polymédication.

De plus en plus de ces patients malades vivent chez eux ou en institution et sont soignés, et équilibrés : ils retrouvent une vie sociale à peu près normale et désirent bénéficier des mêmes soins bucco-dentaires que les personnes bien portantes. Dès lors, le médecin-dentiste doit prendre toutes les précautions pour que ses actes ou ses prescriptions ne viennent pas perturber un équilibre souvent installé avec difficulté. Pour cela, il devra solliciter le patient et souvent son médecin afin qu'ils précisent l'état de santé du patient. Le médecin-dentiste sera dès lors en mesure d'évaluer les risques qui découlent de la maladie elle-même ou de son/ ses traitement(s) (risque hémorragique, infectieux, toxique, cardio-vasculaire, allergique, osseux). Le médecin-dentiste doit alors être en mesure de mettre en oeuvre les gestes et les précautions utiles.

Médecin-Dentiste et médecin interniste ou spécialiste doivent communiquer autour de la prise en charge bucco-dentaire sans que cela tourne en un dialogue de sourds. La connaissance que le médecin-dentiste a des interférences de ses traitements avec la santé générale du patient est certainement une des clefs de voûte de ce dialogue confraternel harmonieux.

Dr Carlos MADRID

- Médecin Associé. Division de Chirurgie Orale et Maxillo-Faciale- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Lausanne

Radioprotection

« L'exposition aux RX dans la pratique dentaire est si faible qu'elle peut être considérée comme négligeable sur le plan de son impact sur la santé, tant des praticiens que des patients ! »

Ce type de discours est trompeur, comme l'ont rappelé encore récemment les organisations scientifiques internationales et l'AFCN ! Les doses ne sont faibles que si une bonne pratique est appliquée sur le plan de la radioprotection. C'est pourquoi, de nouvelles dispositions réglementaires d'interdiction et d'obligations sont apparues ces dernières années en radiologie dentaire, comme le contrôle de qualité des appareils à RX par un expert en radiophysique médicale ou les formations supplémentaires qui seront exigées lors de l'utilisation d'un tomographe volumique à faisceau conique (CBCT).

Dr Vera PIRLET

- Licenciée en Science ULg 1993
- DES en radioprotection de l'environnement 1995

Accréditation demandée :
20 UA dom 1 - 20 UA dom 3
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75



- Doctorat en Sciences 2003, ULg
 - Agrément d'expert qualifié en contrôle physique de classe II accordé par l'AFCN
 - Direction du service de contrôle physique des radiations de l'Université de Liège et du CHU de Liège.
 - Maître de conférence à l'ULg pour toute la charge de cours en radioprotection et législation
 - Expertise technique pour la Commission européenne
 - Membre du jury médical de l'AFCN
-

L'imagerie 3-D pré-implantaire : un rendez-vous à ne pas manquer ?

L'implantologie dentaire est une procédure de réhabilitation prothétique qui comporte une phase chirurgicale.

Peut-on la mener à bien sur base de modèles d'études, d'un cliché panoramique et d'éventuels clichés intrabucaux ?

Notre bilan stratégique peut-il être complet et pertinent sans un examen tridimensionnel des structures osseuses ?

L'évaluation préopératoire du risque anatomique, fonctionnel, et esthétique dans les zones antérieures, est-elle suffisamment précise sans une image réelle des tissus durs ?

La réponse est clairement : non.

L'introduction du CT Scan (examen tomодensitométrique) et plus récemment du Cone Beam (tomographie volumique numérisée à faisceau conique) en dentisterie a radicalement modifié le diagnostic et la planification pré-implantaire.

Après un résumé historique de la radiologie en Médecine Dentaire, du fonctionnement du CT scan et du CBCT et des principes d'acquisition des images 3-D, nous discuterons des avantages et des limites de l'imagerie comme aide au diagnostic et à la planification des traitements implantaires.

Didier EYCKEN

- Dentiste LSD – DG, UCL 1988
- Post-gradué en Prothèse Dentaire, UCL 1991
- Diplômé Universitaire en Parodontologie, Lille II 1995
- Certificate of Periodontics New York University, 1997
- Attestation Universitaire d'Implantologie, Paris VII 1999
- Fellow International Team for Implantology
- Past President de la Société de Médecine Dentaire a.s.b.l.

Biodentine™

La première et unique dentine en capsule



ACTIVE
BIOSILICATE
TECHNOLOGY

Biodentine™ est le premier matériau biocompatible et bioactif 'tout-en-un' indiqué pour la réparation des atteintes dentaires.

Biodentine™ stimule la reminéralisation dentinaire, préserve la vitalité de la pulpe et en favorise la cicatrisation. Dotée de propriétés biologiques et mécaniques similaires à celles de la dentine naturelle, Biodentine™ la remplace avantageusement.

Les traitements cliniques à base de Biodentine™ s'avérant très positifs, cette innovation permet aujourd'hui d'appliquer le composite dès la première séance et par conséquent de procéder à **une restauration totale en une seule intervention.**

N'attendez pas pour profiter des avantages cliniques de cette première et unique dentine en capsule et commandez dès maintenant Biodentine™ auprès de votre représentant Septodont.



SEPTODONT NV-SA • Av. de la Constitution 87 • B-1083 Bruxelles
Tél. 02 425 60 37 • Fax 02 425 36 82 • info@septodont.be • www.septodont.be





Gestion des conflits

Jeudi 4 juin de 9h00 à 17h00

Bruxelles - Maison des Dentistes

À qui s'adresse cet atelier ?

Aux dentistes confrontés à des conflits qui surgissent au cours de l'exercice de la profession et ce, y compris lors de prestations de soins, des contacts entre collègues, consœurs et confrères en tant que, par exemple, responsable de service.

Quelques exemples

- Un confrère est confronté à la violence d'un patient qui ne comprend pas que le tarif pratiqué est différent de celui du confrère d'à côté....
- Un autre est en butte avec un patient qui s'aperçoit que les modalités de remboursement de la mutuelle ont changé, tout en espérant encore bénéficier de l'ancien régime de remboursement.
- Le patient insatisfait de sa prothèse désire à tout prix se voir rembourser du montant des honoraires
- Un confrère se plaint de l'attitude du responsable de service, Les contacts tournent rapidement à l'affrontement. D'autant que le style de management est empreint d'un certain autoritarisme qui tend à virer en des comportements de type manipulateur et menaçant.

Acquisitions

1. Comprendre comment se créent les conflits
2. Identifier ses propres modes de fonctionnement en face du conflit et découvrir les pistes de progression.
3. Apprendre à utiliser des outils (techniques) pour mieux gérer les conflits et en franchir les obstacles
4. Identifier et Utiliser les bons canaux de communication.
5. Développer sa confiance en Soi (assertivité) et son leadership. Diversifier ses comportements pour bâtir des relations de confiance qui permettront de surmonter les obstacles et de gagner en efficacité.
6. Développer de nouvelles compétences pour enrichir sa qualité de vie professionnelle et privée.

Méthode

La méthode est basée sur le principe d'une pédagogie interactive et « orientée solution » Des mises en situation et des jeux de rôle (exercices personnalisés) sont prévus et s'inspireront de « situations réelles. ».

Les grilles de lecture et d'intervention privilégient la mobilisation des ressources personnelles tout en tenant compte de la réalité de chacun.

Les outils employés font référence à ceux employés - notamment- en Analyse Transactionnelle et en programmation Neuro - Linguistique (PNL).

Les exercices s'accompagnent de débriefings qui permettent d'explorer les nouvelles options et pistes de progression pour résoudre les situations à l'origine de tensions relationnelles.

Mme Fatima AZDIHMED

- Coach professionnel certifié (PCC) par la Fédération Internationale de Coaching et membre de cette Fédération.
- Dirige le centre de Formation et de coaching Mozaik Coaching (www.mozaik-coaching.be).
- Formatrice et Coach dans le domaine médical et paramédical ainsi qu'en entreprise.
- Formée au coaching, à l'approche systémique des organisations, à la thérapie systémique brève, à l'analyse transactionnelle et maître praticienne en programmation neurolinguistique.
- Anciennement cadre auprès de l'ONDRAF (Organisme National des Déchets Radioactifs et des matières fissiles enrichies).

Accréditation demandée : 29661
40 UA dom 2
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75





Esthétique

Facettes inlays, onlays

Samedi 6 juin de 9h00 à 18h00

Heverlee

Facettes et Inlay-Onlays en pratique quotidienne : de la préparation au collage

La demande esthétique de nos patients est en continuelle croissance tant pour la forme que pour la teinte des dents visant à améliorer leur sourire.

Outre les traitements d'éclaircissement très à la mode, l'utilisation des facettes représente une alternative également très médiatisée.

Souvent peu enseignée à l'université, et en conséquence peu pratiquée, l'utilisation des facettes et des inlays-onlays en céramique ou composite, s'avère parfois un vrai challenge pour le dentiste. Le but de cette journée est de permettre au praticien de se familiariser avec ces techniques selon deux aspects, le premier théorique et le deuxième, pratique où chaque dentiste fera des tailles de facettes et d'inlays onlays sur des dents Frasaco, et procédera par la suite au collage d'une facette.

