

LE POINT

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

Burn-Out

Vaincre l'épuisement professionnel

par Dr. Patrick MESTERS

Facette en composite

Réalisation de facettes
et de restaurations vestibulaires en
composite sur les dents antérieures

par Pr S GEERTS ULg



SOCIÉTÉ
DE
MÉDECINE
DENTAIRE
asbl

www.dentiste.be
www.mondentiste.be



Procera® résistant, esthétique, éprouvé

Procera® permet d'offrir de manière sûre et prévisible des résultats de très grande qualité caractérisés par une esthétique parfaite et durable. Des innovations constantes étayées par plus de 15 ans de documentation clinique et plus de 8 millions de restaurations garantissent à Procera® une position de pointe.

- **NOUVEAUTÉS** les couronnes Procera® Crowns offrent une optimisation de l'adaptation marginale pour une très grande stabilité lors des essayages !
- **NOUVEAUTÉS** grâce aux nouvelles chapes colorées en zircone, vous pourrez toujours obtenir la teinte appropriée pour des résultats esthétiques optimaux.

Toutefois, Procera®, ne se résume pas à la simple zircone et propose également l'alumine pour une translucidité optimale. Et, grâce au large choix de couronnes, facettes, bridges, bridges implantaires et piliers, il existe toujours une solution Procera® idéale pour vous et votre patient, quel que soit le traitement envisagé.

Chères Consoeurs, Chers Confrères,

J'ai le plaisir d'accueillir, dans ce numéro, un Confrère tout dévoué à la cause de son métier.

A travers lui, c'est un hommage reconnaissant et sincère que je veux rendre aux mandataires et membres actifs de notre Commission Professionnelle qui siègent dans les diverses commissions et instances professionnelles, pour certains depuis de très nombreuses années.

Leur travail de réflexion, de vigilance, de recherche et de documentation, de négociation, de persuasion, se substituant à nombre d'heures de cabinet, occupant soirées et week-ends ; ce travail souvent ingrat, parfois injustement critiqué parce que mal apprécié, est aussi essentiel qu'il peut paraître éloigné de nos préoccupations cliniques quotidiennes ou de nos intérêts scientifiques.

Eloigné ? Pas tant que cela.

Car si la Société de Médecine Dentaire s'est construite sur trois piliers, le scientifique, le professionnel et la prévention, c'est justement parce que ces trois éléments sont indissociables et bien plus interactifs qu'on pourrait le penser.

Une connaissance et une approche globale de l'ensemble des déterminants de notre activité quotidienne ne sont envisageables que par une association professionnelle qui soit aussi une véritable association scientifique. Créant ainsi les synergies nécessaires à une représentativité efficace et responsable.

L'engagement des Consoeurs et des Confrères qui assument votre représentation au sein de l'ensemble des instances de l'INAMI et de la Santé Publique, permet de défendre les intérêts de nos patients, les vôtres et de préserver l'honorabilité de notre profession.

Je salue particulièrement le dévouement et l'implication personnelle de notre Vice-président, Président de la Commission Professionnelle et Coordinateur de la Fondation pour la Santé Dentaire, Michel Devriese.

Depuis le début de cette année, il a accepté de consacrer encore davantage de temps à la Société de Médecine Dentaire. Car les défis à relever ne manquent pas ! Les questions auxquelles sont confrontés les dentistes sont de plus en plus multiples et complexes.

Michel Devriese assure depuis peu la supervision directe de notre « Hot-Line » au service de nos membres. Qui d'autre que lui peut mieux les assister ?

Ce Point nous donne l'occasion de nous entretenir avec lui afin de mieux connaître le quotidien d'un pilier de la profession.

Didier Eycken
Président de la Société de Médecine Dentaire



sommaire



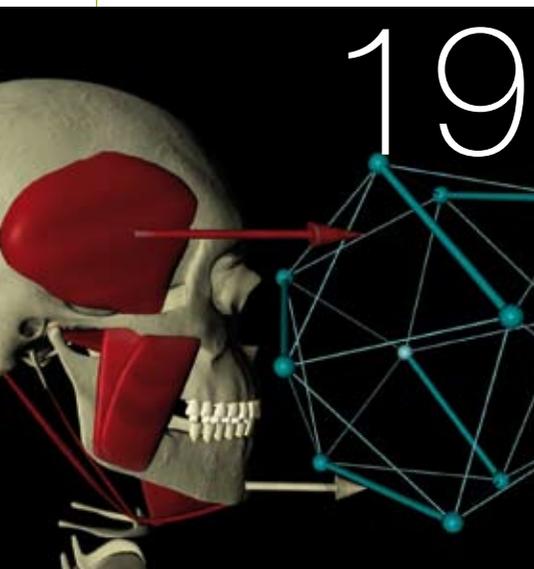
3 Edito
Didier EYCKEN - Président

7 Straumann
visite du siège central et du site de production
Didier EYCKEN



11 Interview :
Michel Devriese

14 Vaincre le Burn-Out
Dr P Mesters



17 Sommaire articles scientifiques

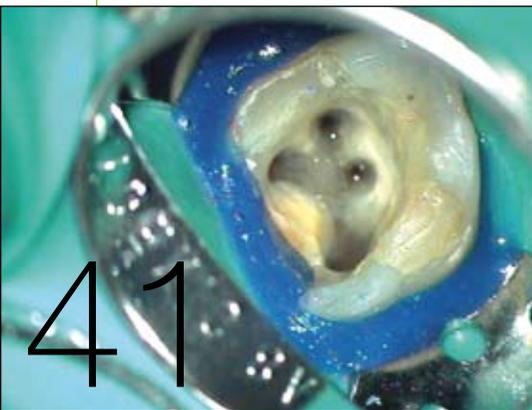
19 Equilibre biodynamique de l'appareil
manducateur (2^{ème} partie)
P. DIEUDONNÉ, A. PIRON

25 Réalisation de facettes et restaurations
vestibulaires en composite sur les dents
antérieures
Pr S. GEERTS

23 Les composants prothétiques innovateurs
de l'implant Ankylos
Paul WEIGL

35 Case report
C. LEGROS, G. LECLoux

37 Combien avez-vous de patients motivés ?
Dr E. BINHAS



39 Sommaire formation continue

41 Endodontie 15 mai

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le retraitement sans oser le demander

En collaboration avec la BAET

42 Peer-review

43 Kinésithérapie 24 mai

Céphalées/migraines, douleurs et dysfonctionnements des ATM...

Marc RENGUET, Laurent PITANCE, Philippe SAERENS

44 Parodontologie 27-28 septembre

En collaboration avec la SBP

49 Sommaire Infos professionnelles

51 AFCN : suites et... poursuites

Michel DEVRIESE

52 Maintien de l'agrément

Michel DEVRIESE

53 Les dentistes : proies faciles...

Michel DEVRIESE

55 Agressions contre des dentistes

Michel DEVRIESE

56 Dent@I-Infos

57 Pages culturelles

Patricia MATHIEU

60 Study-Clubs

62 Petites annonces

66 Agenda

Juin 2008, Mois de l'hygiène dentaire !



1 MOIS POUR UNE VIE DE DENTS SAINES

En **juin 2008**, la Société de Médecine Dentaire asbl, le 'Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw' et Colgate organisent, pour la septième fois, le Mois de l'hygiène dentaire. En quoi cela consiste-t-il ?

-  Une campagne de prévention pour une meilleure hygiène dentaire
-  1 mois pour une vie de dents saines
-  Une grande action d'échange de brosses à dents usagées auprès des dentistes participants

Vous pouvez collaborer activement à cette action. Les informations pratiques concernant les modalités de participation vous seront prochainement envoyées par la poste.

Salutations distinguées,
Colgate-Palmolive Belgium SA



VISITE DU SIEGE CENTRAL ET DU SITE DE PRODUCTION

Didier Eycken



Nous sommes quatre praticiens à avoir eu le plaisir d'être invités par Straumann Belgique à visiter les bureaux du siège central à Bâle et son usine de production à Villeret.

de précision qui est particulière à cette région », explique Dieter Lipp, Executive Management Operations.



Didier Eycken, Fabrice Bolland, Xavier Cahay, Julien Delhiere et Pierre Valle de Straumann Belgique, Michel Lorquet, à l'entrée des bureaux administratifs, du centre de formation, de recherche, d'analyse et de contrôle, à Bâle

Ces deux journées passées en Suisse nous ont donné l'occasion de découvrir « l'envers du décor ». Elles nous ont confortés dans ces sentiments de confiance et de sécurité que l'on peut avoir en utilisant des produits fiables et nous ont confirmé ce que nous avons constaté dans notre pratique clinique : un haut niveau de qualité de production. Grâce notamment aux innombrables contrôles tantôt informatisés, tantôt humains, depuis la réception des barres de titane « brutes » jusqu'aux produits finis, mais aussi des outils et des machines de fabrication eux-mêmes.

Sise dans une région de tradition horlogère où la firme trouve les qualifications humaines en micromécanique qui correspondent à ses exigences de haute précision, Straumann mise sur le potentiel professionnel hautement qualifié du Jura bernois. « Notre réputation, nous la devons certainement à la spécialisation en mécanique

Le Groupe Straumann



Le bâtiment du siège central à Bâle

Le quartier général du Groupe Straumann est installé à Bâle. En collaboration avec l'International Team for Implantology (ITI) et avec des cliniques, des instituts de recherche et des universités, la firme assure le développement, la fabrication et la distribution d'implants, d'instruments et de produits de régénération tissulaire.

Les implants et les instruments de Straumann sont produits en Suisse sur le site de Villeret (canton de Berne, Jura bernois) et aux Etats-Unis. L'entreprise a construit récemment une seconde unité de production à Andover (Massachusetts) pour soutenir la croissance de ses activités en Amérique du Nord.

Les produits de régénération tissulaire sont fabriqués à Malmö en Suède : 30 spécialistes y sont responsables de la recherche biologique et des procédés très complexes de fabrication (extractions de protéines, processus de purification, etc.).

Un peu d'histoire

L'histoire du groupe Straumann présente trois périodes distinctes et s'étend sur plus d'un demi-siècle.

Elle commence dans le village suisse de Waldenburg (canton de Bâle - Campagne) en 1954 avec la fondation d'un institut de recherche portant le nom de son fondateur : le Dr. Reinhardt Straumann, ingénieur de son état.

Entre 1954 et 1970, la compagnie se spécialise dans la manufacture de métaux utilisés dans des instruments d'horlogerie et de mesure. Certaines inventions faites en cette période sont encore utilisées actuellement dans les éléments mécaniques de nos montres.



Ancestrales machines-outils de précision... toute suisse, bien entendu

Le fils du fondateur, le Dr. Fritz Straumann, s'intéresse lui aux métaux inoxydables pour le traitement des fractures osseuses et entre ainsi dans le monde de l'orthopédie, de la chirurgie maxillo-faciale et ensuite de l'implantologie orale, initiant la seconde phase du développement de la compagnie. Entre 1970 et 1990, Straumann devient un leader mondial de la fabrication de systèmes d'ostéosynthèse. Le développement de cette division aboutit en 1990 à la création d'une compagnie distincte, Stratec, renommée plus tard Synthes.

1990 fut donc l'année de naissance du Groupe Straumann tel que nous le connaissons aujourd'hui, amorçant la troisième phase du développement du groupe. Thomas Straumann, petit-fils du fondateur, est nommé à la tête du département implants qui employait à ses débuts... 25 personnes.

En 1998, Straumann Holding AG est une société cotée en bourse. Par l'acquisition de Kuros Therapeutics (en 2002) et de Biora (en 2003), la société entre dans le domaine de la régénération tissulaire orale.

En 2007, Straumann rachète la société Etkon, spécialisée dans la numérisation et la maîtrise de matériaux de pointe et développe le système CARES. Le laboratoire dentaire équipé envoie les données scannées des restaurations (de l'inlay unitaire à la restauration totale de 14 éléments) à une unité de production centralisée qui fabrique la prothèse.

A ces dates majeures dans l'évolution de l'implantologie moderne correspondent quatre innovations Straumann :

- 1974 : la procédure chirurgicale en un temps, avec un implant à surface rugueuse TPS (plasma spray de titane) et un col lisse trans-gingival qui respecte l'espace biologique, assure le maintien du niveau osseux crestal initial et évite au patient la dénudation de l'implant lors de la mise en fonction

- 1986 : la connexion cône morse, toujours largement utilisée aujourd'hui, assure un parfait positionnement du pilier, empêche son dévissage inopiné et respecte aussi l'espace biologique
- 1997 : la surface SLA (sablage et mordantage acide), première surface rugueuse à structure macro- et micro-texturée qui réduit de moitié le temps d'ostéo-intégration et augmente la surface de contact os-implant
- 2005 : la surface SLActive, première surface rugueuse macro- et micro-texturée, hydrophile, qui réduit le temps de cicatrisation ainsi que la phase critique lors du remaniement osseux, stimule l'apposition osseuse et assure une ostéo-intégration encore plus sûre, surtout pour les sites de moindre qualité osseuse

1980 fut une autre étape marquante. Cette année-là, Straumann établit un partenariat avec l'International Team for Implantology (ITI) permettant une synergie entre la recherche scientifique et le savoir-faire industriel.

Parenthèse sur l'ITI



L'International Team for Implantology, est une association sans but lucratif, fondée en 1980

par un groupe de 12 experts. Ces membres fondateurs sont partis de ce constat : les progrès en implantologie orale seraient atteints de bien meilleure façon si une équipe multidisciplinaire de cliniciens et de chercheurs collaboraient intimement, de manière continue et indépendante, afin d'améliorer les produits et les méthodes de traitements. Depuis lors, l'ITI mène d'innombrables projets de recherche, d'enseignement, de congrès et de stages pratiques : chirurgie implantaire, prothèse sur implant, régénération osseuse, mini-symposium en parodontologie... Assure une information scientifique et clinique continue de ses membres via la revue « Forum Implantologicum » et le « Guide thérapeutique ITI ». Propose des bourses d'étude pour des formations en résidence dans l'un de ses 20 centres répartis en Europe, aux Etats-Unis et au Japon. Participe à la remise du prix André Schroeder pour la Recherche (doté de 20.000 francs suisses) qui récompense chaque année des scientifiques ayant accompli des avancées notables dans la recherche et le développement en médecine dentaire. Et dispose depuis le 1^{er} janvier 2003 d'un centre de recherche en biologie dentaire et squelettique, situé à Berne (ITI Research Institute for Dental and Skeletal Biology) menant des recherches dans des domaines tels que la chimie de surface des implants, l'ingénierie tissulaire, la biologie moléculaire et cellulaire des tissus dentaires, la génétique. Le noyau dur de ITI est formé de 477 associés représentant 41 pays et la plupart des universités les plus prestigieuses. La communauté internationale ITI est aujourd'hui forte de 3.523 membres représentant 72 pays.