Le cours théorique répondra aux questions les plus posées concernant ces préparations :

1. Inlays-Onlays : restaurations postérieures indirectes

Principes, instrumentation et techniques pour la préparation des Inlay-Onlays. Inlay en céramique ou en composite ? Peut-on faire un Inlay sur une dent dévitalisée ? Avec quoi et comment coller un inlay ? Longévité et maintenance des inlay-Onlays.

2. Facettes en céramique

La pose de facettes nécessite deux séances au moins et comporte plusieurs étapes se résumant par la préparation, la prise d'empreinte et la fabrication des provisoires durant la première séance. Le deuxième rendez-vous est réservé au collage et au polissage des facettes. Actuellement plusieurs systèmes adhésifs sont disponibles sur le marché, mais lequel choisir ? Comment pré-traiter les facettes avant le collage ? Que faire si une facette se décolle ?

Ce module de un jour comprend un cours théorique et des travaux pratiques.

Le nombre de participants est fixé à 16 pour une meilleure communication et déroulement de la journée. Une liste des instruments nécessaires et que les dentistes devront avoir avec eux sera envoyée en temps voulu.



Dr Joseph SABBAGH

- Docteur en chirurgie Dentaire.
- CES en Odontologie Conservatrice et Endodontie (université Paris-VII).
- DES en traitements conservateurs.
- Docteur en Sciences Odontologiques UC.

Accréditation demandée : 29403
40 UA dom 4
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75



Réanimation

Vendredi 12 juin de 9h00 à 16h00

Bruxelles - Best Western County House

Réanimation Cardio-Respiratoire

Parmi les urgences survenant au cabinet dentaire, l'arrêt cardio-circulatoire est l'accident le plus grave. S'il est heureusement assez rare, il impose au praticien le recours à des procédures spécifiques.

La formation proposée comprend des notions théoriques et surtout, en partie principale, un entraînement pratique en petits groupes, permettant l'acquisition approfondie des 'réflexes et gestes qui sauvent' dans ces circonstances, y compris l'utilisation d'un masque facial et d'un défibrillateur externe automatisé.

Ce Workshop est délivré par des formateurs de la Croix Rouge. Elle donne accès à un certificat de secouriste en réanimation cardio-pulmonaire et défibrillation.

CROIX-ROUGE 
de Belgique

Un certificat de secouriste en réanimation cardio-pulmonaire
et défibrillation vous sera délivré après la formation.



Sophie LAHOUSSE

- Expérience dans le domaine de la formation en secourisme
- Master en Sciences de l'Education
- Formatrice (modules) pour les professionnels de la petite enfance

Pierre RAUCY

- Licence en Sciences de la Santé Publique
- Agrégation de l'Enseignement secondaire Supérieur
- Formateur de secourisme en milieu professionnel

Accréditation accordée : 29226
40 UA dom 1
Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75



Les sutures

Samedi 13 juin de 9h30 à 13h00

Bruxelles - Maison des Dentistes

Un tout nouveau workshop qui vous apprendra les sutures sous toutes les coutures !
Un fil, une aiguille, un porte-aiguille, vous voilà prêt(e) à réaliser les points les plus sophistiqués...

Après un résumé sur les différents types de plaies que l'on peut rencontrer dans notre pratique courante en chirurgie dentaire nous parlerons des caractéristiques des fils de suture, et lesquels utiliser en fonction des plaies. Puis les techniques de suture vous seront exposées avant de passer vous mêmes à vos porte aiguilles pour nous démontrer combien vous mettez parfaitement la théorie en pratique.

Le matériel de suture et les fils vous seront fournis mais si vous le souhaitez vous pourrez apporter votre propre matériel.

Après ces TP de haute couture vous n'aurez plus rien à envier à Yves Saint Laurent ni Karl Lagerfeld...

Limité à 14 personnes donc réservez vite !

Accréditation demandée :
20 UA dom 6
Formation continue 3 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75



Cyrille VOISIN

- Docteur en Médecine, (ULB 2004)
- Licencié en Sciences dentaires, (ULB 2007)
- Spécialiste en Stomatologie (ULB 2009)
- Spécialiste en Chirurgie Maxillo-Faciale (ULB 2011)
- Consultant CHU Erasme ; Chef de service adjoint Hôpital Ixelles et consultant Hôpital Baron Lambert. Pratique privée place du Luxembourg à Bruxelles.

nouveau



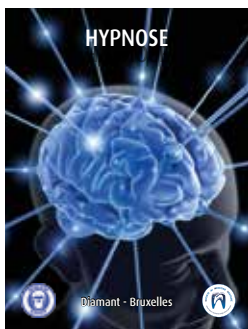
Protection contre l'hypersensibilité dentaire: Maintenant aussi en bain de bouche quotidien.

Le premier bain de bouche Sensodyne® avec 3% de nitrate de potassium et de fluor offre une protection longue durée contre l'hypersensibilité dentaire avec un usage biquotidien^{1-4*}. Spécialement conçu pour le soin quotidien des dents sensibles.

**SENSODYNE**

*Bain de bouche à utiliser deux fois par jour après un dentifrice fluoré.

Références: 1. Gillam DG et al. J Clin Periodontol 1996;23: 993-997. 2. Morris A et al. Efficacy of a Potassium Nitrate Mouthrinse for Relieving Dentinal Hypersensitivity. IADR/AADR/CADR 87th General Session and Exhibition, April 1-4 2009. 3. Pereira R et al. J Periodontol 2001; 72(12):1720-1725. 4. GSK Data on File (Study RH01751): A Clinical Study Investigating the Efficacy of a Mouthwash in Providing Long Term Relief from Dentinal Hypersensitivity. CHDE/CHSENO/0081/14 KW 51 2014



NEW

Cycle complet de formation à l'hypnose

- 1^{er} module : 25 - 26 - 27 février 2016
- 2^{ème} module : 28 - 29 - 30 avril 2016
- 3^{ème} module : 2 - 3 - 4 juin 2016
- 4^{ème} module : 8 - 9 - 10 septembre 2016

DIAMANT - Bruxelles

OBJECTIFS

Il s'agit d'une formation à l'hypnose dentaire graduée se déroulant en quatre modules de trois jours

- Apprentissage de l'induction hypnotique et des techniques de la communication hypnotique chez l'Adulte et l'Enfant
- Applications cliniques et thérapeutiques permises par l'hypnose et notamment l'analgésie hypnotique
- Travail avec les peurs, les douleurs (aiguës ou chroniques), les saignements, les nausées ...
- Approfondissement
- Supervision et perfectionnement possibles

Module 1 : INDUCTION

Objectifs

Acquérir les connaissances de bases pour mener une séance d'hypnose au cabinet dentaire

Programme pédagogique

Définition et historique de l'hypnose

la rhétorique hypnotique accompagner ? mais comment?

Témoignages

Agnès, dentiste à Liège: " En rentrant de ce premier module de formation, j'ai été surprise de constater que je pouvais utiliser les outils enseignés dès le lundi au cabinet. J'ai ainsi obtenu un confort et de la détente chez des patients qui étaient d'habitude hyper tendu lors de soins. Quel Bonheur!"

Module 2 : UTILISATION

Le second module de formation va entrer dans la partie pratique de l'utilisation de l'hypnose dans le cadre du cabinet dentaire :

Introduction des outils hypnotiques (lévitation, catalepsie, implication, double lien...).

Parties théoriques illustrées par des exercices pratiques.

Au terme de ce second module, les praticiens sont en mesure de créer des trances hypnotiques chez leurs patients pour créer des analgésies et réaliser des soins avec et sans anesthésiants chimiques.

Module 3 : SPECIALISATION

D'autres outils hypnotiques sont ajoutés dans la «boîte à outil» hypnose :

Régression, fractionnement, utilisation, amplification, confusion...

Ces derniers, combinés à des techniques permettent au praticien de commencer à faire du «taylorisme» c'est-à-dire des séances de soins sur mesure.

Accréditation demandée
480 UA dom 1
Formation continue 72 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be
ou au 02 375 81 75



L'auto-hypnose y est enseignée.

L'utilisation du non verbal, du langage corporel est étudiée en détail.

Au terme de ce module, le praticien est capable d'utiliser, de mélanger différentes techniques pour obtenir des trances plus profondes et plus adaptées aux attentes de chaque patients.

Le praticien est également en mesure de réagir aux signes minimes que le patient lui transmet durant le travail hypnotique sans avoir à le ramener à la réalité.

Module 4 : GESTION

Avec ce quatrième et dernier module, vient le temps des révisions.

Revue et approfondissement des techniques acquises

Exercices de gestion complète de séances d'hypnose

Vidéos et exemples de cas très complexes

Ressources pour le praticien et le patient

Au terme de cette formation d'hypnose dentaire, le praticien est capable d'induire un état hypnotique chez son patient tout en étant en mesure de le soigner. Il maîtrise des outils de communication verbale et non verbale qui lui permettront de gérer beaucoup de problèmes du quotidien d'un cabinet dentaire. (Angoisses, phobies, allergies, nausées, saignements intempestifs, communication avec des patients difficiles, auto-hypnose ...).

M. Kenton KAISER

- Licencié en Science Dentaire ULg 1999.
- Diplômé du M.H. Erickson's Institute of California.
- Formateur au Centre d'Hypnose Universitaire de Liège dirigé par le Pr Faymonville.
- Fondateur du site www.hypnoteeth.com.
- Co-fondateur, secrétaire et formateur de L'Association Francophone d'Hypnose Dentaire.
- Conférencier International, membre du conseil scientifique : Congrès Strasbourg 2013 de la Confédération Francophone d'Hypnose et des Thérapies Brèves.