Et depuis le 10 janvier 2008, ITI Belgique, organisé en une double structure francophone et néerlandophone, est officiellement actif. Et déjà très actif : au premier semestre 2008, ITI Belgique organisera deux journées de conférences réservées aux membres et le premier Congrès ITI belge se tiendra à l'automne : le samedi 11 octobre.

Quelques chiffres...

Le site de production de Villeret a été ouvert officiellement le 18 août 2000. Il s'étend sur 7000 m², une nouvelle unité de production a nécessité une extension de 2000 m², la surface totale de l'édifice atteint 14 600 m².



Le site de production à Villeret

« Nos activités ont connu un développement très favorable au cours des dernières années et il devenait indispensable d'accroître les capacités du site. La production des prochaines années est désormais assurée », précise Dieter Lipp.

Le bâtiment s'organise en deux lignes de productions indépendantes : une pour les éléments chirurgicaux et une pour les composants prothétiques. La fabrication des implants à surface SLActive est entièrement isolée dans l'édifice, coupée du monde par plusieurs sas (et à l'abri des regards indiscrets...), car elle nécessite des chambres particulières à atmosphère azotée.

La production de l'usine est de 5,5 millions de pièces par an, toutes pièces comprises. Au premier janvier 2008, le nombre de salariés sur le site de Villeret était de 368, représentant 20 nationalités. Straumann est l'un des principaux employeurs de la région. Son personnel vit soit à proximité immédiate du lieu de travail, dans le Vallon de Saint-Imier, soit dans un rayon de 35 km. Tous ces collaborateurs assurent un contrôle continu des processus de fabrication et des produits qui en sont issus, en plus d'une planification assistée par ordinateur, pour obtenir un contrôle de qualité garantissant le respect de normes très strictes.

De par le monde, Straumann emploie environ 2000 personnes. Ses produits sont disponibles dans plus de 60 pays, grâce aux 28 succursales réparties dans le monde.



Usinage des barres de titane



Production des implants à surface SLActive



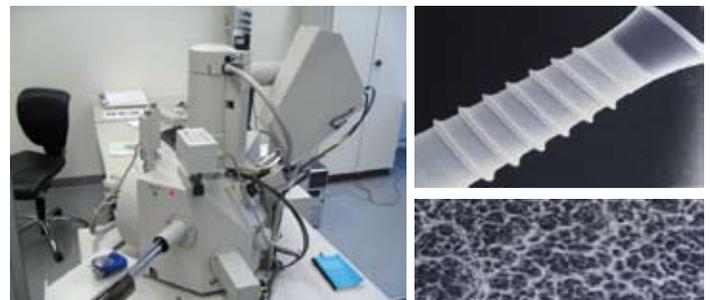
Un impressionnant contrôle de qualité

Une barre de titane arrivant à l'usine ne sera utilisée en production qu'environ 1 ½ an plus tard, après avoir passé une batterie de tests, après que des échantillons prélevés soient passés par une série d'analyses poussées. Toute barre échouant à un test est renvoyée illico au fournisseur !

Et tout est répertorié, classé dans les moindres détails, permettant un traçage des produits sans équivoque.

Une fois acceptée, la barre est utilisée en production. Chaque produit passe lui aussi par de nombreux niveaux de contrôles (des contrôles qui sont eux-mêmes contrôlés !) : informatisés, au microscope électronique, et ... visuels. En comptant ici sur cette tradition séculaire de la précision suisse, dans une région où l'on compte nombre d'usines de production de montres de marques réputées.

Cette production répond aux critères internationaux de qualité. Elle est certifiée d'après les normes EN ISO 9001 et EN 13485 et d'après la Directive 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux. En outre, un contrôle annuel est effectué par TÜV Product Service. Les autorités sanitaires américaines FDA (Food and Drug Administration) procèdent également à des contrôles réguliers sur le respect des bonnes pratiques de fabrication en vigueur pour les produits à usage médical. Et ces contrôles se font à l'improviste !



Analyses au microscope électronique à balayage

Oeuvres de bienfaisance

Nous avons découvert, dans son rapport annuel, que la firme s'occupe aussi d'activités charitables depuis 2006. Avec une discrétion toute à son honneur.

Certains groupes défavorisés ne peuvent s'offrir les bénéfices de l'implantologie, voire même de la dentisterie générale. Un comité spécial a défini, fin 2005, une politique ciblée de soutien de projets.

Straumann a ainsi collaboré, en Alaska, à une initiative de l'American Academy of Prosthodontics pour fournir des réhabilitations orales implanto-portées dans ces contrées reculées. Au Bhoutan, il s'agissait de supporter une équipe internationale de spécialistes traitant les fentes palatines. Au Nicaragua, il s'agissait d'apporter des soins dentaires aux 300 jeunes patients d'un home d'enfants et de les éduquer à l'hygiène bucco-dentaire. Au Cambodge, c'était un projet de prévention et de soins donnés aux 800 jeunes de 5 villages d'enfants. D'autres projets sont prévus en Tanzanie et au Cameroun.

Dans la ville de Bâle, une coopération avec la Fondation Louise - Aubry Kappeler permet d'apporter des soins dentaires aux plus démunis.

L' American National Foundation for Ectodermal Dysplasia (NFED) aide les patients atteints de dysplasie ectodermique, ma-

ladie génétique s'exprimant par un développement anormal de la peau, des cheveux, des ongles, des glandes sudoripares,... et des dents (agénésies). En 2006, Straumann a apporté à la fondation un soutien financier de 25.000 USD.



A l'issue de la visite, cette production originale ne sera mise en bouche que pour le plaisir de nos papilles gustatives !

Doublez l'efficacité de votre brossage

La performance dans l'hygiène dentaire!

Grâce à son système exclusif de tête à doubles brosses rotatives, Dental Revolution effectue, sur chaque paroi de la dent, un nettoyage de la base à l'extrémité, plus efficace que les brosses à dents usuelles. Testée cliniquement, Dental Revolution élimine davantage la plaque dentaire, active le massage des gencives et renforce l'émail des dents.



Respecte le bon sens du brossage, de la gencive vers la dent, tel que recommandé par les dentistes. Les deux brosses contrarotatives sont auto-adaptables à chaque dentition.

Tête de brosse interchangeable disponible en version souple et medium

www.dentalrevolution.com





INTERVIEW

LE POINT REÇOIT

MICHEL DEVRIESE

LP : Michel Devriese : on vous voit partout ! N'en faites-vous pas trop ?

MD : Il est vrai que j'ai deux grandes passions au cœur de mon métier : c'est la médecine dentaire préventive et c'est la « politique professionnelle », bref tout ce qui cadre ou encadre l'exercice de la médecine dentaire : INAMI, SPF Santé Publique, etc. En fait, ces deux aspects - prévention et professionnel - sont plus intimement liés que l'on ne pourrait le croire. Aujourd'hui, on ne défend plus une profession en ayant des revendications purement syndicales ou corporatistes. Il s'agit d'avoir une « vision de Santé publique ». Notre profession -et les moyens financiers qu'elle reçoit- ne se justifie que si elle porte à bras le corps un projet de santé publique pour la population belge.

Je me réjouis d'ailleurs du tournant qu'a pris la Société de Médecine Dentaire en intégrant en son sein ces trois aspects de la profession : du scientifique, du professionnel et de la prévention.

LP : D'où vous vient cet intérêt pour la prévention et la politique professionnelle ?

MD : L'amour de la prévention, c'est clairement mon université qui m'en a donné le goût. En milieu de première licence, le Professeur Vreven encourageait ses étudiants à participer à des animations dans les écoles en réponse à la demande de dentistes de terrain. C'est ainsi que je me suis retrouvé à promouvoir la santé dentaire par des animations en classes primaires alors que je n'avais pas encore mis un doigt dans la bouche d'un patient. La prévention était donc devenue mon premier métier. Les professeurs Brex et Bercy - alors jeunes assistants - m'ont fait découvrir la parodontologie moderne et son volet éminemment préventif.

L'intérêt pour la politique professionnelle, c'est plus compliqué à expliquer. Je suis diplômé de 1982, en pleines années pléthoriques. On diplômait ces années - là près de 500 jeunes chaque année, pour 100 à 120 encore cinq années auparavant. Ce flot de jeunes diplômés, « lâchés » dans la nature, sans préparation suffisante à affronter la vie professionnelle, sans points de repère, sans l'assistance d'une association professionnelle forte leur posait problème. C'est en quelque sorte par révolte que je me suis intéressé aux matières professionnelles.

Je ne comprenais pas pourquoi la profession qui avait connu des années dorées jusque 1975 n'était pas mieux organisée que cela. C'étaient les années Dehaene comme Ministre des Affaires sociales, une longue période sans accords Dento-mutualiste, sans indexation, alors que le taux d'inflation battait des records avec des taux d'intérêts jusque 13% pour financer votre installation professionnelle...

LP : Aujourd'hui, c'est mieux ?

MD : Tout s'est complexifié et va très très vite. Il faut être sur tous les fronts à la fois.

Le domaine de la santé n'échappe pas à l'accélération de notre Monde. La santé entre en collision avec notre monde économique obnubilé par la croissance économique à tout prix, et où le « paraître » et le « posséder » règnent en maîtres.

Alors que beaucoup de Politiques et de chefs d'entreprises ne jurent que par la Croissance -avec un grand « C »- ils tiennent un discours inverse pour les budgets de santé, qu'ils veulent sous contrôle strict. Ces contradictions et ces évolutions, nous les vivons au jour le jour dans notre profession.

Le dentiste est coincé entre ses possibilités techniques de plus en plus fabuleuses (et coûteuses) et les possibilités contributives de ses patients et de la Sécurité sociale.

Oui, on maîtrise la technique des implants, mais nous devons gérer au quotidien la frustration des patients qui ne peuvent y accéder.

Nos patients aussi deviennent de plus en plus des « clients » et ont le souci de l'esthétique voire de la cosmétique. Cela peut être une porte d'entrée pour les sensibiliser à la santé. Mais où se trouve la limite entre un dentiste et une esthéticienne si le dentiste n'a pas avant tout la préoccupation médicale et recourt à des techniques marketings pour faire un maximum d'argent ? Que penser de l'Etat qui ne protège pas suffisamment la population contre les dérives des cliniques esthétiques qui utilisent la publicité en apparente impunité ? Que penser des dérives commerciales de certains dentistes, quand ce n'est pas de la fraude sociale au préjudice de l'INAMI ?

On délocalise les entreprises parce que les coûts de production sont trop élevés en Belgique. Pas grave ? On fait pareil avec la santé dentaire. Les patients vont se faire soigner en Hongrie en Turquie ou en Tunisie dans le cadre du « tourisme médical » rendu accessible par les vols « low cost ». N'attachons toutefois pas trop d'importance à ces épiphénomènes.

Notre monde dentaire n'est qu'à l'image de la société dans laquelle on vit. On y trouve le meilleur comme le pire. Seule une démarche politique résolue permet de maintenir les équilibres. C'est le rôle de notre association que de mener une politique professionnelle qui trouve écho auprès de nos dirigeants politiques pour tenter de maintenir tout cela sur les rails.

LP : Pouvez-vous expliquer le rôle que jouent les mandataires de la Société de Médecine Dentaire ?

MD : Il est complexe ! Il n'y a pas vraiment de la part des autorités de ce pays de politique coordonnée en matière de santé dentaire. Les instances politiques et administratives sont dispersées, travaillent cloisonnées voire en antagonisme.

Le premier rôle des mandataires est bien sûr « d'occuper le terrain » de la représentation professionnelle, de participer aux travaux, et de tenter de donner des orientations fortes à ces travaux.

Pour ce faire, il faut cette « vision de santé publique » comme évoqué

tout à l'heure : les dentistes et les moyens financiers qu'ils reçoivent ne se justifient que par le service qu'ils rendent à la population. C'est donc notre métier de mandataires que de suivre la santé buccale de la population, ses besoins en soins, son recours aux soins. Tenir l'œil sur les cadrans des indicateurs de santé est notre métier, et c'est pourquoi nous sommes à l'initiative des projets d'enquêtes épidémiologiques.

Nos mandataires défendent une médecine dentaire qualitative et préventive, et c'est ainsi que nous contribuons aux évolutions de la nomenclature, la promotion de la prophylaxie, et des programmes de médecine dentaire préventive comme « Sourire pour Tous ».

Nous nous devons de représenter aussi tous les dentistes : tant ceux qui travaillent dans des quartiers pauvres que dans les quartiers favorisés, tant ceux qui pratiquent dans les grandes villes qu'en région rurale, tant les conventionnés que les non-conventionnés. Tous les dentistes, dans un esprit de rassemblement et d'unité de la profession. Et pour ce faire, des arbitrages doivent intervenir. Chaque dentiste doit accepter qu'il fait partie d'une famille où on ne peut tous être d'accord toujours sur tout.

Le travail des mandataires ne manque pas. Le risque est évidemment de devenir des apparatchiks. On dit que je suis le plus gros cumulard de mandats. C'est vrai que je suis passé dans beaucoup de commissions, mais cela m'a permis de mieux comprendre la complexité des instances.

Il y a souvent beaucoup de perte de temps dans ces multiples réunions. Cela me met hors de moi de voir qu'on peut passer beaucoup de temps sur des détails alors qu'il y a un immobilisme total dans certains dossiers.

LP : Après tant d'années passées au services de la Profession, avez-vous des regrets ?

MD : J'aimerais davantage entendre la voix de mes consœurs et confrères s'exprimer sur ces enjeux de société. Je comprends les cent tracas et préoccupations pratico-pratiques du dentiste dans son cabinet, mais je voudrais le voir prendre un peu de hauteur et s'exprimer bien davantage sur le rôle de sa profession dans la société. Qu'il ne s'attache pas trop aux détails et regarde plutôt le verre à moitié plein que le verre à moitié vide.

Est-ce l'image du « Belgian dentist » plein aux as qui plane encore ? J'ai du mal quand je lis dans un annuaire de jeunes diplômés que l'objectif professionnel de l'un est de faire un maximum de pognon, de l'autre de pouvoir partir le plus souvent possible en vacances. Ou d'entendre un professeur me dire : « c'est quand même notre but à tous et c'est pourquoi on travaille : c'est pour bien gagner sa vie et cela ne me gêne pas. »

Et bien oui, c'est en partie vrai : nous défendons aussi le statut socio-économique des membres de notre profession. Mais à des valeurs raisonnables. C'est pourquoi nous sommes en faveur de mesures telles la planification des professions de santé et les contrôles de la Commission des profils. N'oublions pas qu'une partie de notre activité est subsidiée par les cotisations sociales des travailleurs, et que nous avons un devoir d'efficacité. Voilà un mot dont on parlera beaucoup dans les années qui viennent. On nous demandera certainement un jour de prouver notre rendement, notre performance. Rendement et performance au profit de nos patients, tout en assurant notre bien-être. Car si nous croyons que pour faire de la bonne médecine, il faut des praticiens qui sont bien dans leur être et dans leur tête, nous ne pouvons tolérer que l'argent de la Sécurité sociale puisse satisfaire la volonté d'enrichissement éhonté de certains.

LP : Vous remplissez, depuis le début de cette année, une nouvelle (encore une) fonction à la Société de Médecine Dentaire. Pouvez-vous nous en dire plus ?

MD : Depuis peu, j'ai pris en charge le contact direct avec les membres pour répondre à leurs questions professionnelles. Cela me permet d'être confronté plus directement aux préoccupations des membres. Cela permet de synthétiser et documenter ces préoccupations. Cela nous permet de proposer dans les diverses instances des réponses structurelles directes aux préoccupations de nos membres.

Je dois également arbitrer les rôles que nous pouvons endosser. Avons-nous un rôle de représentation de la profession ou un rôle de défense de ses membres individuellement ? C'est bien évidemment un mix des deux. Mais il y a des limites. Notre rôle s'arrête là où commence le rôle d'un comptable, d'un fiscaliste, d'un notaire ou d'un avocat. Nous ne pouvons pas aller trop loin dans l'aide individuelle. Nous devons réserver nos forces pour défendre globalement la profession. Les dentistes doivent comprendre cette limite.

Le rôle d'une association comme la Société de Médecine Dentaire n'est peut-être pas encore bien compris par l'ensemble de la Profession. Certains croient encore que nous sommes simplement un organisateur de cours ou un éditeur de revue. Non, la Société de Médecine Dentaire est une des trois associations professionnelles représentatives reconnues en Belgique, avec la VVT et les CSD.

LP : Justement, du côté francophone du pays, il y a deux associations professionnelles. Quel est votre point de vue sur cette situation ?

MD : Il est vrai que cela nous affaiblit que d'avoir deux associations. C'est une perte d'efficacité certaine. On pourrait le regretter. En Flandre, il n'existe qu'une seule association, la VVT, qui atteint le statut d'association professionnelle représentative. Mais certains critiquent la pensée unique d'une association unique et toute puissante. Pour ma part, j'imagine pourtant difficile la coexistence de deux American Dental Association ou deux British Dental Association. Une association unique et forte suppose quand même des débats internes menés en toute confraternité.

Rapprocher CSD et SMD ? J'y ai cru un temps. Il y a 12 ans, j'étais administrateur dans les 2 associations et je travaillais à un rapprochement. Nous avons déjà réussi à rapprocher Bruxelles et Wallonie. Mais c'était sans compter sur des différences de conception dans la conduite de notre profession libérale et sans compter sur des manœuvres anti-confraternelles de certains.

Aujourd'hui, les relations SMD-CSD se sont quelque peu normalisées. Pour ma part, j'évite de jeter de l'huile sur le feu en m'interdisant des critiques gratuites ou des manœuvres politiciennes.

Je me dis qu'à défaut d'unité, il peut y avoir des aspects positifs si deux associations enrichissent le débat par un travail de réflexion et d'élaboration mené dans chacune des associations, et si les différences exprimées font l'objet d'une écoute et d'un débat d'idées.

LP : Vous parliez précédemment des préoccupations de la Profession. Quelles sont-elles ?

MD : On peut dire que les préoccupations sont diverses et variées. Le dossier du maintien d'agrément est un des sujets les plus chauds, et où la communication passe mal. Pourtant, CSD et SMD sont assez proches dans leur vision de ce dossier. Manifestement, la Flandre a une conception tout autre. Ce dossier reste un dossier fédéral : alors véritable choc de culture entre le Nord et le Sud, ou plus pragmatiquement stratégies professionnelles différentes ?

Nous nous méfions des « agendas cachés » : côté francophone, un organisateur de cours fait la promotion de ce maintien de l'agrément

parce qu'il a bâti son fonctionnement sur cette obligation légale qu'est se former. Au plus les obligations de formation continue sont élevées, au plus il voit son chiffre d'affaires augmenter.

Certains journaux gratuits -eux - relaient la pensée dominante du Nord du pays, pour ne pas fâcher.

La Société de Médecine Dentaire est à l'aise dans ce dossier : elle organisait des cours bien avant qu'on ne parle d'accréditation ou d'obligation de formation continue.

On verra clair dans ce dossier d'ici l'été.

Les autres grandes questions que posent les membres ont trait aux collaborations entre confrères, les contrats de collaboration, les engagements, les associations, les litiges, les conflits (entre praticien, entre praticien et son labo, entre praticien et assistante, entre praticien et collaborateur,...), la nomenclature et son interprétation, le dossier AFCN, l'AFER, les taxes, les aspects légaux, le dossier médical, ... Les questions deviennent de plus en plus nombreuses et pointues.

LP : Des plaintes de patients, aussi ?

MD : Oui, cela arrive de plus en plus. Il nous faudra sans doute prendre des initiatives en ce domaine. Nous interprétons cette tendance à l'augmentation de plainte à une évolution de notre société : au plus l'exercice de l'art dentaire prend des allures d'activité commerciale, au plus l'attitude des patients devient une attitude de ... clients.

Nous dénonçons très clairement cette volonté de certains à transformer l'exercice de l'Art dentaire en activité commerciale. Un président de chambre syndicale préconisait il y a quelques années de créer des enseignes de dentistes comme cela existe pour les vétérinaires, question d'augmenter la visibilité de la profession. Piste d'avenir ou dangereuse ?

Les sites internet restent à ce jour interdits pour les dentistes, même si certains se risquent à déjà les expérimenter. Qu'ils sachent qu'ils se mettent hors la loi et entachent leur honorabilité professionnelle. La loi est la même pour tout le monde, et les sites internet ne seront autorisés pour les praticiens que quand la nouvelle loi sera parue au Moniteur. Notez dès à présent que seul des sites informatifs seraient autorisés, et non pas des sites à vocation publicitaire.

Les sites internet sont déjà autorisés pour les médecins et les avocats. Différence de taille avec notre profession, ces deux autres professions libérales disposent d'organes déontologiques forts qui encadrent les sites internet de ces professions. Nous n'avons pas d'Ordre ou de Barreau pour encadrer la profession dentaire. Et nous ne pouvons que le regretter.

Le cadre des relations entre les membres de notre profession et leur patient est une des pierres angulaires de notre appartenance au corps des professions de santé.

Si la profession empruntait un mode plus commercial d'exercice, elle perdrait sa légitimité de profession médicale et il n'y aurait plus aucune raison de maintenir le secteur des soins dentaires dans le cadre de notre système de sécurité sociale.

Quelques membres de notre profession (généralistes ou spécialistes) prônent de sortir les soins dentaires des remboursements INAMI. C'est là une thèse ultralibérale dans laquelle la Société de Médecine Dentaire ne se reconnaît pas. Une profession médicale aura toujours soin de se préoccuper de nos concitoyens les plus vulnérables au-delà de la volonté de pouvoir soigner le plus grand nombre dans un souci constant de recherche de qualité.

LP : Êtes-vous confiants pour l'avenir ?

MD : Sur le plan de la Profession, oui. Sur l'évolution de notre Monde,

non : il va trop vite et est boulimique. Pour notre profession, je crois que l'introduction d'une année de stage pour les jeunes diplômés peut être une bonne chose pour notre profession, mais nous avons encore un travail fou pour l'organiser. Cela devrait être notre priorité. Les jeunes sont l'avenir de la profession.

Par ailleurs, on a mené un travail extraordinaire pour revaloriser et moderniser la nomenclature ces quinze dernières années. Nous continuerons, mais il ne faut pas tout attendre la Sécurité Sociale. On peut juste imaginer que nous arriverons à couvrir les soins de bases ainsi que les actes qui font partie d'une stratégie de santé publique.

LP : Pour clôturer cette entrevue et en conclusion, avez-vous un souhait à formuler ?

MD : Les jeunes confrères doivent davantage s'impliquer dans leur profession et leur association professionnelle. Il s'agit de leur avenir. Dans quinze ans, les mandataires actuels atteindront l'âge de la pension. Nous désirons préparer le relais. Il faut du temps pour se former à ces matières complexes. Nous sommes prêts à accueillir dans la Commission professionnelle de la Société de Médecine Dentaire des jeunes recrues. L'ambiance y est très positive. Grincheux s'abstenir !

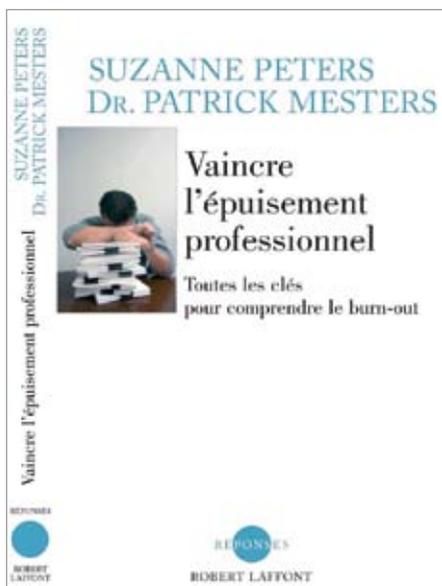
LP : Merci de nous avoir consacré un peu de votre temps précieux et bon travail dans votre nouvelle fonction !



Pour contacter
la Hotline et Michel Devriese,
le mieux est d'adresser vos demandes par
e-mail info@dentiste.be
fax 02 375 86 12
ou par courrier
Société de Médecine Dentaire
avenue De Fré 191
1180 Bruxelles

Les conseils personnalisés
sont réservés aux membres en règle de cotisation

Vaincre le Burn-Out



Dr. Patrick Mesters
Directeur de l'Institut



Fatima Azdihmed
Coach

facilement. Ils s'agrippent et nient le problème, car ils ont l'habitude de se surpasser.

Or, le burn out est une crise, pas une maladie, mais il peut le devenir.

Sa course peut être arrêtée dès l'apparition des signes prémonitoires tels que: plaintes répétées à propos du travail, tendance à la victimisation et aux réactions émotionnelles disproportionnées (explosions, colères, crises), épuisement et difficultés de récupération, tendance au désintérêt professionnel et retrait.

Admettre précocement la difficulté permettra un réajustement plus rapide.

Souvent ni la victime et ni l'entourage ne s'expliquent pas le changement de comportement.

Il ne s'agit ni de négligence et de désinvestissement : il s'agit d'un épuisement complet des ressources physiques, émotionnels et intellectuels

Le « Burn Out » ou l'épuisement professionnel

Suivant les études jusqu'à 12,5 % des dentistes et membres des disciplines apparentées se plaignent d'épuisement. (Gorter 2005), Moins de 50 % d'entre eux sont satisfaits par leur activité (Baran 2005) et 83 % perçoivent le métier comme extrêmement stressant. Or, contrairement aux idées reçues, le problème affecte les plus enthousiastes et les plus talentueux parmi ces professionnels. Le burn out n'est donc pas un signe d'incompétence.

Il est une crise mais non une maladie et des solutions existent.

Le burnout se caractérise par :

1. Un épuisement physique avec fatigue intense, troubles de concentration et de mémoire allant jusqu'à l'épuisement. Des douleurs musculaires multiples, des troubles du sommeil et des problèmes de santé
2. Un épuisement émotionnel avec l'apparition de cynisme et de froideur dans les relations humaines et professionnelles
3. Un désintérêt pour la profession quoique, en soi le métier suscite toujours de l'intérêt.

Les personnes atteintes comptent parmi les plus talentueuses, les plus motivées et les plus enthousiastes.

A leur insu, elles s'engagent dans un processus d'épuisement au cours duquel le dynamisme professionnel s'éteint.

Les professions les plus touchées sont celles qui sont engagées dans la relation d'aide et de soin. Cependant on assiste depuis peut à une propagation du problème dans le milieu des cadres.

A force de donner et de s'investir dans une profession de plus en plus contraignante, l'individu s'épuise d'autant plus lorsqu'il ne reçoit pas en retour l'équivalent de ce qu'il donne.

La réaction de la «victime » en burn out

Même en cas de souffrance intense, les sujets ne consultent pas

Les populations à risque :

- Le corps soignant, les travailleurs sociaux, les enseignants. Les cadres d'entreprise sont de plus en plus concernés.

Les facteurs généraux favorisants

- La disparition du contrôle de l'individu sur une activité de plus en plus complexe
- L'impression d'un avenir bouché ou incertain,
- La surcharge et l'isolement,
- L'absence de la reconnaissance de l'effort par les patients, les élèves, l'hôpital, la hiérarchie etc.
- Un investissement important sans retour sous forme de reconnaissance

Pourquoi les dentistes ?

- La plupart travaillent seuls
- Le métier, en soi, est stressant
- Les patients envoient parfois peu de signes de satisfaction et de reconnaissance
- Ils sont confrontés à des exigences administratives et de rentabilité financière qui les éloignent du cœur même de ce pour quoi ils ont choisi ce métier.
- La littérature pointe enfin des facteurs communs à tous le corps médical :
 - Difficultés à demander de l'aide et « à lever le pied ».
 - Tendance à l'auto-médication.
 - Travaillomanes, ils maintiennent la pression même lorsqu'ils sont malades
 - Beaucoup n'ont pas de médecin généraliste, etc

Les conséquences dans l'exercice de toute profession.

- Démotivation et perte de rentabilité (absentéisme et présentéisme)

- Désintérêt et déshumanisation des relations (agressivité, détachement, résistance passive) avec impact sur la qualité de la relation entre collègues et avec les clients.
- Les troubles de l'alimentation, l'abus d'alcool et de substances (caféine, tabac, psycho-stimulants, calmants)
- Turn over, démissions.
- Déclenchements de maladies psychosomatiques (cardiovasculaires, digestives etc.)
- Tentatives de suicides, suicides.
- Mécontentement répété de la clientèle, plaintes, perte de clientèle

Les conséquences sur la santé

Insomnies, troubles gastro-intestinaux (ulcères à l'estomac), troubles endocriniens (diabète, hyper ou hypothyroïdies), problèmes cardiaques (troubles du rythme et hypertension artérielle, infarctus,

hémorragies cérébrales), douleurs chroniques (dorsalgies), effondrement des défenses immunitaires. (Infections à répétition et cancers), dépression.