Dr Claude PARODI

- Chirurgien-dentiste de la faculté de Bordeaux, diplômé en 1980.
- Praticien en hypnose, formation de Jean Godin et d'Antoine Malaréwitz à l'Institut Milton Erickson de Paris, (1985/1986).
- Cofondateur et trésorier de l'Association Francophone d'Hypnose Dentaire.
- Enseignant dans cet institut.

M. Yves PARODI

- Psychologue clinicien
- Maternité du Centre Hospitalier du Belvédère, Mont Saint Aignan.
- Centre de Traitement et de recherche de la Douleur, CHU Rouen.
- Professeur, école de Sages-femmes du CHU de Rouen.
- Chargé de cours, D.I.U. « Douleurs », et Capacité « Douleur » (fac. de médecine : Rouen Caen, Amiens, Paris).
- Président de l'Institut Milton H. Erickson de Normandie.
- Responsable de formation à l'Institut Français d'Hypnose.
- Membre de la confédération francophone d'hypnose et de thérapie brève.
- Membre de la Société Québécoise d'Hypnose.

NOUVEAU

Surfez
le canal
en toute
confiance

wave • one[®]
GOLD

Le système de réciprocité à UNE seule lime



+
WE
KNOW
ENDO.

Efficacité accrue grâce à la technologie GOLD:

- Plus résistante à la fatigue cyclique
- Flexibilité de lime améliorée
- Simplicité WAVEONE[®] prouvée

Pour plus d'informations visitez www.dentsplymallefer.com

DENTSPLY
MAILLEFER

SOMMAIRE

INFOS PROFESSIONNELLES

45 **SOMMAIRE INFO PROFESSIONNELLE**

47 **QUE FAIRE SI... UNE MUTUELLE M'ÉCRIT POUR RÉCLAMER UN REMBOURSEMENT ?**

M DEVRIESE

48 **QUE FAIRE SI LE SECM INAMI M'ÉCRIT ET/OU DEMANDE UN RENDEZ-VOUS ?**

M DEVRIESE

49 **MÉDICAMENTS ET RISQUES DE CARIES DENTAIRES**

CENTRE DE PHARMACOVIGILANCE

50 **NOUVELLE DÉFINITION DU MÉDICAMENT "BON MARCHÉ" : POUR QUI EST-CE IMPORTANT ?**

M DEVRIESE



DKV lance DKV SMILE

Nous prenons de plus en plus soin de nos dents. A juste titre, de belles dents saines améliorent la confiance en soi. Néanmoins, nous hésitons encore trop souvent à fixer un rendez-vous chez le dentiste et ce, purement pour des raisons financières. Les remboursements légaux sont, en effet, très limités et seulement 5% de la population belge bénéficie d'une assurance soins dentaires complémentaire.

A côté du Plan Soins Dentaires, maintenant DKV SMILE

En 2011, DKV lança le Plan Soins Dentaires. Après un examen préalable par le dentiste ainsi qu'une évaluation approfondie du risque à assurer, le Plan Soins Dentaires offre une excellente couverture moyennant une

prime intéressante. L'expérience des dentistes et les études du marché démontrent cependant que beaucoup de patients reculent devant la procédure de sélection plutôt compliquée pour souscrire un Plan Soins Dentaires.

C'est pourquoi DKV a développé DKV SMILE : une assurance soins dentaires abordable, facile à souscrire et sans examen approfondi chez le dentiste. DKV SMILE est la solution par excellence pour les patients qui ont des dents saines et qui souhaitent une bonne couverture pour leurs soins dentaires sur base d'un questionnaire simple. Si le patient souhaite une couverture plus étendue ou si plus de 3 dents manquent, le Plan Soins Dentaires reste toujours être une alternative.

Comparons DKV SMILE au Plan Soins Dentaires

	DKV Smile	Plan Soins Dentaires
Groupe-cible	<ul style="list-style-type: none"> Une assurance soins dentaires facile et rapide à souscrire, avec une évaluation limitée du risque, comme alternative très concurrentielle à des produits similaires des mutualités. Les personnes avec des dents saines (3 dents manquantes au maximum) souhaitant un couverture abordable pour leurs soins dentaires sur base d'une procédure rapide. 	<ul style="list-style-type: none"> Une assurance soins dentaires sur mesure. Grâce à un examen approfondi par un dentiste, DKV est en mesure de faire une estimation précise des risques et des exclusions éventuelles. Les personnes avec des dents saines qui souhaitent une excellente protection pour leurs soins dentaires et ce, sur base d'un examen dentaire et une prime plus élevée. Les personnes avec plus de 3 dents manquantes, peuvent assurer encore la partie saine de leur dentition.
Procédure	4 questions simples. Ni RX, ni visite chez le dentiste nécessaires. Dans le cas où plus de trois dents seraient manquantes, le candidat assuré n'entre en principe pas en ligne de compte pour DKV Smile. S'il souhaite néanmoins une couverture dentaire, le Plan Soins Dentaires peut être envisagé.	Questionnaire médical détaillé, examen par le dentiste et RX complète (OGP). DKV paie au dentiste des honoraires forfaitaires.
Personnalisation	Les traitements orthodontiques et parodontaux en cours et antérieurs sont exclus, ainsi que les dents entièrement manquantes ou remplacées par des implants, bridges ou prothèses amovibles.	DKV détermine éventuellement des exclusions détaillées en fonction de l'examen dentaire.
Remboursement <small>(pour plus de détails, veuillez consulter notre site web)</small>	Remboursement à 80% après l'intervention de la mutualité, avec max. 1 500 EUR à partir de la 4 ^e année d'assurance.	Remboursement à 80% après l'intervention de la mutualité, avec max. 5 195,98 EUR à partir de la 4 ^e année d'assurance.
Stages	Pas de stage pour : <ul style="list-style-type: none"> Les traitements conservateurs Les contrôles annuels Les nouveau-nés Les traitements parodontaux, d'orthodontie et les réparations prothétiques : 12 mois.	Pas de stage pour : <ul style="list-style-type: none"> Les traitements conservateurs Les contrôles annuels Les nouveau-nés Les traitements prothétiques Les traitements parodontaux : 12 mois, les traitements d'orthodontie : 36 mois.
Prime moyenne <small>pour une personne assurée de 40 ans</small>	10 EUR par mois	18,41 EUR par mois

Comme vous pouvez le constater, DKV SMILE se distingue du Plan Soins Dentaires par la simplicité de sa procédure de souscription et sa prime intéressante.

Et ce n'est pas tout. Comparé à des produits similaires proposées par les mutualités sur le marché, le niveau de remboursement (80%) ainsi que le capital pour les réparations prothétiques dans le cadre de DKV SMILE sont plus élevés, tandis que les primes sont plus au moins du même niveau, voire inférieures que celles des mutualités.

Avec le Plan Soins Dentaires et DKV SMILE, DKV, en tant que partenaire d'assurances soins de santé essentiel, souhaite mieux répondre aux différents besoins financiers des personnes avec des dents saines. Ainsi, vos patients ne doivent plus hésiter s'ils se voient confrontés à des soins dentaires imprévus.

Si vous avez encore des questions ou si vous souhaitez obtenir des folders d'informations pour votre salle d'attente, n'hésitez pas à envoyer un e-mail à dental_contracts@dkv.be.

QUE FAIRE SI ... UNE MUTUELLE M'ÉCRIT POUR RÉCLAMER UN REMBOURSEMENT ?

Les cas se sont multipliés ces derniers mois (depuis fin 2013) : vous attestez un soin chez un patient. La mutuelle rembourse le patient, puis s'aperçoit ... à posteriori (!) que le patient n'avait PAS droit à ce remboursement et se tourne alors vers... le dentiste pour lui réclamer le montant indûment remboursé en évoquant l'article 164 de la Loi coordonnée.

Ce mécanisme vous avait déjà été expliqué dans les pages du POINT en 2009. Comme quoi ce n'est pas nouveau - nouveau. Nous réexpliquons le mécanisme dans l'encadré ci-dessous.

Il ne faut pas commettre l'erreur de penser que c'est de la responsabilité unique de la Mutuelle de vérifier que les attestations de soins sont correctes. Le praticien est tenu d'attester conformément à la législation en vigueur. Le praticien s'expose à des problèmes s'il atteste par exemple chez le même patient plusieurs détartrages par an, alors que le patient n'y a pas droit, ou qu'il atteste des extractions ou une prothèse à une personne qui n'est pas dans les tranches d'âge requises.



La Loi prévoit effectivement cette disposition - qui peut vous paraître curieuse - qui permet à la Mutuelle de réclamer au praticien le remboursement qu'aurait perçu un patient sur base d'une attestation erronément rédigée. La décision de la mutuelle se fonde sur le texte légal suivant :

Art. 164. [Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994]

Sous réserve de l'application des articles 142, § 1er et 146, celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées. Toutefois, la valeur des prestations octroyées indûment à un bénéficiaire est remboursée par le dispensateur qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Si, toutefois, les honoraires relatifs aux prestations octroyées indûment n'ont pas été payés, le dispensateur de soins et le bénéficiaire qui a reçu les soins sont solidairement responsables du remboursement des prestations octroyées indûment. Les prestations mentionnées sur les attestations, les factures ou les supports magnétiques, qui ne sont pas introduites ou corrigées selon les modalités fixées en cette matière par le Roi ou par règlement, sont considérées comme des prestations octroyées indûment et doivent dès lors être remboursées par le dispensateur de soins, le service ou l'établissement concerné.

NB : Le soulignement est du rédacteur

Cela doit vous paraître curieux comme procédure. Mais la Mutuelle rembourse le patient sur foi de l'attestation de soins, réputée correcte. Si un contrôle interne postérieur met en évidence que le soin n'était pas remboursable, puisque le praticien l'avait déjà attesté, c'est alors que la Mutuelle peut enclencher cette procédure.

NB : la mutuelle n'est pas toujours à même de contrôler « à priori » les attestations de soins (ASD). En effet, la chronologie de réception des ASD par la mutuelle n'est pas la chronologie de la rédaction des ASD.

Vous devrez rembourser la Mutuelle, et puis ... vous avez la possibilité de réclamer au patient ce remboursement qu'il a effectivement perçu indûment. Mais vous ne le ferez sans doute pas, puisque le problème démarre par une erreur d'attestation commise par vous. On rappellera ici toute l'importance d'un dossier du patient correctement tenu.

La question peut se poser sur ce que va faire la Mutuelle quand ce soin redondant a été posé par un AUTRE praticien. Bonne question. La Mutuelle ne peut alors pas se retourner vers le second praticien qui attestait ce soin pour la première fois.... La responsabilité de ce praticien N'EST PAS engagée !

NB : se pose toutefois la question des cabinets de groupe où les dossiers et où l'informatique sont partagés.

Dernière erreur à ne pas commettre : délivrer systématiquement une attestation de soins, « que ceux-ci soient remboursés ou non par les mutuelles ». Non, il ne faut rédiger une attestation de soins que si le patient peut prétendre au remboursement par notre système d'assurance - maladie (INAMI), dans le respect de la réglementation.

Nous avons bien du constater que certaines mutuelles adressaient à des dentistes des demandes de remboursement dans le cadre de l'article 164, alors que le praticien ... n'avait commis aucune faute ! Et certains praticiens ont remboursé la mutuelle alors qu'ils n'étaient absolument pas redevables de ces montants !

Ce dossier a déjà fait l'objet de grands débats à l'INAMI. L'été dernier, nous pensions que la remise aux Mutuelles d'un document TRES juridique de 10 pages élaboré par les services de l'INAMI allait clarifier les choses. Il n'en fut rien.

Des discussions ont maintenant repris à l'INAMI. Nous l'avions exigé dans le cadre de la négociation de l'Accord Dento-Mutualiste 2015-2016.

---> Que faire en attendant ?

Il est plus que possible qu'une forme de « trêve » soit respectée d'ici mi 2015.

Si vous recevez une lettre d'une mutuelle qui évoque l'article 164, et si vous n'êtes pas sûr de vous, nous vous conseillons de nous soumettre la lettre (et ses annexes) à notre hotline : info@dentiste.be

Sûr de vous ... ou pas, il est utile de nous informer des cas « d'article 164 ». Cela nous permettra d'organiser la défense de la Profession face aux abus de certaines locales des Mutuelles.

QUE FAIRE SI ... LE SECM INAMI M'ÉCRIT ET/OU DEMANDE UN RENDEZ-VOUS ?

Le SECM INAMI, c'est un des services de l'INAMI : le Service d'Evaluation et de Contrôle médicaux de l'INAMI. Ses organes comprennent à la fois sa Police et sa Justice. Des institutions nécessaires.

Toutefois, ce service dispose de pouvoirs importants et une puissance qui demandent à être encadrés afin que ses missions soient exercées selon les principes d'un Etat de droit. Car oui, le praticien faisant l'objet d'une enquête doit pouvoir jouir d'une présomption d'innocence. Toute instruction judiciaire se fait normalement à charge ... et à décharge, sous l'autorité d'un juge d'instruction et du parquet du procureur du Roi. Ce n'est pas le cas dans la réglementation qui régit le mode de fonctionnement du SECM. Et nous avons déjà fait remarquer aux Autorités de l'INAMI cette anomalie.

Si vous êtes sollicités par le SECM, nous vous invitons à la plus grande prudence. En effet, nous avons bien du constater des cas d'enquêtes où certains médecins-inspecteurs exerçaient leur travail « le couteau entre les dents », avec un réel manque de discernement, mettant à mal le praticien visé. A croire que pour certains, un innocent est un coupable qui s'ignore. Ces enquêtes, qui se sont pourtant terminées par un classement sans suite du dossier, ont « coûté » aux praticiens qui y ont été soumis. On ne sort pas indemne de telles enquêtes.

Nous vous conseillons, si vous êtes sollicités par le SECM, par courrier ou par téléphone :

1. de prendre connaissance du cadre réglementaire du fonctionnement du SECM.

Le SECM publie un guide « Missions et procédures » régulièrement mis à jour :

www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/secm-missions-procedures.aspx



2. de prendre immédiatement avis auprès de votre association.

Il est bien certain que la Société de Médecine Dentaire ne peut admettre la fraude dans le chef d'un praticien. Ne comptez d'ailleurs pas sur nous pour défendre l'indéfendable.

Toutefois, nous croyons que notre rôle est de faire en sorte que vos droits fondamentaux soient respectés. Seul, il sera difficile de faire valoir vos droits devant certains médecins-inspecteurs du SECM. C'est avec amertume que nous avons fait ce constat.

A croire qu'on vit dans un monde où le seul langage entendu est le « rapport de force ».

Le rôle de la Société de Médecine Dentaire est de défendre les praticiens honnêtes et consciencieux ainsi que l'honorabilité de notre profession.

MÉDICAMENTS ET RISQUE DE CARIES DENTAIRES

Communiqué du Centre de Pharmacovigilance

Les caries dentaires sont la conséquence d'un processus de déminéralisation causé par des parties de sucres. La présence prolongée ou fréquente de sucre dans la bouche, le brossage dentaire insuffisant et la diminution de la production salivaire favorisent l'apparition de caries dentaires. Un article paru dans *La Revue Prescrire* [2014;34:750-55] attire l'attention sur les médicaments exposant aux caries dentaires. On ignore l'impact de la durée du traitement et quelle est l'incidence des caries.

Il s'agit principalement des médicaments suivants :

- **Médicaments riches en sucre** : sirops ou autres formes orales riches en sucre.
- **Médicaments induisant une sécheresse de la bouche.**
 - *Substances à effet anticholinergique* : il s'agit de médicaments utilisés pour leur effet Anticholinergique : atropine, bromure de butylhyoscine, anticholinergiques utilisés dans l'asthme et la BPCO (par inhalation), dans la maladie de Parkinson, dans les troubles de la fonction vésicale, et certains mydriatiques et cycloplégiques. Il s'agit aussi de médicaments à propriétés anticholinergiques qui ne sont pas utilisés pour ces propriétés, mais qui ont néanmoins des effets indésirables anticholinergiques, par exemple la plupart des antidépresseurs tricycliques et apparentés, certains ISRS, antipsychotiques et antihistaminiques H1, le néfopam, le disopyramide [voir Introduction du Répertoire (Intro.6.2.3.) pour une liste plus complète].
 - *Les médicaments inhibant les récepteurs α_1 ou stimulant les récepteurs α_2 présynaptiques* : entre autres les α_1 -bloquants utilisés dans l'hypertension et dans l'hypertrophie bénigne de la prostate, les β -bloquants à effet α -bloquant (carvédilol, labétalol), et les antihypertenseurs centraux (clonidine, méthyldopa, moxonidine).
 - *Autres médicaments* : entre autres certains diurétiques (thiazides, furosémide), les antitumoraux cytotoxiques, les dérivés de l'amphétamine (y compris le bupropion et le méthylphénidate), les opiacés, le lopéramide, la propafénone.
 - A côté de cette liste de médicaments basée sur l'article de *La Revue Prescrire*, nous avons mentionné dans les Folia de janvier 2010 qu'il existe aussi des données indiquant une sécheresse de la bouche avec les benzodiazépines, les IPP et l'iode radioactif.

Il est important que les patients ou les parents d'enfants qui prennent des médicaments pouvant favoriser la formation de caries dentaires soient informés de ce risque. Boire un verre d'eau et se brosser les dents après la prise d'un médicament riche en sucre permet de limiter le risque de caries dentaires.

Dans la mesure du possible, on évitera la prise de médicaments riches en sucre le soir; si cela n'est pas possible, il est en tout cas conseillé de se brosser les dents après la dernière dose.

En ce qui concerne la prise en charge de la sécheresse de la bouche, nous renvoyons aux Folia de janvier 2010 : la prise de médicaments pouvant provoquer une sécheresse de la bouche doit aussi de préférence être évitée le soir. Pour prévenir les caries, une bonne hygiène buccale est évidemment importante [voir Folia d'avril 2013 concernant les dentifrices à base de fluorure].

<http://www.cbip.be/fovia/>

NOUVELLE DÉFINITION DU MÉDICAMENT « BON MARCHÉ » : POUR QUI EST-CE IMPORTANT ?