European Institute for Intervention and Research on Burn Out
L'European Institute for Intervention and Research on Burn Out est basé à Bruxelles. Il est composé d'un réseau de consultants, coachs et psychologues spécialisés qui accompagnent les personnes, services et entreprises confrontés à l'épuisement professionnel. (www.stressburnout.org)

- Dr P.Mesters : 0475 27 78 30 (Français - English)
- Mme Azdihmed : 0497 53 23 93 (Français - Néerlandais - English)
- Mr Eddy Lievrouw : 0497 50 00 02 (Néerlandais - Français - English)

La Société de Médecine Dentaire organisera prochainement une série de 4 séminaires - ateliers anti burn-out.

Vaincre l'épuisement professionnel. Séminaires - ateliers « anti - Burn Out »

Lorsque la capacité d'adaptation de l'organisme est dépassée par l'événement, le stress devient dangereux...

Notre métier est reconnu comme étant particulièrement stressant.

A côté de prestations exigeantes, coexistent une responsabilité morale et pénale, la difficulté de gérer les distances dans le rapport avec la souffrance et l'anxiété du patient. A moins que le praticien n'exerce en équipe, il s'agit aussi souvent d'un métier de solitaire.

L'exercice de l'art de guérir n'implique pas d'obligation de résultats, mais elle implique des obligations de moyens.

Du fait de l'imprévisibilité de la réaction de l'organisme humain malade, le praticien ne peut garantir un résultat positif après chaque intervention. Or, aujourd'hui, la société met en place des conditions qui exercent une pression sur les épaules du médecin, du dentiste,... et qui tendent à exiger d'eux une rentabilité parfois difficilement compatible avec l'exercice de l'art de guérir.

La qualité de la relation que nous entretenons avec nous-mêmes, dans le secret de nos pensées et de nos sentiments, consolide notre résistance au stress. Renouer avec une saine estime de soi et la bienveillance est donc une priorité pour prévenir efficacement la survenue du burn out.

Gérer nos croyances en est une autre.

Lorsque les croyances « encrassent » le filtre mental, elles déforment la lecture du monde. Au lieu d'être des ressources, les croyances deviennent des handicaps et entraînent leurs adeptes dans des réactions inadéquates et dans des impasses telles que le burn out.

LE BURN OUT N'EST NI IRRÉVERSIBLE, NI INÉLUCTABLE !

Cycle de 4 séminaires atelier

Sujet : Exposé et session questions réponses : Burn Out, symptômes, risques, diagnostic différentiel, conséquences

Durée : 1h30 - voire plus en fonction des question - **Intervenant :** Dr P. Mesters - **Date :** vendredi^(*) à 14h00

Sujet : Evaluation de l'incertitude professionnelle et de l'épuisement, perception de la réalité et du stress, équilibre vie familiale / vie professionnelle, estime de soi

Durée : 4hrs - **Intervenant :** Mme Azdihmed - **Date :** vendredi^(*) de 14h00 à 18h00

Sujet : Identification des priorités et objectifs personnels et professionnels pour combattre le surmenage en tenant compte de l'influence de l'environnement sur les objectif

Durée : 4hrs - **Intervenant :** Mme Azdihmed - Dr P.Mester - **Date :** vendredi^(*) de 14h00 à 18h00

Sujet : Les mécanismes de la pensée, garantir un retour sur l'investissement optimal en cours de changement, les valeurs humaines et professionnelles, projection dans l'avenir, plan d'action

Durée : 4hrs - **Intervenant :** Mme Azdihmed - **Date :** vendredi^(*) de 14h00 à 18h00

^(*) Dates à déterminer

Lieu : Maison des Dentistes
Avenue De Fré 191
1180 Uccle - Bruxelles



*Un nano-pas pour l'homme,
un pas de géant pour la
dentisterie implantaire...*

*L'implant de 3^{ème} génération
NanoTite™ –
Une surface innovante pour
une performance optimisée.*

- Synergie surface OSSEOTITE® et Discrete Crystalline Deposition™ de phosphate de calcium (CaP) - la topographie de surface plus complexe et les bénéfices biologiques du CaP jouent un rôle prépondérant dans l'amélioration de la réponse du site, optimisant la prévisibilité et les résultats cliniques.
- Les études précliniques réalisées avec l'implant NanoTite démontrent une amélioration considérable de la vitesse et de l'étendue de l'ostéointégration par rapport à l'implant OSSEOTITE.*
- Adhésion de l'os renforcée dont résulte une meilleure stabilité de l'implant pendant les premières phases de cicatrisation, phases souvent les plus critiques - Améliore la prévisibilité dans les cas cliniques les plus complexes.*



Implant NanoTite
PREVAIL®



Implant NanoTite
Certain®



Implant NanoTite
Certain Tapered

*Pour prendre le prochain pas, N'hésitez pas à contacter
dès aujourd'hui votre représentant BIOMET 3i*

BIOMET 3i,

Bruxelles, Belgium

Tel : 02.541.02.90

www.biomet3i.com

*Données enregistrées

Certain, OSSEOTITE and PREVAIL are registered trademark and Discrete Crystalline Deposition and NanoTite are trademarks of Implant Innovations, Inc. BIOMET 3i and design are trademarks of BIOMET, Inc. ©2007 BIOMET 3i. All rights reserved.

articles scientifiques

Sommaire

- 19** Equilibre biodynamique de l'appareil manducateur
(2^e partie)
P. DIEUDONNÉ, A. PIRON
- 25** Réalisation de facettes et restaurations vestibulaires en
composite sur les dents antérieures
Pr S. GEERTS
- 35** Case report
C. LEGROS, G. LELOUX
- 37** Combien avez-vous de patients motivés ?
Edmond BINHAS

Retrouvez le sourire avec

Eludril

Chlorhexidine 0,10 %

Antiseptique de référence

▶ Actif sur l'ensemble des germes pathogènes de la cavité buccale⁽¹⁻⁵⁾

▶ Réduit l'inflammation gingivale⁽⁶⁾

▶ Diminue l'indice de plaque⁽⁶⁾

▼
Gingivites - Parodontites -
Avant et après le détartrage -
Soins post-opératoires

Solution concentrée antiseptique

15 ml à diluer - 2 à 3 fois par jour
Après brossage et rinçage soigneux

Dénomination du médicament: Eludril 0,1 %, solution pour bains de bouche et gargarismes. Composition qualitative et quantitative: 0,1 g de digluconate de chlorhexidine pour 100 ml. Liste des excipients: Chlorobutanol hémihydr. 0,5% - Ethanol - Glycérol - Docusate sodique - Huile essentielle de menthe - Lévométhol - Ponceau 4R (E 124) - Eau purifiée. Forme pharmaceutique: Solution pour bains de bouche et gargarismes. Indications thérapeutiques: Chirurgie stomatologique (pré et post-opératoire), gingivite, stomatite, parodontite, alvéolite, traitement de soutien des aphtes pour éviter une surinfection. Il s'agit d'un traitement symptomatique. Posologie et mode d'administration: 2 à 3 gargarismes ou bains de bouche par jour. La dose peut être augmentée sur avis médical. Verser la solution dans le gobelet doseur jusqu'au trait de 10, 15 ou 20 ml, puis compléter avec de l'eau tiède jusqu'au trait supérieur et utiliser comme

gargarisme ou bain de bouche. Laisser la solution en contact pendant 30 secondes puis la recracher. Répéter le gargarisme ou le bain de bouche jusqu'à utilisation de toute la solution diluée. SI CE MEDICAMENT N'APPORTE PAS D'AMELIORATION APRES 3-4 JOURS, IL EST CONSEILLE DE CONSULTER UN MEDECIN. Contre-indications: Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans et chez les personnes qui sont hypersensibles à la chlorhexidine ou à un des excipients. Effets indésirables: Troubles oro-buccaux (fréquence non-déterminée): une coloration brunâtre de la langue et des dents et une modification du goût peuvent survenir. Troubles généraux. Très rare: des allergies généralisées. Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché: PIERRE FABRE MEDICAMENT - 45 place Abel Gance - 92654 Boulogne Cedex - France. Statut légal de délivrance: Délivrance libre. Date de dernière mise à jour/approbation de la notice: mars 2004.

(1) J. Luc, C. Roques, M.N. Frayret, G. Michel, M. Ducani, J. Vandermander. -Activité bactéricide in vitro de 5 antiseptiques bucaux vis-à-vis des principaux germes impliqués dans les affections bucco-dentaires. Journal de Parodontologie vol n°4/91, p 361-367 - (2) D. Grenier - Effect of chlorhexidine on the adherence properties of Porphyromonas gingivalis. J. Clin. Periodontol 1996, 23, 140-142. - (3) C. Bollen, B. Vandekerckhove, W. Papaioannou, J. Vaneldere, M. Quirynen - Full versus partial mouth disinfection in the treatment of periodontal infections. A pilot study: long term microbiological observations. J. Clin. Periodontol 1996, 23, 960-970. - (4) C. Hermant, J. Luc, C. Roques, F. Petureau, R. Escamilla, M. Federlin-Ducani Activité fongicide in vitro de différents bains de bouche sur la flore fongique gingivale de patients infectés par le VIH. Médecine et maladies infectieuses n°6/7 1997 Juin/Juliet. - (5) S. Macneil, E. Rindler, A. Walker, AR. Brown, C.M. Cobb - Effects of tetracycline hydrochloride and chlorhexidine on Candida albicans. An in vitro study. J. Clin. Periodontol 1997, 24, 753-760. - (6) A. Stanley, M. Wilson, HN. Newman - The in vitro effects of chlorhexidine on subgingival plaque bacteria. J. Clin. Periodontol 1989 n°16. - (7) P. Bonesvold - Oral pharmacology of chlorhexidine. J. Clin. Periodontol 1977 n°5.



PIERRE FABRE
ORAL CARE

ÉQUILIBRE BIODYNAMIQUE DE L'APPAREIL MANDUCATEUR

2^{ème} partie : tenségrité et système collagénique

Paul DIEUDONNÉ, Lic. Education Physique, Lic. Kinésithérapie, Lic. Sciences Dentaires
Alain PIRON, Ostéopathe d.o
Illustrations : Alain PIRON

Mots-clefs :
Tenségrité, Système Collagénique, Biodynamique

SYSTÈME COLLAGÉNIQUE ET CONCEPT DE TENSÉGRITÉ

Dans le cadre de cet article, nous nous limiterons à ce que nous appelons le complexe crânio-hyo-laryngo-mandibulo-lingual (C.C.H.L.M.L.) dans lequel s'intègre directement l'appareil manducateur. Ce que nous exposerons est cependant valable pour tous les éléments du corps humain dans lequel s'intègre évidemment, dans un équilibre permanent de tensions tissulaires, le C.C.H.L.M.L.

Les différentes structures du corps, pour réaliser leurs fonctions, doivent à la fois être unies entre elles par le tissu conjonctif et jouir d'une relative autonomie de mouvement, ce qui implique la présence, au sein de ce tissu conjonctif, de plans de glissement organisés en couches stratifiées.

Si le concept de couches stratifiées qui couissent les unes dans les autres pour assurer la mobilité est facile à visualiser, il est par contre difficilement compréhensible. En réalité, les « plans de glissement » sont des espaces virtuels, il y a continuité de matière par la présence d'un tissu lien entre les différentes composantes du tissu conjonctif. L'unité fonctionnelle de ce tissu lien est un réseau continu de fibres collagéniques très mobiles. Ce tissu,

totallement globalisant, va dans toutes les directions et est de répartition très chaotique. Il délimite des espaces appelés micro-vacuoles : c'est le système collagénique multi-micro-vacuolaire d'absorption dynamique ou M.V.C.A.S.⁽¹⁾. Les propriétés architecturales de ce tissu sont bien sûr transposables à tout niveau du corps humain. Ce tissu lien particulier par son agencement, permet la mobilité des différents éléments du corps humain tout en préservant la stabilité des tissus périphériques avoisinants, non concernés par une sollicitation mécanique individuelle localisée. Toute altération de ces tissus liens perturbe l'absorption dynamique et déstabilise les tissus voisins en les mobilisant de manière excessive ou, au contraire, en réduisant leurs mouvements. Prenons comme exemple particulièrement démonstratif les fascias du cou. La figure 1 situe les différents éléments. La figure 2 montre un plan de mobilité inter-aponévrotique « propre » dont le M.V.C.A.S. est normo-fonctionnel. La figure 3 montre un plan de mobilité patho-fonctionnel dont le M.V.C.A.S. est altéré par un tissu cicatriciel, l'indépendance fonctionnelle aponévrotique est de ce fait réduite. Les vaisseaux et les nerfs font partie du contenu du M.V.C.A.S., il est donc logique de penser que toute atteinte mécanique de ce système lien peut perturber le bon fonctionnement des voies liquidiennes et nerveuses.

⁽¹⁾ « Multi Microvacuolar Collagenic Absorbing System », Guimberteau (2004).

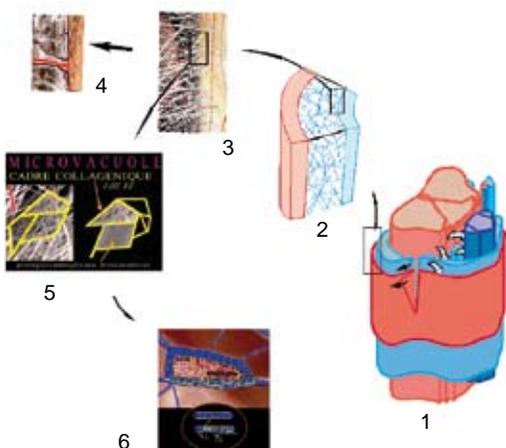


Fig. 1 : Le système collagénique microvacuolaire d'absorption dynamique :
1. ensemble des fascias du cou,
2. plans de glissement entre le fascia superficiel et le plan superficiel du fascia profond,
3. cadre fibrillaire,
4. contenu vasculaire et nerveux,
5. constitution du cadre fibrillaire : fibre collagénique de type I, II, III, IV, VI,
6. association du cadre collagénique aux protéoglycanes.