Depuis le 1er janvier 2015, une nouvelle définition du médicament « bon marché » est entrée en vigueur dans le cadre de l'évaluation du profil des prescripteurs [voir communication de l'INAMI, du 15/03/15:<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/prescrire-bon-marche-20150101.aspx>]. A cette occasion, cet article donne la nouvelle définition des symboles du Répertoire (d'application sur le site Web du CBIP à partir de la mise à jour du 1^{er} avril), et tente de résumer ce que les notions de système de remboursement de référence, prescription « bon marché » et médicaments « les moins chers » signifient dans la pratique.

Nouvelle définition des symboles dans le Répertoire :

En se basant sur le ticket modérateur payé par le patient, on peut distinguer deux catégories de médicaments.

1. Médicaments sans supplément au ticket modérateur

Il s'agit des médicaments suivants.

- Les médicaments « bon marché ».
 - (1) Les génériques, (2) les copies et (3) les médicaments originaux dont le prix a été suffisamment diminué, qui répondent tous les trois aux 2 critères suivants: faire partie du système de remboursement de référence (voir ci-dessous, paragraphe 'Pour le patient') et être repris dans la catégorie des médicaments « les moins chers » (voir ci-dessous, paragraphe 'Pour le pharmacien').
 - Les médicaments biosimilaires et les médicaments biologiques qui, tous les deux, ont suffisamment diminué de prix.

Ces médicaments « bon marché » sont indiqués sur le site Web du CBIP par le symbole .

- Les médicaments pour lesquels il n'y a pas de supplément au ticket modérateur mais qui ne font pas partie de la catégorie « médicaments bon marché »
 - soit parce qu'il n'existe pas d'alternative « bon marché » à base du même principe actif;
 - soit parce que le principe actif n'est pas encore repris dans le système de remboursement de référence;
 - soit parce que le médicament n'est pas repris dans la catégorie des médicaments « les moins chers ».

Ces médicaments sont indiqués sur le site Web du CBIP par le symbole .

2. Médicaments avec un supplément au ticket modérateur

Il s'agit des médicaments originaux pour lesquels il existe une alternative « bon marché » à base du même principe actif, et dont le prix n'a pas été suffisamment diminué.

Ces médicaments sont indiqués sur le site Web du CBIP par le symbole .

Dans la pratique

Il y a souvent confusion entre les notions de médicament « bon marché », médicament « le moins cher » et supplément au ticket modérateur. Ces notions sont interdépendantes mais sont à considérer sous des angles différents soit celui du prescripteur, soit celui du pharmacien, soit celui du patient.

- Pour le prescripteur

Son profil de prescription est évalué sur base de la notion de prescription « bon marché ».

On cherche à savoir dans quelle mesure le médecin s'efforce, en prescrivant des spécialités remboursables, de tenir compte de leur prix. Pour cela, on évalue, par période de 6 mois, le pourcentage de médicaments « bon marché » prescrits et délivrés en officine ouverte au public, et ce par rapport au nombre total de spécialités remboursables prescrites. Depuis janvier 2015, les médicaments prescrits en DCI ne sont plus automatiquement considérés comme médicament « bon marché »; seules les prescriptions en DCI d'un principe actif repris dans le système de remboursement de référence sont pris en compte dans le calcul du pourcentage des prescriptions « bon marché ».

Les médicaments « bon marché » sont indiqués sur le site Web du CBIP par le symbole .

De plus amples informations à ce sujet peuvent être trouvées sur le site Web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/prescrire-pourcentage-minimum-medicaments-bon-marche.aspx#.VRPpPPmxbG4>

- Pour le pharmacien

Lors d'une prescription en DCI ou lors de la prescription de spécialités à base d'antibiotiques ou d'antimycosiques pour une affection aiguë, il doit délivrer une spécialité parmi les médicaments « les moins chers ».


Afin de déterminer les médicaments « les moins chers », les spécialités sont regroupées sur base de leur principe actif, dosage, taille de conditionnement et forme d'administration. Les médicaments « les moins chers » sont déterminés au sein de chaque groupe sur base de leur coût par unité: les spécialités qui sont au maximum 5 % plus chères que la spécialité la moins chère, sont définies comme médicaments « les moins chers ». Si de cette façon on arrive à moins de 3 médicaments disponibles « les moins chers », la marge de 5 % est élargie pour arriver au minimum à 3 médicaments « les moins chers ».

Les médicaments « les moins chers » apparaissent sur un fond vert-clair sur le site Web du CBIP [voir Folia de mai 2012]. De plus amples informations à ce sujet peuvent être trouvées sur le site Web de l'INAMI : http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/medicaments-moins-chers.aspx#.VRP3n_mxbG4

- Pour le patient

Il est possible qu'il doive payer un supplément au ticket modérateur.

Depuis quelques années, le système du remboursement de référence est d'application lorsque, pour une spécialité, il existe une «référence» remboursable moins coûteuse (un générique p. ex.). Il en résulte que la contribution personnelle du patient (ticket modérateur) est parfois plus élevée lorsqu'une spécialité plus coûteuse lui est prescrite et délivrée; dans ce cas, le ticket modérateur est augmenté de la différence entre le prix public et la base de remboursement («supplément au ticket modérateur»). Actuellement, ce «supplément» s'élève au maximum à € 10,80.

Les médicaments avec un supplément au ticket modérateur sont indiqués sur le site Web du CBIP par le symbole .

De plus amples informations à ce sujet peuvent être trouvées sur le site Web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/systeme-remboursement-referance.aspx#.VRP09vmxbG4>

Le répertoire commenté des médicaments en appli



Le CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique) met à disposition son très utile répertoire commenté des médicaments sous forme d'applications pour tablettes et smartphones. Quelques copies d'écran vous en dirons plus qu'un long discours !



Ces applications sont disponibles sur : iTunes App store et Google Play.

RECIPROCATE and SMILE



Docteur Roger Zemp, Fribourg, Suisse

« Depuis longtemps j'utilise le système RECIPROC® et je ne regrette pas l'avoir acheté !

D'habitude, je n'aime pas trop les traitements endo, mais je les fais avec beaucoup plus de plaisir depuis cette acquisition. J'ai l'impression d'obtenir un résultat plus prévisible et je possède plus de sécurité lors de la préparation. »



RECIPROC®
one file endo





Association Internationale des Orthodontistes Francophones

*6^{ème} rencontre francophone
Ostende du 4 au 6 septembre 2015
Thermae Palace*

“L’orthodontie pluridisciplinaire”



Contact: De Coster Thierry, AIOF

326 avenue Brugmann 1180 Bruxelles, Belgique.

Tél.: +32 (0)2 344 94 84 - Fax.: +32 (0) 344 09 32

E-mails: info@aiof.org - decoster.thierry@skynet.be

www.aiof.org

STUDY-CLUBS



Brabant Wallon

Lieu : Cliniques St Pierre à Ottignies - Av. Reine Fabiola 9 - 1340 Ottignies

Entrée par les urgences, suivre salle de conférence étage -2. Parking payant

Responsables : Christine VRANCKX -02 354 21 90 • 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.

17/11/2015 : Lecture du Cone Beam - *B VANDENBERGHE*



Bruxelles

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

Responsables : Véronique FRANCO - 02 375 02 63 • Fabienne SIRAUULT - 02 534 45 58

Accueil à 19h45, conférence à 20h15 précises, suivie du drink de l'amitié avec petite restauration.

6/10/2015 : Sujet Orthodontie

1/12/2015 : Sujet de Radiologie



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.

20/05/2015 : De la communication à la planification implantaire - *M GABAI*

16/09/2015 : La dépression positive - *Dr E PAYEN*

ATTENTION

Votre présence au Study-Club est enregistrée par scanning du code barre de votre carte de membre ou d'une prescription.

Veillez 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.

10/09/2015 : Syndrome des apnées du sommeil : prise en charge pluri-disciplinaire

Dr A DAELEMANS - M BRUGMANS - J DAUDE

29/10/2015 : Sujet de stomatologie - *Dr P MAHY*



Huy

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

Responsables : Renaud Bribosia - 085 25 45 65 - 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 71 12 44 au plus tard la veille.

21/05/2015 : Dentiste : une profession qui change dans un monde qui bouge - *M DEVRIESE*



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.

24/09/2015 : Sujet à déterminer

22/10/2015 : Les affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale : intérêt de la détection précoce

Dr M MAGREMANNE

19/11/2015 : Sujet à déterminer

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.



Mons

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 avant et après la conférence.

7/05/2015 : Intégration des nouvelles technologies d'imagerie (3D, navigation ,...) en pratique clinique, en stomatologie et en chirurgie maxillo-faciale - *Dr C SASSERATH*

17/09/2015 : Sujet de prothèse : empreintes optiques ou Inlays/onlays - *B LAMBERT*

22/10/2015 : Sujet de parodontologie - *J LASSERE*



Namur

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.

6/10/2015 : Traumatisme chez l'enfant : en pratique, comment gérer l'urgence et assurer le suivi à long terme ?

F FOUCHER

17/11/2015 : Les empreintes optiques - *B LAMBERT*



Verviers

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

7/05/2015 : Reconstruction coronaire totale - *C HARDY*

1/10/2015 : Dentiste : une profession qui change dans un monde qui bouge - *M DEVRIESE*

3/12/2015 : Les empreintes optiques - *B LAMBERT*

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 **80 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.

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

549 - BRABANT WALLON - DG cherche collaboration 2-3 jours/semaine dans la région de Waterloo, Braine L'Alleud, Braine le Château, La Hulpe, Lillois, Tubize.

552 - BRUXELLES - Dentiste généraliste cherche collaboration à Bruxelles et Brabant Wallon pour 2 jours/semaine.

567 - BRUXELLES - Consoeur DG cherche complement d'active en collaboration quelques jours par mois sur Bruxelles.

Dentiste cherche collaborateur

551 - BRUXELLES - Private Clinic 3 chairs in Brussels Business District looking for General Dentist, minimum 3 years experience and fluent in English. Fully computerised+digital radiography.

553 - LIEGE - Cabinet dentaire pluridisciplinaire cherche pédodontiste pour compléter l'équipe et prendre en charge les patients en attente. Ambiance très agréable, nouvelles installations informatisées, secrétariat,.....

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

561 - Bois d'haine (La Louvière) - Cabinet pluridisciplinaire (3 fauteuils-Rx digitale-2 assist) cherche ortho pour reprendre la patientèle d'un ortho partant à la retraite. Envoyer CV.

563 - BRUXELLES - Cabinet dentaire flambant neuf (numérisé, assistante...) avec patientèle existante, cherche dentiste pour une collaboration long terme 1 ou 2 jours/sem à partir du mois de mai

564 - BRUXELLES - remplacement pour deux mois (avril et mai) et possibilité de collaboration dans le futur (un grand nombre de patients dans 2 cabinets dentaire Uccle et Etterbeek).

569 - WEMMEL - Cabinets sur Jette 3 fauteuils, Wommel 2 fauteuils, super équipés, tout digit, bates, assistantes, cherche DG, horaire à convenir.

571 - DINANT - Cabinet de standing à Dinant cherche collaborateurs (toutes spécialités) long terme. Cabinet informatisé, digitalisé, assistante, secrétaire. Excellentes conditions.

572 - OTTIGNIES - Cabinet dentaire pluridisciplinaire situé à Ottignies (Brabant Wallon) cherche jeune dentiste le lundi, mercredi et/ou vendredi pour 3ème fauteuil. Dossiers informatisés, rx intra-buccale et pano numérique.

581 - ANDENNE - Cherche Pédodontiste pour cabinet dentaire situé à Andenne, exercice 1 j / sem avec assistante mise à disposition.

582 - FORRIERES - Cab. dent. paro-endo-stomato situé centre Marche en Famenne cherche endo et pédo. Très bien équipé (microscope opér...) patientèle existante 084/21.43.69.

596 - BRUXELLES - Cabinet dentaire moderne près de la Basilique de Koelberg (numérisé, assistante...) avec une grande patientèle existante, cherche dentiste(s) motivé(e)(s) pour collaboration à long terme.

597 - BRUXELLES - Cabinet dentaire Boitsfort cherche

remplaçant(e) pour congé de maternité et voir collaboration à long terme par après. Actuellement nous sommes 2 dentistes.

601 - NAMUR - Namur: Nous recherchons un collaborateur (trice) 2 jrs/semaine et plus à l'avenir. Cabinet moderne et bien équipé: 2 fauteuils XO et Flex Intégral, informatisé et numérisé pour la RX, Baltes...

604 - VERVIERS - cherche collaborateur de longue durée pour 2 jours par semaine.

607 - BRUXELLES - Clinique dentaire (3 Cabinet) à Molenbeek Saint-Jean, cherche dentiste généraliste et orthodontiste.

612 - BRUXELLES - Recherche pédodontiste pour reprendre consultation de dentisterie pédiatrique existante le mercredi après midi ainsi que les soins sous MEOPA et sous anesthésie générale au Cliniques de l'Europe-site St Michel.

615 - BRUXELLES - Recherche dentiste pour partager très beau cabinet dentaire récemment implanté (2 fauteuils), parfaitement équipé, dans quartier de standing.

618 - ANTWERPEN - Quart. Diamantaire - Cabinet pluridisc moderne avec assist. cherche Dentiste Généraliste. Langue : préf Anglais et Français.

640 - BRUXELLES - cabinet dentaire à 2 pas du rond point schuman cherche pédodontiste pour compléter une équipe de 3 DG et 1 ortho. .

643 - LASNE - Cherche collaborateur dynamique et motivé (qui aime soigner les enfants et/ou praticien exerçant l'endodontie) pour 2 à 3 jours par semaine dans le Brabant Wallon. Cabinet moderne, bien équipé, informatisé et numérisé.

646 - BRUXELLES - Dentiste cherche collaborateur pour 2 à 4 demi journées par semaine. cabinet spécialisé en endodontie. (microscope), bonne situation géographique (cabinet situé à Etterbeek).

651 - BRUXELLES - Polyclinique à haut potentiel située à Ixelles cherche dentiste pour compléter équipe existante. Plusieures plages horaires disponibles.

658 - AMAY - Cabinet dentaire ortho expertise implanto paro informatisé, 3 sièges, 2 assistantes, 3 dentistes, cherche jeune collaborateur(trice) motivé, consciencieux minimum 2 j/sem. (région de Huy).

663 - TILFF - dentiste cherche collaborateur

664 - MONS - Cabinet Pluridisciplinaire à Mons recherche confrère confirmé en Implantologie et prothèse sur implants. Cadre de travail très agréable. cabdespe@gmail.com.

543 - WEZEMBEEK-OPPEM - Cherchons dentiste pour collaboration ds centre médical à Watermael Boitsfort et/ou Stockel.

672 - GHLIN - Cabinet neuf, recherche dentiste pour les mois d'octobre et novembre, tps partiel/plein. Bien équipé: fauteuil planméca, OPG, rx plaques au phosphore, syst. inf. dentadmin. Assistante tps plein, agenda full.

673 - VERVIERS - Orthodontie exclusive cherche orthodontiste pour partager frais généraux fixes en vue de terminer ses cas pour fin de carrière.

675 - BRUXELLES - Centre dentaire tout proche de Simonis cherche un ou une dentiste pour collaboration à plein temps ou à temps partiel. Excellentes conditions !

676 - ANDENNE - 1j / sem (vendredi) Assistante au fauteuil mise à disposition Cabinet informatisé TEL 085/844765.

678 - BRUXELLES - D.G. hospitalier, expérimenté, recherche cabinet à louer bien équipé sur Forêts ou Saint-Gilles ou Uccle ou Ixelles. Collaboration possible. Profil : Sérieux, loyal et respectueux. Réponse par mail SMD Bien.

682 - LIEGE - CHR hutois cherche dentistes généralistes et spécialistes en orthodontie pour son site d'Andenne. Patientèle existante.

683 - LIEGE - CHR hutois cherche collaborateurs généraliste et orthodontiste pour ses sites de Huy et du Mont Falise (proche de Villers le Bouillet).

Dentiste cherche assistante-secrétaire

590 - BRUXELLES - Cabinet dentaire moderne situé 1150 Bruxelles cherche assistante/secrétaire, homme ou femme, bilingue anglais/français. Début du contrat: fin-mars 2015. SVP, envoyez votre candidature (CV + lettre présentation).

617 - BRUXELLES - Recherche Assistante Polyvalente Mi-temps pour compléter équipe dans cabinet de groupe.

648 - BRUXELLES - Cabinet de dentisterie spécialisée en pleine expansion recherche 1 secrétaire de direction médicale trilingue (FR - NL - AN) pour rejoindre 1 équipe de 8 dentistes spécialistes et 4 assistantes. + d'infos : www.dentistbrussels.be www.mobileclinic.be.

665 - TILFFL - DENTISTE à TILFF cherche assistante le mardi et le vendredi de 17h à 19h30.

Assistante secrétaire cherche emploi

631 - NIVELLES - Dame 53 ans, accueillante, serviable, bonne présentation, polyvalente et méticuleuse cherche travail mi-temps comme assistante dentaire dans le Brabant Wallon. Expérience du travail laboratoire dentaire. Gsm: 0486/257 031

632 - OVERIJSE - Met à votre service son expérience, son dynamisme, son sens de l'initiative, son esprit d'équipe et sa motivation. Disponible et flexible concernant les horaires je recherche CDD, CDI ou remplacements temporaires en Brabant wallon, Namur, Bxl.

659 - NIVELLES - Assistante dentaire avec 9 ans d'expérience (soins et chirurgie), motivée et sérieuse, disponible immédiatement, cherche un poste à Nivelles ou environs.

662 - PÉTANGE - Secrétaire médicale - assistante dentaire cherche emploi, cause arrêt du cabinet médical, dans lequel elle travaille depuis 30 ans. Sans hésiter, demandez son CV et lettre de motivation.

Cabinet à vendre - à remettre

579 - NIVELLES - A vendre à Nivelles, maison de maître et cabinet dentaire complet, fondé en 1979 (sous forme de SPRL). Qualité de vie et facilités logistiques de premier ordre. Visite et info via www.bleret.be.

580 - BRUXELLES - a remettre cab dent en pleine activité, place meiser bxl près metro tram ring ds centre medical dynamique patientele fidele attachée au centre cab complet avec unit 5ans vistascan pano numerique meubles integres pc presence ortho stomato.