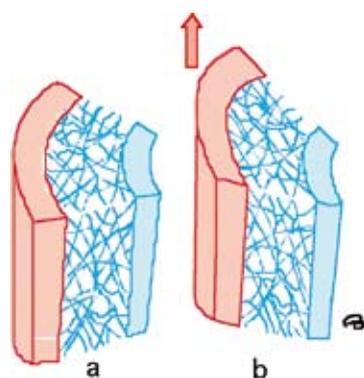


Fig. 2 : Plan de mobilité normo-fonctionnel :
a. position de repos,
b. le déplacement du tissu aponévrotique (rouge) en direction crâniale (flèche) ne mobilise pas le tissu aponévrotique voisin (bleu).

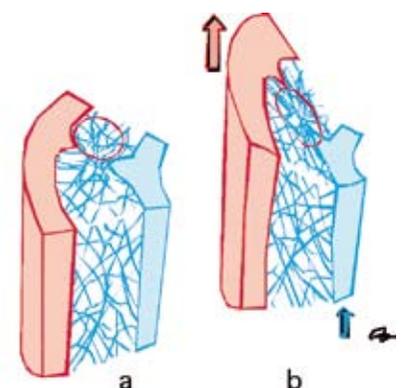


Fig. 3 : Plan de mobilité patho-fonctionnel :
a. position de repos : restriction tissulaire aponévrotique pathogène (cercle rouge),
b. le déplacement tissulaire (rouge) en direction crâniale (grande flèche) entraîne le tissu voisin (bleu) de manière trop importante et anarchique (petite flèche).

La microvacuole, élément de base du système multi-micro-vacuolaire, est constituée d'un cadre fibrillaire pseudo-polyédrique (icosaédrique) contenant un gel à l'intérieur (fig. 4). Le cadre fibrillaire est constitué de collagène de type 1, 3 et 4 et d'élastine (fig. 5). L'espace intravacuolaire est hautement hydrique et se présente sous la forme d'un gel de chaînes de protéoglycanes adhésives, liées au collagène. Ceci explique le rôle d'adaptation aux changements de volume et la résistance aux contraintes de pression de ces chaînes. Cette disposition architecturale permet au système microvacuolaire de fonctionner selon le principe de tenségrité (cf. article 1). Prenons par exemple la structure du tissu collagénique d'un espace péritendineux (fig. 6). Ce système architectural se retrouve dans tout le corps et semble être la trame tissulaire organisatrice globalisante. La dynamique du système multimicrovacuolaire, grâce aux différentes qualités de précontrainte et de

fusion-scission-dilacération moléculaire, permet de réaliser toutes les subtilités du mouvement à l'intérieur du corps, associant mobilité, rapidité, interdépendance et adaptabilité plastique, tout en assurant la progression des organes et en préservant la stabilité des tissus avoisinants.

Cette matière globalisante est constituée d'éléments mais ces éléments, même si leur répartition semble chaotique, ne se disposent pas anarchiquement en vac. Ils occupent tout l'espace disponible de façon optimale.

C'est à ce niveau que se réalisent les échanges osmotiques, électriques et chimiques du corps.

Comment et à quel niveau se situe et s'intègre, dans le conjonctif global et son tissu lien, l'ensemble biomécanique des éléments du corps humain et particulièrement du C.C.H.L.M.L.?



Fig. 4 : Cadre fibrillaire pseudo-polyédrique. (Guimberteau et al., 2005)



Fig. 5 : Collagène et élastine des microvacuoles. (Guimberteau et al., 2005)

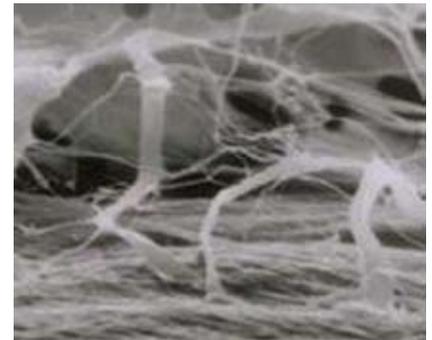


Fig. 6 : Architecture du collagène péritendineux (Guimberteau et al., 2005)

ORGANISATION DES ÉLÉMENTS MACROSCOPIQUES BIOMÉCANIQUES AU SEIN DU TISSU CONJONCTIF

Nous proposons une synthèse très schématique de la situation musculo-squelettique en nous plaçant à deux niveaux :

1. Niveau de la croissance
2. Niveau de la fonction

1° Niveau de croissance :

Selon la théorie de Moss ⁽²⁾ bien connue des orthodontistes bioprogessifs, l'unité squelettique, constituée des os, des cartilages et des tendons, soutient et protège les éléments de la matrice fonctionnelle correspondante, elle-même formée principalement de tissus mous et de cavités. Parmi ces tissus mous, figurent les organes mais également les éléments musculo-conjonctifs. Moss considère l'os comme une unité macro-squelettique constituée par l'association d'unités micro-squelettiques. Cette conception permet de comprendre que les os (par exemple, la mandibule et le maxillaire supérieur) sont des structures très déformables sur le vivant et que chaque unité squelettique, macro ou micro, subit des modifications de taille, de forme, de densité secondaires à l'activité de la matrice fonctionnelle qui lui correspond. Au sein de cette matrice fonctionnelle, les éléments musculo-conjonctifs fonctionnent en tension et les organes ainsi

que les cavités fluidiques fonctionnent en compression. Leurs forces conjuguées modélisent dans le temps les os maxillaires. Cette modélisation évolutive s'exprime exactement dans le cadre du concept de tenségrité; elle est manifeste pendant la croissance mais se poursuit, à bas bruit durant la vie. Une telle conception morphogénique s'applique évidemment à tout niveau du corps humain.

L'influence est réciproque entre l'unité squelettique et sa matrice fonctionnelle. Tous les tissus squelettiques et tissus mous sont modélés par orientation de leurs fibres en fonction des contraintes. Ainsi les différents niveaux hiérarchiques inclus les uns dans les autres s'organisent en maintenant chacun un équilibre entre les différents types d'effort (tension et compression).

J. Delaire a parfaitement synthétisé la dynamique morphogénique de ces différents éléments au niveau de la région crânio-cervico-faciale ⁽³⁾.

⁽²⁾ cité dans Michel Limme, Eléments d'orthodontie, Les éditions de l'université de Liège, 2004-2005, p48

⁽³⁾ DELAIRE, Jean. De l'importance des dysfonctions oro-faciales et cervicales dans le déterminisme des dysfonctions dento-maxillo-faciales, conférence de l'Arémac, Nantes, 13 octobre 2005.

2° Niveau fonctionnel :

Les forces de tension et de compression qui participent à la modélisation des unités squelettiques pendant la croissance, sont les mêmes qui assurent les fonctions biomécaniques durant toute la vie. C'est pourquoi nous pensons que la thérapie

manuelle, qui libère les restrictions de mobilité apparues au sein de ces éléments tendus et comprimés, aurait intérêt à être appliquée durant toute la vie et dès le plus jeune âge à titre préventif et curatif pour assurer et contrôler l'harmonie de croissance et de fonction.

Les modèles biomécaniques que nous présentons seront dans l'avenir inmanquablement améliorés. Ils peuvent néanmoins servir de base à notre réflexion ; c'est dans cette optique que nous les proposons.

Au plan macroscopique, la réciprocité fonctionnelle entre le squelette et le réseau musculo-conjonctif est fondamentale. Le squelette supporte le musculo-conjonctif, lequel, à son tour, stabilise le squelette et le mobilise, ce qui constitue la finalité du système.

Le squelette n'est plus, comme en biomécanique classique, un

référentiel, mais s'intègre naturellement dans l'ensemble fonctionnel du corps en tenségrité.

Cette organisation est construite sur une relation d'équilibre réciproque entre un système articulé en compression (le squelette) et un système continu en tension (le réseau myo-conjonctif). Au sein de cet ensemble macroscopique, toutes les cavités, les organes creux et les vaisseaux fonctionnent comme des « pompes de tenségrité » au sein desquelles règne un équilibre dynamique entre la pression du fluide contenu à l'intérieur et la tension des parois liée à leur élasticité et au contrôle musculaire permanent. Schématiquement, les figures 7 et 8 représentent les éléments squelettiques du C.C.H.L.M.L. et leurs principaux tendeurs musculo-conjonctifs. La mandibule, en tant qu'élément squelettique, est maintenue en équilibre dans ce réseau tensionnel musculo-conjonctif.

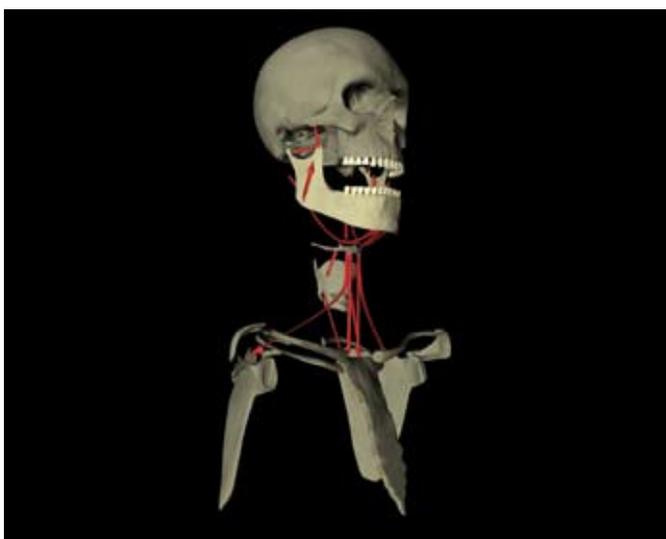


Fig. 7 : Posture de la mandibule au sein du complexe CCHLML : les flèches symbolisent les principaux tendeurs musculo-conjonctifs.

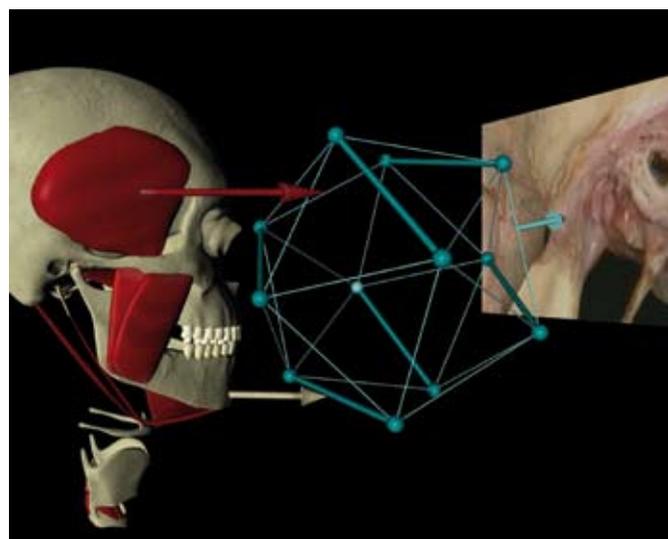


Fig. 8 : Dessin concept : du modèle de tenségrité au système manducateur : Le système de câbles peut être représenté par les membranes, les ligaments et les muscles (câble réglable), le système de barres par les os et les cartilages et le système de lien entre les barres et les câbles par les zones d'insertion musculaire

Un autre type de lien unit entre elles la plupart des pièces squelettiques : ce sont les articulations. Ce lien spécifique articulaire fonctionne également selon un modèle équivalent en tenségrité.

Prenons le cas de l'A.T.M. qui nous intéresse particulièrement. Les mouvements complexes de l'A.T.M. sont une combinaison de glissements et de roulements dans les trois plans de l'espace. La disposition des éléments capsulaires et ligamentaires en tension constante et la présence d'un ménisque sous-tendu en permanence par ses attaches ligamentaires et musculaires confèrent à la cinématique condylienne des caractéristiques particulières. En effet, au moindre mouvement physiologique mandibulaire, apparaît immédiatement une composante de translation et de roulement comme si l'articulation évitait l'interposition d'un point d'appui autour duquel pivoterait le condyle mandibulaire.

En réalité l'A.T.M., comme les autres articulations, n'est pas constituée pour supporter des pressions constantes, elles ne peuvent qu'être occasionnelles. Lors du mouvement, quel qu'il soit, la direction du vecteur de force n'est jamais normal (perpendiculaire) au plan articulaire de la cavité glénoïde. La tension des éléments ligamentaires, capsulaires, méniscaux et musculo-conjonctifs décompose en permanence les forces et les distri-

bue de manière omnidirectionnelle. L'immobilité de la position de repos n'est qu'apparente, de légères oscillations maintiennent sans cesse, au sein de l'A.T.M., un flottement stabilisateur. La parfaite coordination de contraction des muscles mandibulo-moteurs joue un rôle protecteur crucial en assurant le maintien d'un rapport optimal entre la mandibule et l'os temporal.

Dans ce système, le ménisque et les cartilages jouent le rôle d'amortisseur et de guide et non celui d'éléments comprimés. L'état de précontrainte au sein du ménisque résulte non pas de la pression éventuelle exercée par le condyle sur le tubercule temporal mais de la tension des tissus musculo-conjonctifs (figures 9 et 10)

C'est uniquement quand la tension de ces tissus mous est déséquilibrée en « hyper » ou en « hypo » et de manière chronique que les compressions s'installent au sein de l'A.T.M. Le jeu méniscal est alors perturbé et le ménisque peut se détériorer en subissant une pression chronique.

En dehors de ces conditions patho-fonctionnelles, le ménisque en normo-fonction a surtout un rôle de guidage, d'information sensorielle et d'équilibreur de tension. Il n'est que rarement absorbeur de pressions, très occasionnelles et quasi instantanées.

Dans le cas particulier de l'appareil manducateur, il convient d'ajouter un niveau supplémentaire constitué du système ligamentaire desmodontal qui unit conjonctivement la dent à son alvéole osseuse et fonctionne de la même façon en équilibre tensionnel. Ce que nous décrivons pour l'A.T.M. s'applique aux autres articulations du corps, particulièrement à celles qui sont en charge (genoux, hanches, colonne vertébrale...). L'équilibre global de l'appareil manducateur sera décrit dans la 3^{ème} partie.

Dans le fonctionnement normal, extrinsèque et intrinsèque, de l'appareil manducateur, la notion d'axes-charnières et de leviers n'a donc plus beaucoup de signification. Les qualités architecturales de ses composants permettent de considérer le système manducateur en état d'autocontrainte stable et non plus comme un

ensemble rigide répondant uniquement aux lois classiques de la mécanique (appuis, leviers, compressions...). Les portes s'ouvrent dès lors vers l'intégration du concept de tenségrité dans notre réflexion clinique.