599 - BRUXELLES - cabinet dentaire à Binche créé en

1978 à céder cause R.C cab dentaire.parking int. 2voit.parking ext.2voit.jardin avant+jard.arriere clos de murs.1er-étage parental.2ème étage enfants + grand grenier.700.000 euros

602 - ATHUS - Maison de maître avec consultation dentaire, Grand jardin, parking important, 3 cabinets, bureau, salle d'attente, grosse clientèle depuis 75 ans. Rue Claude 10, 6791 Athus Belgique.

603 - ATHUS - Appartement 100m², consultation dentaire, garage et cave situé Rue Gillardin 28, à 6735 Pétange.

605 - VERVIERS - Cabinet à vendre dans maison de ville (grand appart 2 niveaux, caves et grenier + cabinet). 2 Fauteuils - Clim-pano-statom etc... cause départ à l'étranger. Accompagnement possible le temps nécessaire.

629 - CHAUMONT-GISTOUX - Centre médical à vendre dans le brabant wallon. 100% des parts sont à vendre. Idéal pour l'installation d'une pratique à plusieurs. Grand parking, grande visibilité en bord de chaussée. Cave disponible pour placer un compresseur.

630 - STROMBEEK-BEVER - Belle villa spacieuse (living 100m²,3 grandes chambres à coucher) avec deux cabinets;près du Ring,des grandes surfaces, écoles, transports publics, Heysel/Kinépoules (dentex à pied). Prix avantageux par reprise d'actions de société.

633 - BRUXELLES - Belle grande maison à vendre, 3ch.+prof.lib.(ancien dentiste)ou 6ch. 240m² hab., lumineuse, bon état, garage 2 voit., terrasse 55m², 1sdb, 2sdd, cuis.hyperéquip., feu de bois, planchers, 1140 BXL, prix 430 000e. Immoweb 5385222, Tel: 0479 74 21 83

637 - BRAINE L'ALLEUD - cabinet dentaire en activité à remettre en 2015-2016. Conditions financières attractives - 0495-24-73-33 repressident@gmail.com

657 - LUXEMBURG - CD (+20 ans) à reprendre à.p.d. 08/2016. Excellente situation. Patientèle int. de qualité. CA élevé et fiscalité intéressante. 2 faut.ds 2 salles. OPT dig. Imp. potentiel. Curieux s'abs. sb@vocats.com

Cabinet à louer

598 - BRUXELLES - Rez de chaussée à Molenbeek en pleine activité depuis plus de dix années.Prix à convenir ainsi que la durée de bail.

679 - BRUXELLES - D.G. hospitalier, expérimenté, recherche cabinet à louer bien équipé sur Forets ou Saint-Gilles ou Uccle ou Ixelles. Collaboration possible. Profil : Sérieux, loyal, respectueux. Réponse par mail.

Matériel à vendre

577 - BRUXELLES - Je vends un lot de 4 implants IDI + une trousse chirurgicale IDI quasi neuve. Prix sacrifié. cause double emploi.

578 - BRUXELLES - Je vends un capteur OWANDY krista lx à vendre excellent état; prix à discuter. cause, changement de capteur.

606 - BRUXELLES - Pano Trophy Trex (15 ans), très bon état Développeuse velopex extra-x (état neuf) à vendre pour 7000 euros.

616 - BRUXELLES - Orthodontiste à la retraite met en vente son installation OMS en très bon état, modèle Tempo 9 Kart, fauteuil Arcadia bleu (2500 euros) A donner : radiographie panoramique et céphalométrique argentique.

624 - BRUXELLES - A vendre KODAK 2200 RX mural avec bras de 170 cm (année 2010) ainsi que 2 meubles de rangement mobiles. Prix très intéressant ! Photos disponibles.

635 - YVOIR -evelop. Dürr xr24 bon état + chambre noire + regen automat. + produits : 300 euros.

636 - YVOIR -appareil panoamique argentique trophy bon etat + accessoires 400 euros.

654 - BRUXELLES - éleveuse Durr Dental XR24 avec chambre noire DL26 en état de fonctionnement.
661 - ATHUS - Vente de 3 fauteuils , 4 installations , 1 ancien panoramique , 1 RX , matériel orthodontique, quantité d'instruments, nouveau stérilisateur...

677 - LODELINSART - Soredex Digora PCT .Plus de développement par bain , numérisation des rx panoramiques en qq secondes. Film au phosphore réutilisable , Logiciel fourni (windows xp,7,8) . Excellent état. 390 euros

Maitre de stage cherche stagiaire

660 - CHARLEROI - cherche stagiaire mi-temps pour l'année académique 2015-2016 cabinet 3 fauteuils, pano digitale, assistantes actives, Baltes... n° 0495201097.

Stagiaire cherche maitre de stage

482 - BRUXELLES - Jeune diplômé à la recherche d'un maître de stage a mi temps. azdin100@gmail.com - 0489258354.

562 - BRUXELLES - Chirurgienne dentiste, 27 années, avec 2 années d'expérience (1 année en France) cherche maître de stage à Bruxelles ou dans une région francophone. Je suis disponible depuis fin février.

621 - BRUXELLES - Chirurgienne dentiste 27 ans,avec 2 annes d'experience,cherche un maitre de stage a Brussel ou a cote du Brussel.

639 - BRUXELLES - Bonjour je suis chirurgien dentiste avec 1 an et demi d'experience. Je maitrise tres bien les traitements endos, j extrais les molaires de sagesse incluses et je fais aussi de la prothese. Je serais disponible en debut octobre.

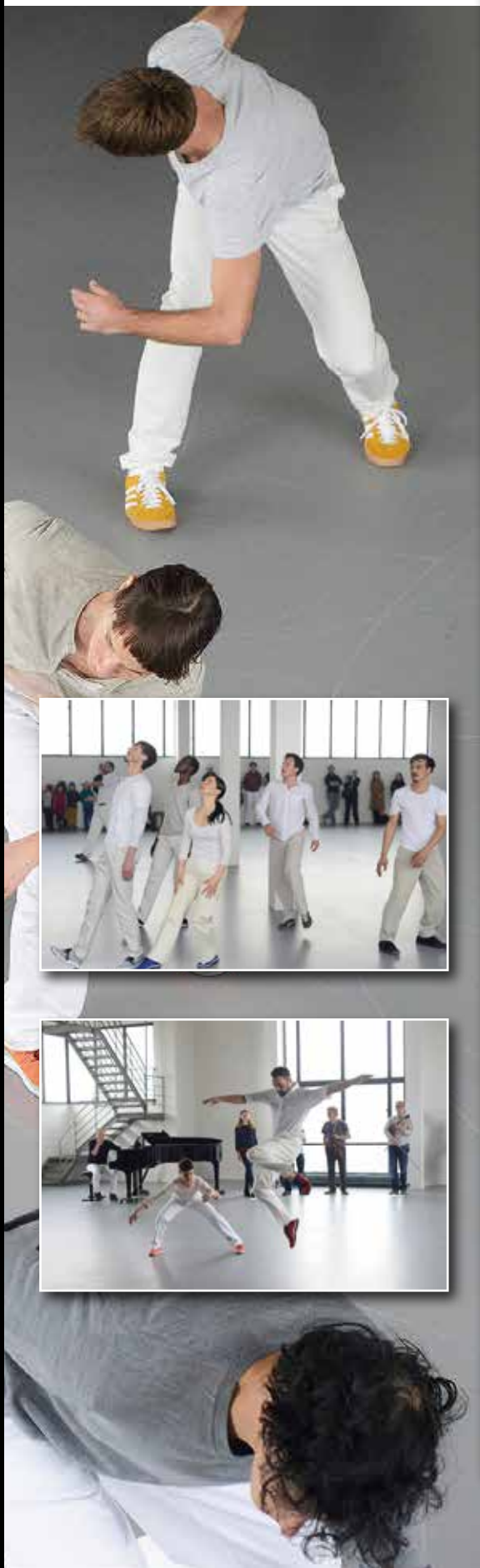
680 - CHARLEROI - Chirurgien dentiste 27 ans, je cherche maître de stage a mi temps, 0489258354.

POUR CONSULTER
TOUTES LES ANNONCES,
OU PUBLIER UNE ANNONCE,
RENDEZ-VOUS SUR NOTRE SITE :
WWW.DENTISTE.BE
RUBRIQUE
"ANNONCES"

EXPOSITION "WORK/TRAVAIL/ARBEID" DU 20-03 AU 17 05 2015

ANNE TERESA DE KEERSMAEKER

AU WIELS



Chaque jour d'ouverture du musée, les danseurs de la compagnie Rosas et les musiciens d'Ictus réalisent une chorégraphie dans les salles d'exposition. Que devient une chorégraphie une fois présentée selon les codes d'une exposition ? Cette question forme le point de départ de *Work/Travail/Arbeid*, nouveau projet de Anne Teresa De Keersmaeker.

Artiste chorégraphe de renommée internationale, Anne Teresa met son équipe au défi de réaliser pendant 9 semaines et à chaque heure, une nouvelle chorégraphie (au départ de *Vortex Temporum*, chorégraphie à partir d'une œuvre musicale de l'œuvre éponyme du compositeur Gerald Grisey.)

L'artiste A De Keersmaeker a suivi des cours de danse à Mudra puis à l'école de Maurice Béjart, ensuite au département de la New York University School of the Arts. Elle fait ses débuts de chorégraphe avec *Fase*, four movements to the music of Steve Reich (1982).