La mandibule, au sein du C.C.H.L.M.L., que ce soit au niveau local (intrinsèque) ou périphérique (extrinsèque), est pourvue d'un système neuromusculaire continu très riche englobant un ensemble discontinu de structures ostéo-articulaires (fig. 7). Cet ensemble est constitué d'états autocontraints élémentaires (modules), stables et indépendants, dans lesquels les valeurs de forces de tension et de compression sont équilibrées. La modification d'un état (ou même sa suppression) influence la morphologie globale du C.C.H.L.M.L. et la répartition des contraintes au sein de celui-ci. Cependant, le système total demeure globalement autocontraint et stable.

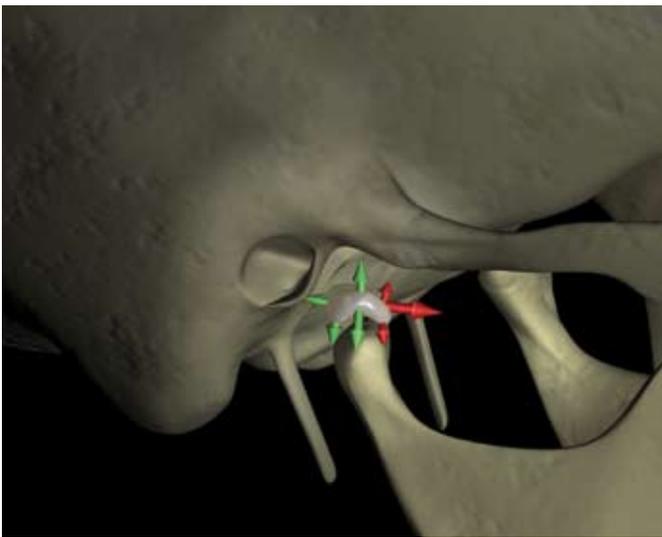


Fig. 9 : Attaches musculo-conjonctives du système méniscal

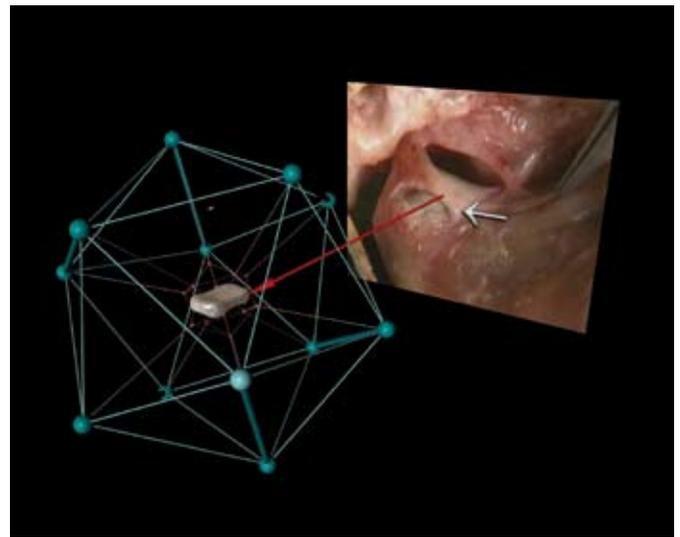


Fig. 10 : Schématisation du système de suspension de l'ATM : le système de câbles est représenté par la capsule articulaire, ses renforts ligamentaires et les muscles (ptérygoïdiens latéraux, masseters et temporaux principalement). Le système de barres est représenté par le ménisque, les os temporaux et la mandibule

COMMENT TOUT CE SYSTÈME «TENSÉGRAL» EST-T-IL GÉRÉ ?

Le corps humain, en tant qu'assemblage en tenségrité, est soumis du point de vue mécanique à deux exigences impératives qui doivent être respectées simultanément et en permanence.

Première exigence globale

La rigidité d'un système est assurée par un ensemble de forces, en tension-compression, qui confère à ce système une morphologie déterminée et stable en condition gravitationnelle de pesanteur. La régulation de cette rigidité doit être envisagée d'une part, en fonction de l'autocontrainte initiale (tonus de base, biotypologie propre) considérée comme propriété intrinsèque de la structure (« prestress induces stiffening ») et d'autre part, en fonction des contraintes imposées à la structure (contraintes externes, mouvements des structures périphériques, variations de tonus musculaire...).

Deuxième exigence locale

Si on se place au niveau d'une structure particulière, par exemple l'appareil manducateur, il faut que soient respectés, d'une part, l'équilibre entre les forces existant au sein de cette structure (fonctionnement intrinsèque) et, d'autre part, la capacité de cette structure à s'adapter aux contraintes locales et périphériques de son environnement (fonctionnement extrinsèque).

Dans le respect de ces deux exigences, la gestion de la posture mandibulaire, au sein du C.C.H.L.M.L. est en grande partie assurée par le système nerveux. Le génie du corps humain, du point de vue postural, réside probablement dans le réglage fin neuromusculaire qui permet les multiples changements de forme d'un module de structure complexe, sans modifier son état autocontraint. La tension des câbles (système musculo-conjonctif) est ainsi gérée par le système nerveux. Il est remarquable de constater que le muscle est un câble spécialisé, capable de moduler sa propre tension ainsi que sa longueur et par là même, la tension du système ligamento-conjonctif (os, articulation, tissu

conjonctif...) qui lui est fonctionnellement associé. Le système nerveux par sa composante sensorielle et motrice assure et règle la tension des câbles musculaires spécialisés, ce qui permet, d'une part, d'assurer et moduler la rigidité du système et d'autre part de réguler les mouvements à tous niveaux.

BIBLIOGRAPHIE RESTREINTE

AMIGUES Jean-Pierre, le système stomatognathique : concept odontologique, concept ostéopathique, Montpellier, 2004.

GUIMBERTEAU Jean-Claude, Promenades sous la peau, Strolling under the skin, Paris : Elsevier 2004.

GUIMBERTEAU Jean-Claude & SENTUCQ-RIGAL Jean & PANCONI B. & BOILEAU R. & MOUTON P. & BAKHACH J., « Introduction à la connaissance du glissement des structures sous-cutanées humaines », Annales de chirurgie plastique esthétique, vol. 50 n°1 (2005), Paris : Elsevier.

KAMINA, Pierre. Précis d'anatomie clinique, t. II : Tête osseuse, appareil manducateur, dos, tête et cou, vaisseaux et nerfs..., Paris : Maloine, 2002.

La gestion du free way space, fondamentale en occlusodontie, est un exemple patent de cette régulation. La compréhension de cette gestion, étudiée dans la troisième partie, nous permettra d'élaborer une stratégie de diagnostic et de traitement dans le respect du concept architectural de tenségrité.

LEVIN S.M., Continuous tension, discontinuous compression, a model for biomechanical support of the body. Bulletin of structural Integration 8, (1982).

LEVIN S.M., The importance of soft tissues for structural support of the body. Spine:State of Art Reviews, Hanley & Belfus. Inc., Philadelphia. 9, (1995).

LEVIN S.M., Putting the shoulder to the wheel : a new biomechanical model for the shoulder girdle.

En ligne : <http://www.biotensegrity.com/shoulder.html>.

MEGRET Jean-François, La tenségrité, vers une biomécanique ostéopathique, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'ostéopathie, Montpellier, 2003.

PIRON Alain, Techniques ostéopathiques appliquées à la phoniatry, Lyon : Symétrie 2007

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans l'ordre de numérotation des légendes des figures dans l'article précédent (Le point 207), il y a lieu de décaler celles-ci d'un cran (fig. 2 = image 3 ...).



PEOPLE HAVE PRIORITY



Enfin là !

Les stérilisateurs Lisa – garants d'une stérilisation de classe B d'une sûreté absolue.

Des technologies à la pointe de la nouveauté comme, par exemple l'«Air Detection System» automatique, permettent d'obtenir une sécurité inégalée, des innovations brevetées garantissent une économicité optimale et des gains de temps encore jamais atteints. Des fonctionnalités auxquelles vous ne pourrez que vous attacher !

W&H Benelux

Voetballersstraat 36

2850 Boom, Belgium

t +32 (0)3 844 49 85

f +32 (0)3 844 61 31

wh@telenet.be wh.com

Lisa

Nouvelle génération

Aide sensiblement les patients à optimiser les habitudes de brossage.

La nouvelle brosse Oral-B® Triumph™, avec SmartGuide™ est un système de brossage exceptionnel qui guide les patients et les aide à optimiser leurs habitudes de brossage. Le **SmartGuide autonome**, unique en son genre, est un écran sans fil qui offre une information en temps réel et encourage un brossage d'une plus longue durée*. En fait, les patients qui utilisent Oral-B Triumph avec SmartGuide ont **jusqu'à 5 fois plus de chances** de se brosser les dents pendant les 2 minutes recommandées deux fois par jour*.

Oral-B PROFESSIONAL CARE 9900™
TRIUMPH™ WITH WIRELESS
SMART GUIDE™
SMART TECHNOLOGY...BRILLIANT RESULTS™

Indicateur de remplacement de la brosse

Minuterie à quadrants



Capteur de pression innovant

Pour de plus amples informations, rendez-vous sur notre site dentalcare.com

*par rapport à une brosse à dents manuelle normale. [Données internes 2006, P&G]

RÉALISATION DE FACETTES ET DE RESTAURATIONS VESTIBULAIRES EN COMPOSITE SUR LES DENTS ANTÉRIEURES

Pr S Geerts ULg



Les **indications** des facettes en composite sont assez identiques à celles des facettes en céramique. D'une manière générale, le recours à un recouvrement vestibulaire se justifie :

- lorsqu'il s'agit de **masquer des colorations profondes** de la dent (dyschromies), lesquelles résistent ou persistent après un blanchiment (Ex. intoxication, pendant l'odontogenèse, des améloblastes par des tétracyclines ou encore par du fluor) ;
- lorsqu'il y a lieu de **combler et de masquer des imperfections** (Ex. hypoplasies sévères et disgracieuses qui résultent d'un dysfonctionnement transitoire des cellules améloblastiques ; ces hypoplasies peuvent se présenter sous différentes formes, allant d'une tache blanche opaque jusqu'au manque d'émail qui apparaît alors mité - trous, dénivellations-) ;
- lorsqu'il faut **modifier la taille, la forme ou la position** des dents (Ex. dents conoïdes et microdents ; fermeture de diastèmes ; après traitement orthodontique, maquillage d'une canine en latérale ou d'une prémolaire en canine ; corrections de malpositions dentaires) ;
- lorsque la **perte de substance vestibulaire est très importante** (Ex. fracture coronaire et restauration composite entamant une grande partie de la face vestibulaire ; usure importante nécessitant un allongement des bords libres).



Les **contre-indications** des facettes en général, sont à mettre en relation avec des pertes de substance trop importantes : il ne persiste que très peu de tissus dentaires résiduels ce qui implique que la surface de collage devient insuffisante pour assurer la rétention de la restauration partielle, et/ou une résistance trop faible de la dent ce qui doit amener le praticien à envisager une restauration fixée plus traditionnelle (couronne) avec cerclage périphérique.

En dentisterie conservatrice, la réalisation de facettes en composite est particulièrement déconseillée lorsque le patient présente une mauvaise hygiène buccale et/ou un tabagisme excessif. En effet, et bien que les matériaux composites aient été considérablement améliorés, ils restent

avant toute chose des matériaux résineux. Toute résine est poreuse et donc le composite accroche plus facilement la plaque et les enduits que la céramique. De plus, le composite et les tissus dentaires naturels ne présentent pas le même coefficient de dilatation thermique ce qui, sous l'effet des chocs thermiques dans la cavité buccale, se solde par des micropercolations qui entraîneront une coloration disgracieuse des joints de la restauration (facette ou obturation en composite), laquelle sera drastiquement plus marquée en cas de mauvaise hygiène dentaire et/ou de tabagisme.

Il est à noter que la réalisation de facettes en composite est une option thérapeutique qui doit être considérée comme une alternative « sociale » à la prothèse fixe partielle (facette en céramique). Ce type de traitement peut toutefois s'avérer intéressant chez des jeunes patients (temporisation ou traitement d'attente) ou chez tous les patients qui ont un budget plus limité. En effet, la réalisation d'une facette en composite se fait directement dans la bouche du patient et ne nécessite, le plus souvent, aucune étape de laboratoire préalable et subséquente.

Notons aussi que, bien que les facettes en composite offrent une esthétique et une longévité légèrement inférieures à celles des facettes en céramique, il n'en reste pas moins qu'elles satisfont parfaitement nos patients et qu'elles sont, en omnipratique, de plus en plus sollicitées.

Procédure clinique pour la réalisation d'une restauration esthétique en composite

1. Prise de « teinte »

La première étape clinique consiste à déterminer le plus exactement possible la « teinte » de la dent à restaurer. D'une part, ce choix s'opérera toujours au tout début de la séance et de préférence sur des dents humides et hors lumière du scialytique. Trop souvent, la prise de teinte est réalisée au moment de la mise en place du matériau d'obturation/restauration ce qui conduit inévitablement à des échecs esthétiques puisque à ce moment précis, la dent traitée et ses voisines sont largement déshydratées (champ opératoire et nombreux séchage des dents au cours de la procédure). D'autre part, le choix de la « teinte » du matériau composite qui servira pour la restauration s'avère bien plus difficile qu'il n'y paraît et ne se limite pas à la stricte détermination de la teinte de la dent à restaurer. En effet, bien qu'il soit commun de parler du choix de la « teinte », cette dénomination est totalement erronée puisqu'il s'agit plutôt d'évaluer la COULEUR (les Anglo-saxons parlent plus judicieusement de « shade ») de la dent à restaurer. Ainsi, au moment de la prise de « teinte », le praticien devra non seulement évaluer la **teinte** (hue) mais aussi sa **saturation** (chroma) c'est-à-dire la quantité de pigments contenus dans la teinte. En fait, en dentisterie, il y a 4 teintes à différencier et il y a peu de risque pour un dentiste chevronné de ne pas reconnaître la teinte A (rose), B (jaune), C (gris) ou D (violet) à proprement parlé ; pour chaque teinte, plusieurs saturations sont à envisager : une teinte qui est peu pigmentée est peu saturée (Ex. A1 est ainsi une couleur pâle) tandis qu'une teinte fort pigmentée est fort saturée (Ex. A4 est par conséquent une couleur intense). Il faut garder à l'esprit qu'il est rare en denture naturelle d'observer des dents ayant une teinte différente dans une même cavité buccale. De même, il est tout aussi exceptionnel que la teinte change au niveau d'une même dent. Par contre, la saturation peut



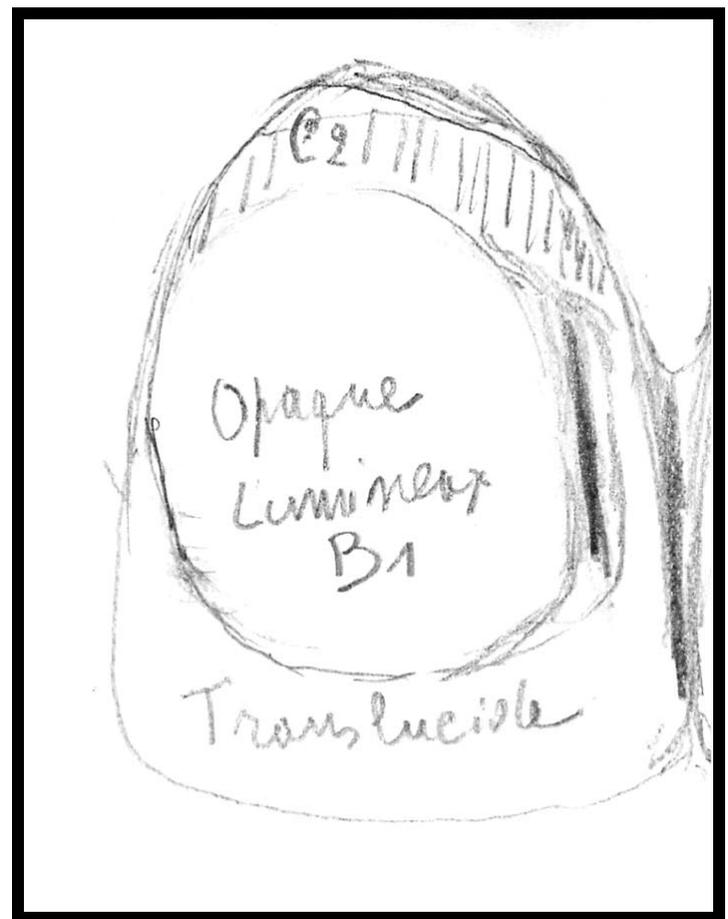
varier, d'une dent à l'autre chez un même patient (il est fréquent que les canines soient plus saturées que les autres dents), d'une région à l'autre sur une même dent (le collet est souvent plus saturé que le reste de la dent). En plus de présenter une teinte et une saturation similaire à celles des tissus dentaires à remplacer, la couleur du matériau de restauration doit aussi rendre au mieux la luminosité de ces tissus naturels: la luminosité (value) est la caractéristique la plus importante à respecter pour obtenir une restauration de haut niveau esthétique puisqu'elle détermine la quantité de lumière qui sera réfléchié ainsi que le degré de clarté de l'objet: d'une manière générale, les dents jeunes sont beaucoup plus lumineuses (la couleur apparaît alors CLAIRE) que les dents matures (la couleur des dents + âgées est beaucoup plus SOMBRE). La luminosité est étroitement liée à l'état de surface de la dent (une surface très lisse est moins lumineuse qu'une surface texturée), lequel devient plus lisse au fil des ans. Enfin, une autre caractéristique de la couleur que le composite de restauration doit, au mieux, imiter est la perméabilité ou l'imperméabilité optique de l'émail et de la dentine (translucidité si la couleur est perméable à la lumière ; opacité si elle est imperméable à la lumière): la dentine est un tissu relativement opaque alors que l'émail est semi-translucide, voire même complètement translucide lorsqu'il n'y a pas de dentine sous-jacente.

Pour être complet dans le choix de la « teinte », il y a lieu de déterminer les éventuelles caractérisations individuelles qui devront être reproduites au niveau de la future restauration: taches d'hypoplasies, moucheté blanc opaque diffus sur la face vestibulaire, opalescence bleutée du bord libre ou des aires proximales, exposition de dentine au niveau d'un bord libre d'incisive inférieure, ...

Le respect des caractéristiques optiques des tissus dentaires naturels a amené certains fabricants à mettre sur le marché des coffrets de composites offrant une (plus) large palette de couleurs (il y a plus de possibilités colorométriques que dans un teintier VITA) et où le matériau se décline en différents degrés d'opacité/translucidité. De plus, les performances esthétiques de la restauration étant directement liées à la personnalisation de celle-ci, bon nombre de firmes proposent des masses de composites de caractérisation : selon le système, ces composites sont appelés EFFECTS ou MAQUILLANTS ; ils se présentent sous différentes teintes, les plus courantes étant le bleu, l'orange et le blanc. Notons dès à présent qu'il s'agit de masses de composites NON CHARGES et que par conséquent ces maquillants ne peuvent être utilisés qu'au niveau de la sub-surface (ils ne résisteraient pas à l'usure des lèvres, des joues, ...) et seront systématiquement recouverts d'une strate de composite (translucide ou semi-translucide) microchargé.

A la lumière de ces considérations, il apparaît donc que le choix de la « teinte » soit une étape cruciale et fastidieuse puisque de nombreuses informations doivent être relevées. Pour simplifier et optimiser ce choix, il est vivement conseillé de s'aider d'un schéma de la dent à restaurer sur lequel seront annotées toutes les informations récoltées (Figure 1).

Figure 1 – Cartographie



Comment procéder pour une prise de « teinte » correcte ?

- La teinte et la saturation de la dentine de la dent à restaurer sont les plus évidentes au niveau du tiers cervical de la dent, zone où il n'y a pas (ou peu) d'émail : l'échantillon du teintier est placé en regard du collet de la dent.
- La couleur de l'émail générique (semi-translucide) est la plus juste au niveau du tiers incisal de la dent : l'échantillon du teintier est placé en regard de la moitié apicale du tiers incisal de la dent.

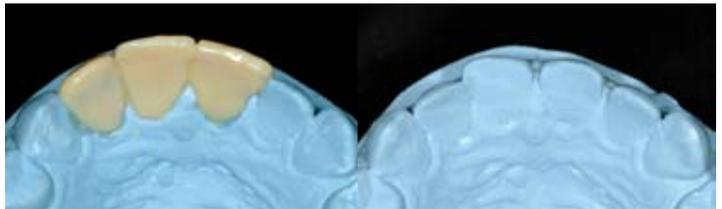
- Les caractéristiques de l'émail translucide sont déterminées en plaçant l'échantillon du teintier en regard du bord libre de la dent.
- La luminosité de la dent est la plus forte au niveau du tiers moyen de la surface vestibulaire et est plus facile à repérer sur un cliché photographique en noir et blanc (dent claire ou sombre). Pour information, le tiers incisal de la face vestibulaire est la portion la moins lumineuse et la plus translucide de la dent.
- La forme des transitions entre les différents tissus (dentine/émail semi-translucide ; émail semi-translucide/émail translucide) est également reportée sur la cartographie dentaire (lobules et mamelons de dentine qui transparaissent ; courbe de transition dentine/émail; opalescence bleuté des angles incisifs ; ...)

2. Le wax-up de laboratoire et les clefs en silicone

En prothèse fixée, le wax-up de laboratoire est une étape incontournable puisqu'il s'agit de broser l'ébauche esthétique des futures facettes. Il s'agit donc bien d'un wax-up diagnostique duquel sont issus :

- un masque diagnostique (Mock-up): il s'agit d'un masque vestibulaire en résine qui est réalisé dans une clef en silicone émanant du wax-up (technique s'apparentant à l'automoulage pour la réalisation de couronnes provisoires). Ce masque amovible est apposé sur la face vestibulaire des dents à corriger. Le patient et le praticien visualisent parfaitement ce que sera(ont) la(es) future(s) restauration(s).
- des index de réduction : clefs en silicone et masque en résine vont guider le praticien pour réaliser des tailles à minima des faces vestibulaires.

En dentisterie conservatrice, la réalisation d'un wax-up de laboratoire est moins fréquente. D'une part parce qu'il s'agit, le plus souvent, de techniques de restaurations directes (une seule séance). D'autre part, le passage par une étape de laboratoire augmenterait inévitablement le coût de la restauration (environ 60 € de facture émanant du laboratoire et la nécessité de deux séances au lieu d'une) ce qui ne justifierait plus entièrement le choix du matériau composite pour la facette (le coût de la facette en composite devient alors trop élevé et souvent non justifié par rapport au bénéfice obtenu par le biais d'une facette en céramique). Néanmoins, lorsque le délabrement tissulaire est très important ou qu'il y a lieu de modifier la forme et/ou la position des dents, le wax-up devient également une nécessité en dentisterie conservatrice car il servira non seulement de guide de réduction (respect du principe d'économie tissulaire) mais aussi et surtout de guide de reconstruction : c'est pourquoi, lors de la réalisation de facettes en composite il n'est pas rare de devoir, in situ, réaliser un wax-up direct à l'aide de composite seul (sans interposition d'adhésif), modelé, sur les surfaces dentaires non traitées, puis polymérisé. Une fois la morphologie dentaire redessinée par le biais de cette « pré-reconstruction », des clefs en silicone (de type Putty) sont réalisées. Une des clefs en silicone est coupée dans le sens M-D en veillant à conserver dans la partie palatine du silicone toute l'épaisseur du bord incisal : le composite destiné à remplacer le bord libre de la dent est placé dans cette clef et celle-ci est remise en bouche (la digue n'est pas une entrave à son repositionnement) et le composite est alors polymérisé. Une fois la prise du matériau terminée, la clef palatine est retirée, laissant en place un bord libre qui va servir de guide pour le reste de la restauration.



3. Pose d'un champ opératoire

Il ne fait aucun doute que le degré d'humidité de la cavité buccale est incompatible avec le collage (80 % d'humidité dans la région antérieure et 95 % dans les zones postérieures). Au moment du collage, il est donc

de mise de réaliser un champ opératoire contribuant à optimiser l'adhésion amélo-dentinaire de la restauration.

La pose d'une pompe à salive et de cotons (isolant parfaitement le champ opératoire) ainsi qu'une bonne aspiration (ceci implique un travail à quatre mains), s'avèrent des pré-requis nécessaires mais suffisants si les restaurations intéressent les fronts supérieurs ou inférieurs. Par contre, en zones postérieures, dans les mêmes conditions (pompe à salive, cotons et aspiration), le degré d'humidité de la cavité buccale reste incompatible avec un collage fiable : dans ces cas, la seule façon d'opérer est de poser une digue.

Lorsque le praticien travaille seul (sans assistante dentaire) et/ou lorsqu'il veut offrir, au patient et à lui-même, un certain confort de travail, il lui est loisible de poser cette digue même en zone antérieure.



Pose de la digue pour une restauration en composite sur les dents antérieures

Certains préfèrent placer la digue après la taille ou la préparation cavitaire ; d'autres mettent le champ opératoire avant d'entamer la taille de la dent.

La digue est placée sur au moins les deux dents adjacentes mais le plus souvent les 6 ou les 8 dents antérieures sont englobées dans ce champ opératoire. Ceci permet de ne pas perdre une vue d'ensemble et de garder des repères de formes et de dimensions des autres dents.

Des ligatures de soie dentaire sont posées autour de chaque dent. En fait, il s'agit de refouler et de maintenir la digue dans les sulci vestibulaires et palatins de chacune des dents ce qui a pour résultat « d'allonger » la hauteur clinique des couronnes dentaires et de maintenir parfaitement la digue en place. Cette seule technique des ligatures est souvent suffisante pour le maintien de la digue mais elle n'est pas incompatible avec d'autres moyens utilisés pour la rétention du champ opératoire (crampons métalliques et/ou Wedjets).



Le praticien peut utiliser des digues préperforées ou des feuille de digue classiques qu'il perfore d'autant de trous que de dents à placer sous le champ opératoire. Dans ce cas, chaque trou est espacé de son voisin d'environ 5 mm, cette épaisseur représentant la bandelette de digue qui recouvrira la papille interdentaire. Une fois la digue insérée sur chacune des dents, le praticien s'aidera d'un fil dentaire pour la faire passer complètement sous les points de contact. Pour ligaturer la dent à traiter, il faut insérer un morceau de soie dentaire qui fait le tour de la dent, les 2 chefs de la ligature se trouvant en vestibulaire. Ensuite, la soie, entraînant avec elle la digue, est maintenue dans le sulcus palatin à l'aide d'une petite spatule (la spatule à composite convient parfaitement à cet usage) et les 2 chefs vestibulaires de la ligature sont tirés vers vestibulaire avant de réaliser un double nœud.

4. Taille de la facette et préparation cavitaire vestibulaire

4.1 Facette vestibulaire

La réduction pour une facette en composite est assez semblable à celle pour une facette en céramique (épaulement cervical de 0.5 mm ; réduction du bord libre d'au moins 1.5 mm ; réduction vestibulaire d'au moins 0.7 mm ; profondeur des ailettes proximales d'au moins 0.5 mm). Qu'il s'agisse d'une facette en céramique ou en composite tous les angles vifs et les arrêtes saillantes seront arrondis pour éviter des contraintes inutiles au matériau de restauration. De même, dans un cas comme dans l'autre, et à moins qu'une obturation sous gingivale soit présente, la limite cervicale est toujours largement juxta-gingivale. Par contre, ce qui diffère entre la facette en composite et celle en céramique c'est que la limite peut être sise à n'importe quelle hauteur de la face vestibulaire s'il s'agit d'une restauration en composite. Aussi, en prothèse fixe, alors qu'il est préférable de tailler sa limite cervicale à l'aide de loupes pour



NOUVEAU ! Demi.

Encore une idée brillante de Demetron.



LAMPE A PHOTOPOLYMERISER LED



Demi avec PLS – polymérisation en 5 secondes

Matériau	Profondeur de polymérisation (mm)	Dureté Rockwell*	
		Surface	Base
COMPOSITE			
Premise™ Enamel, A3	4.22	78.4	77.3
Tetric EvoCeram®, A3	4.11	77.1	74.9
Z100™, A3	4.63	89.4	87.7
Grandio®, A3	4.90	85.1	85.7
Esthet-X®, C4	4.55	76.8	77.7
COLLE			
NX3 photopolymérisable, jaune	4.12	71.6	67.5

Les marques déposées sont la propriété de leurs titulaires respectifs.
*Spécifications techniques sur demande.

Avec encore plus de fonctions.

- **Véritable polymérisation en 5 secondes.** La haute puissance du programme Periodic Level Shifting (PLS) assure une polymérisation complète en 5 secondes pour la teinte A3 et/ou les teintes plus claires.
- **Pas de coupe circuit.** Un ventilateur silencieux et un système de contrôle de température unique combinés au PLS refroidissent l'appareil pour qu'il puisse être utilisé sans interruption. Cette action prolonge la durée de vie des diodes électroluminescentes.
- **Puissance régulière constante.** La lampe fournit une puissance constante pendant la durée de charge de la batterie.