En 1983, elle forme la compagnie Rosas, parallèlement à la création du spectacle Rosas dans Rosas. C'est le départ d'une carrière internationale. L'artiste rencontre aussi le théâtre pour créer des pièces alliant la danse et le texte (1998 à 2004). Plusieurs de ces pièces sont portées à l'écran. La réalisation des films est assurée, entre autres, par Thierry De Mey, Peter Greenaway et De Keersmaeker elle-même.

Anne Teresa collabore avec d'autres artistes comme Ann Veronica Janssens, Michel François (voir Le Point précédent) Alain Franco et Jerome Bel et obtient ainsi de très belles scénographies.

L'exposition du WIELS sera présentée ensuite dans une version un peu modifiée au Centre Pompidou (Paris) et à la Tate Modern (Londres) en 2016. Pour chaque chorégraphie, rien n'est improvisé. Tout est noté, structuré et minutieusement écrit.

Cependant si un membre du public se met à danser, ou pose une question sur la pièce ou s'interpose, cela donnera des moments inattendus. Ce sont ces moments, cette tension entre le très structuré et le totalement inattendu qui font partie des éléments caractéristiques à cette transposition de la pièce du théâtre à l'espace d'exposition.

Formellement, les danseurs utilisent les figures géométriques dessinées à la craie pour se guider. Le spectateur peut aussi assister à l'élaboration de dessin à la craie par le danseur.

À découvrir sans tarder car l'exposition se termine le 17 mai.
WIELS Av Van Volxem, 354 1190 Bruxelles

La Biennale de Venise a annoncé lundi 30 mars l'attribution de différents Lions d'or, entre autres à la chorégraphe belge Anne Teresa De Keersmaeker, pour l'ensemble de sa carrière. ("Lions for Lifetime Achievement" 2015 dans les sections consacrées à la danse, à la musique et au théâtre).

Anne Teresa De Keersmaeker, danseuse et chorégraphe, est récompensée pour l'ensemble de sa carrière et de son œuvre dans la catégorie danse.





EXPOSITION "SNEAKERS" JUSQU'AU 2 JUIN 2015
Médiatine de Woluwé St Lambert
Allée Pierre Levie 1 - 1200 Bruxelles - Info : 02 762 62 14

Dix ans après son exposition Chaussures !, le Centre Albert Marinus revient sur un aspect du sujet, plus pointu et plus révélateur de notre temps : les sneakers. Depuis de nombreuses années, les chaussures de sport quittent le domaine spécifique pour lequel elles ont été créées et descendent dans la rue. Elles constituent dès lors un accessoire indispensable, qu'il s'agisse du connaisseur le plus pointu ou du simple usager, de l'adulte ou de l'enfant.

Le but de l'exposition est de présenter l'histoire du phénomène et d'en expliquer la portée sociologique. Pourquoi telle marque constitue un sésame pour l'appartenance à un groupe ? Pourquoi le succès de tel modèle ? Pourquoi accède-t-il à l'intemporalité ? Pourquoi celui-ci se démode-t-il ?

Pourquoi devient-il culte ? Pourquoi la haute couture s'empare-t-elle d'un produit de masse ? Quelles conséquences ce succès a-t-il sur l'industrie de la chaussure ? Le visiteur trouvera autant de réponses à toutes ces questions. Outre cet aspect historico-sociologique, l'accent sera également mis sur l'esthétique du phénomène.

Des plasticiens et créateurs de mode ont customisés des pièces comme, par exemple, la Air Force One, la Air Max de Nike ou la Stan Smith de Adidas et offrent leur vision personnelle au public, entre autres : Isabelle Bonté, Eric Beauduin, François Curlet, Gary Lockwood (Freehands Profit), Xavier Lust, Denis Meyers, Kool Koor, Medhi-Georges Lahlou, Pierre Marino-Smette, Jean-Luc Moerman, Monk, Frédéric Platéus, Pierre-Yves Renkin, Christophe Terlinden, Rosmorduc, Phil van Duynen, Jean-Marc De Pelsemaeker, Caroline Le Méhauté, Catherine Versé... Une série de créations inspirées par le sujet et appartenant tant au domaine des arts que de la publicité jalonne le parcours.

Jean Luc Moerman et Denis Meyers ont réalisés une installation dans une des pièces de la Médiatine. Il faut se munir de chaussons... Exposition très ludique !



**BIENNALE DE VENISE 20145 PAVILLON BELGE
DU 9 MAI AU 22 NOVEMBRE 2015
PERSONNE ET LES AUTRES
PAR VINCENT MEESEN**



Vincent Meessen, représentera la Belgique à la Biennale de Venise 2015. Katerina Gregos est la commissaire de l'exposition. Vincent Meessen, frère du galeriste Olivier Meessen, parfait bilingue, originaire de Charleroi, né à Baltimore en 1971, vit et travaille à Bruxelles. Photographe au départ, il a développé un travail théorique et documentaire, néo-conceptuel, avec photographies, films, installations, surtout autour de la question postcoloniale et du réexamen de notre passé colonial. Il s'est intéressé à des documents perdus ou morcelés et à leur écho dans le présent. "Personne et les autres" s'ouvre ainsi à de multiples voix et positions.

Une dizaine d'artistes africains invités collaborent à la mise en scène du pavillon (parmi eux, Sammy Baloji, Mathieu Abonnenc, Tamar Guimaraes, Otobong Nkanga...).

Au centre du projet se trouve la Belgique, son histoire, ses héritages, ses relations souvent compliquées avec l'Afrique et ses artistes africains toujours absents, jusqu'ici, à de rares exceptions près, des pavillons des nations porteuses d'une histoire coloniale.

Au travers des œuvres d'art, des documents et archives consignés dans 'La Réserve', un trésor muséographique installé au cœur du pavillon, l'exposition retrace les sentiments parfois fascinés ou parfois rejetés par les hommes face aux colonies.

Katerina Gregos, commissaire d'origine grecque, vivant à Bruxelles, est devenue une actrice importante de l'art contemporain en Belgique : directrice d'Art Brussels, commissaire de l'expo "Grèce et Crise", à Bozar, elle le fut aussi du "Manifesta 9" à Genk, de "Newtopia". Elle fut commissaire du Pavillon Danois à Venise en 2011.



NoStress



Rocanal est un produit sous contrôle pharmaceutique constant, avec matières premières de haute qualité, rigoureusement sélectionnées et garanties.

Rocanal R3 Permanent Gangrene
Ciment dentaire d'obturation permanente de canaux infectés.

Rocanal R2 Permanent Vital
Ciment dentaire d'obturation permanente du canal après pulpectomie.

Rocanal R1 imediat
Crème antiseptique lubrifiante pour canaux radiculaires.

Rocanal Irrigation
Solution hydro-alcoolique de rinçage canalair avec canules à double ouverture.
Nouveau : gain de temps, aucune aspiration, seulement irrigation !

ROCANAL

EN MOYENNE 40 TRAITEMENTS NO STRESS PAR BOITE

Le système pour une endodontie biologique

40 travaux cliniques
60 millions obturations canalaires
30 ans de sécurité et succès



Distributeur pour la Belgique :
Deprophar
Rue du Sceptre 6
1050 Ixelles - Bruxelles
www.deprophar.be - info@deprophar.be

Made in Switzerland
Dispositif médical de classe III



4 juin 2015

Gestion des conflits

Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



13 juin 2015

Sutures

Lieu : Bruxelles - Maison des Dentistes

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



5 juin 2015

Douleurs oro-faciales

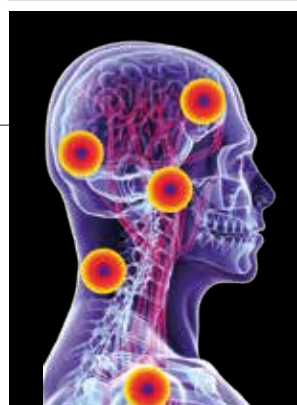
Lieu : Bruxelles - SMD

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



4-6 Septembre 2015

L'orthodontie pluridisciplinaire

Lieu : Ostende : Therae Palace

Info : De Coster Thierry, AIOF :

326 Avenue Brugmann 1180 Bruxelles

Tél : 32(0)23449484

E-mail : : decoster.thierry@skynet.be

www.aiof.org



6 juin 2015

Facettes

Lieu : Heverlee - GC Training Center

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



**du 7 septembre
au 20 novembre 2015**

International Short Term

Course in Orthodontics

Lieu : Danemark : à l'Université d'Aarhus

Info : Prof. Ass. Marie Cornelis

E-mail : : Marie.Cornelis@odont.au.dk

www.odont.au.dk/short term



12 juin 2015

Réanimation

Lieu : Bruxelles - Best Western County

House

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be



15-16-17 oct. 2015

7ème Congrès de la SMD

Traiter c'est innover

Lieu : Dolce - La Hulpe

Info : Société de Médecine Dentaire

Tél : 02 375 81 75

E-mail : secretariat@dentiste.be

www.dentiste.be





*Je vis mon métier d'entrepreneur
comme mes passions : en gardant le cap.*

Votre patrimoine a une histoire, écrivons son avenir.
Ensemble, gérons votre patrimoine privé et professionnel.

Plus d'info sur privatebanking.bnpparibasfortis.be



BNP PARIBAS FORTIS
PRIVATE BANKING

La banque d'un monde qui change

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 brosette **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®