Kerr France Immeuble Sinclair 1, rue Séjourné 94000 Créteil
Tél : +33 (0)1 48 90 77 77 Fax: +33 (0)1 49 56 95 04
infofrance@kerrhawe.com www.KerrHawe.com



qu'elle soit la plus nette et la plus précise possible, en dentisterie conservatrice adhésive, dans la majorité des cas, cette limite gagnera en rendu esthétique plus elle sera irrégulière surtout si elle est placée bien en deçà de la gencive.

4.2 Préparation cavitaire antérieure

Le délabrement tissulaire faisant suite à la carie laisse parfois apparaître une préparation cavitaire visible sur la face vestibulaire. La restauration doit alors se confondre avec les tissus dentaires naturels adjacents. Pour que la transition dent-restauration soit la moins perceptible possible pour l'œil du quidam, il faut réaliser un large biseau, lequel doit être des plus irréguliers. Ce biseau vestibulaire remplit un double rôle : il est bien sûr adhésif (comme en palatin) en augmentant la surface disponible pour le collage ; il est surtout esthétique parce qu'il va permettre de rendre imperceptible la restauration.

5. Choix de l'adhésif

De nombreux systèmes adhésifs sont, aujourd'hui, proposés par les fabricants. Des améliorations considérables ont été apportées dans le domaine du collage et, à l'heure actuelle, l'adhésion amélo-dentinaire est devenue un paramètre qui n'est plus du tout aléatoire comme c'était souvent le cas dans le passé. Dire que l'adhésion à l'émail reste meilleure que celle à la dentine est toujours d'actualité mais cette adhésion dentinaire est devenue tout à fait fiable pour peu que l'on respecte certaines règles de collage et que l'on sache correctement choisir et utiliser son système adhésif.

Il y a deux grandes familles de systèmes adhésifs : les systèmes adhésifs nécessitant un mordantage à l'acide phosphorique 37 % (ils sont appelés les systèmes Mordantage-Rinçage ou MR) et les Systèmes Adhésifs Automordant (ils sont dénommés SAM). Dans chacune des deux familles, il y a une version simplifiée : d'une part, les MR 3 (il y a 3 étapes cliniques à réalisées : Etching-Priming-Bonding) versus les MR 2 aussi appelés improprement « One Bottle » ou « adhésifs Monoflacons » (il n'y a plus que 2 étapes cliniques à réalisées puisque le Priming se fait simultanément au Bonding) ; d'autre part, les SAM 2 (il y a 2 étapes cliniques : d'abord une application d'un Primer automordant puis l'application d'une résine adhésive) versus les SAM 1 ou « adhésif all-in-one » (1 seul geste suffit pour assurer simultanément, le (self-)Etching, le Priming et le Bonding). Les nombreuses publications scientifiques tendent à montrer qu'au niveau de l'émail, l'adhésion sera supérieure si un adhésif de type MR est utilisé. Au niveau de la dentine, l'utilisation d'un système adhésif de type SAM donne d'excellents résultats surtout avec les SAM en 2 étapes. L'utilisation d'un SAM 2 implique donc l'application de 2 composants séparément :

- la première étape consiste à appliquer un primaire automordant (self-etching primer) ;
- la seconde étape consiste à appliquer la résine adhésive (bonding). Notons que tout comme c'est le cas dans les systèmes MR 3, il s'agit d'une résine adhésive pure (par opposition aux systèmes MR 2, où le « Bonding » contient en outre du Primer, et aussi par opposition aux systèmes SAM 1 où la résine adhésive se retrouve dans le même flacon que le Primer et les agents de mordantage).

Quel que soit le système adhésif utilisé, une **adhésion interphasique** sera toujours obtenue par formation d'une couche hybride (entrelacement de fibrilles de collagènes et de résine adhésive). Toutefois, les autres types d'adhésions engagées par l'une ou l'autre famille de systèmes adhésifs diffèrent en certains points.

Avec un système MR, il s'agira d'une **adhésion purement micromécanique** par déminéralisation des hydroxyapatites de l'émail et de la



dentine et élimination (par l'action de l'acide phosphorique et par rinçage subséquent) de la boue dentinaire. Avec un système SAM, les cristaux d'apatites de l'émail et de la dentine ne seront que partiellement déminéralisés (la déminéralisation de l'émail est beaucoup plus superficielle qu'avec un système MR ; au niveau de la dentine certains cristaux apatitiques restent attachés aux fibrilles de collagène et les tubuli dentinaires ne sont pas complètement désobturés de leur boue dentinaire, laquelle s'oppose alors à la perfusion continue des fluides de la dentine). Il en résulte qu'avec un système SAM, **l'adhésion est à la fois (nano)mécanique** (de par la déminéralisation partielle) **et chimique** (les minéraux résiduels se lient chimiquement à des monomères dits fonctionnels). Il faut toutefois noter que si l'adhésion dentinaire est nettement améliorée de par les liaisons chimiques entre le substrat et l'adhésif, il n'en est pas de même pour l'émail car la plus faible rétention mécanique obtenue avec un SAM (par rapport à un MR) n'est que très partiellement compensée par les liens chimiques qui se forment entre les minéraux de l'émail et les monomères résineux. Par conséquent, tous les auteurs s'accordent à dire que des cavités présentant de grandes étendues de dentine (cas des cavités postérieures) sont avantageusement collées avec un système adhésif de type SAM 2 tandis que les importantes surfaces amélares (cas des restaurations antérieures) doivent continuer à être traitées par des systèmes adhésifs de type MR en 2 ou en 3 étapes (les tests de laboratoire montrant une supériorité des MR 3 sur les MR 2 mais la clinique ne confirme pas forcément ces données). Néanmoins, si le praticien veut utiliser un SAM qu'elle que soit le type de cavité, il peut toujours envisager de mordancer l'émail (et uniquement ce tissu) avec un gel d'acide phosphorique 37 % et puis d'utiliser son système SAM 2 (sur l'émail et la dentine) : ce mordantage de l'émail augmentera la rétention micromécanique sur ce tissu.

6. Choix de l'adhésif

La classification clinique des systèmes composites actuellement disponibles peut se résumer brièvement comme suit :

- Les composites microfins : ils contiennent en moyenne moins de 60 % de charges en volume et donc plus de 40 % de résine. Ils présentent des qualités esthétiques incontestables mais leurs propriétés mécaniques sont faibles et leur contraction de prise est importante. Par conséquent, ils sont strictement et exclusivement réservés aux secteurs antérieurs.
- Les composites postérieurs (composites hétérogènes et nouvellement les siloranes) : les composites hétérogènes sont des matériaux contenant une très grande quantité de charges ce qui leur confère d'excellentes propriétés mécaniques mais aussi une (plus) faible rétraction de prise ; les siloranes sont de nouveaux matériaux composites qui présentent également une plus faible contraction de polymérisation qui émane essentiellement de la nouvelle composition de la matrice résineuse (les monomères de silorane sont cycliques tandis que les monomères méthacrylates sont linéaires).
- Les composites fluides sont des matériaux peu chargés. De par ce fait, ils sont mécaniquement peu résistants mais ils sont aussi et surtout plus élastiques ce qui en fait un matériau « absorbeur de contraintes » : bien que cela ne soit pas clairement démontré, une fine couche de composite fluide (placée sous le composite de restauration) agirait comme une couche viscoélastique qui emmagasinerait une partie de contraintes générées lors de la prise du matériau de restauration. Ceci aurait pour conséquence de limiter le retrait de polymérisation et de réduire les stress induits sur les tissus résiduels.
- Les composites micro-hybrides sont aujourd'hui largement reconnus



comme étant les composites « universels » c'est-à-dire, des matériaux qui peuvent avantageusement être utilisés en secteur antérieur ou en zone postérieure. Ils présentent à la fois de bonnes propriétés mécaniques (quantité de charges), esthétiques (taille des charges et état de surface ; qualités du silane et état de surface) et biologiques (rétraction de prise limitée de par leur plus faible teneur en résine que les microfins).

Les composites microhybrides sont clairement les plus utilisés et le choix d'un système plutôt qu'un autre réside plus dans le niveau esthétique qui est souhaité. Ainsi, parmi ces microhybrides, il y a des systèmes qui proposent une restauration « single shade », d'autres des obturations « two shade » ou « multishade ».

- les restaurations en « monoteinte » sont réalisées avec un matériau qui se décline en plusieurs teintes et plusieurs saturations mais en une seule opacité moyenne (Ex. Ceram-X mono).
- Les restaurations en « deux teintes » sont plus esthétiques puisque la dentine est remplacée par un composite ayant une opacité similaire à la dentine naturelle alors que l'émail est remplacé par des masses de composites semi-translucides et/ou translucides (Ex. Ceram-x duo).
- Les restaurations en « multiteintes » ont pour visée de rendre la restauration quasi invisible (Ex. Vénus, Filtek Suprême, Enamel Plus HFO, Miris, Gradia, ...). Ce type de montage s'avère, bien sûr, plus difficile et plus fastidieux. Le praticien doit alors « jongler » avec les différentes masses de composites (teinte, saturation, maquillants) avec comme seule règle de base qu'il doit toujours veiller à désaturer le montage depuis cervical jusqu'à occlusal et depuis la profondeur jusqu'à la surface : ainsi si la teinte et la saturation finale de la dentine du tiers moyen apparaît être A3 (prise de teinte), le montage sera, le plus souvent, **désaturé depuis A4 en dentine la plus profonde, en passant en A3.5 en dentine moins profonde et jusqu'à A3 en émail de surface**. De plus, pour reproduire au mieux les caractéristiques des tissus dentaires naturels, il faudra veiller à respecter l'imperméabilité optique de la dentine en remplaçant celle-ci par des masses de composite opaque. Celles-ci seront ensuite recouvertes par du composite semi-translucide et/ou translucide destinées au remplacement de l'émail.

7. Montage du composite en zone antérieure

Il s'agit bien plus souvent d'une stratification esthétique (montage de différentes masses de composites et montage par désaturation de la teinte) que d'une stratification stratégique (respect du facteur C). Il y a quand même lieu de respecter certains impératifs (surtout liés à la polymérisation) pour assurer la pérennité de la restauration adhésive :

- Montage incrémental (jamais plus de 2 mm de composite).
- Respect du temps d'exposition (40 secondes pour les masses de composite dentine et 20 secondes pour les composites émail).
- Respect de l'intensité lumineuse ad hoc (si transillumination au travers des tissus dentaires, il faut au moins 1000 mW/cm²).



Signal

WHITE NOW

Des dents instantanément plus blanches*

dès le premier brossage

Signal crée White Now, un dentifrice pour des dents visiblement plus blanches dès le premier brossage. Signal contient un pigment bleu qui dépose un voile subtile à la surface des dents qui fait fonction de filtre et donne un reflet blanc. Ce reflet blanc résulte du fait que la couleur bleue se situe à l'opposé du jaune dans le spectre chromatique. Le pigment bleu de Signal White Now aide donc à masquer la teinte jaune des dents. L'effet blanchissant immédiat est temporaire.

Signal White Now a également un effet blanchissant progressif. Signal White Now offre la protection complète d'un dentifrice au fluor et convient parfaitement à un usage quotidien.

* Etude clinique portant sur la mesure de l'effet optique de blancheur instantanée réalisée sur 78 personnes. L'effet blancheur instantanée est temporaire.



Simplification des procédures chirurgicales et prothétiques pour un résultat esthétique optimal : utilisation du système Straumann Bone Level et Etkon

Legros Caroline, dentiste généraliste, chef de clinique adjoint, service de prothèse amovible, CHU Liège
Lecloux Geoffrey, spécialiste en parodontologie, chef de clinique, service de médecine dentaire, CHU Liège

Introduction

Nos connaissances des mécanismes de cicatrisation des tissus mous péri-implantaires et des facteurs conditionnant le remodelage osseux marginal ont beaucoup progressé, grâce à cela, les firmes implantaires font évoluer leurs systèmes pour optimiser les résultats en zone esthétique. Nous pouvons dès lors assurer des taux de succès de plus en plus élevés tout en simplifiant les procédures chirurgicales et prothétiques, afin de raccourcir les temps de traitement et d'améliorer le confort, mais aussi l'esthétique du patient. Ceci est rendu possible notamment par l'utilisation d'implants permettant une stabilité primaire et le maintien de l'os crestal et de composants transgingivaux possédant un profil modifié qui optimise la stabilisation des tissus mous et réduit ainsi significativement les récessions gingivales péri-implantaires. Dans cette optique, la société Straumann nous offre une solution de choix par l'utilisation du nouvel implant Bone Level ainsi que des piliers zircone CAD-CAM Etkon.

Case report

Suite à une bagarre, un patient de 17 ans a perdu la 11 et la 22. Lors de sa première consultation dans nos services, le patient présentait déjà une cicatrisation muqueuse et alvéolaire des sites traumatisés. Malgré son jeune âge, la décision d'implanter rapidement a été prise pour éviter un effondrement des tissus osseux et gingivaux, et ainsi éviter des procédures chirurgicales lourdes dans l'avenir.



Deux implants Straumann Bone Level ont été posés en technique flapless pour limiter le traumatisme chirurgical.

L'implant Bone Level a été choisi pour ses qualités :

- Absence de col lisse transgingival
- Spire montant jusqu'au sommet de l'implant
- Connexion interne permettant une émergence étroite et concave des piliers.



Lors de la pose des implants, le conjonctif provenant des deux opercules gingivaux a été enfoui en vestibulaire afin d'épaissir le biotype.

L'empreinte a été réalisée le jour de la chirurgie, afin de pouvoir placer deux piliers Zircone sur mesure ainsi que deux couronnes provisoires dans les plus brefs délais (1 semaine post-chirurgie).



Les couronnes provisoires sont scellées avec précaution afin de ne pas injecter de ciment dans l'espace biologique. Le réglage occlusal consiste à éviter tous contacts directs autant que possible.



Après un mois de cicatrisation, on observe une intégration tissulaire parfaite des restaurations et une stabilité des tissus.

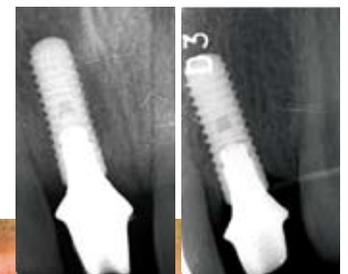


Le choix de l'implant et du pilier, le choix d'une technique chirurgicale et prothétique atraumatique s'avère capital et indispensable pour l'obtention d'un résultat optimal.

Chirurgie : Prof. Rompen

Prothèse : C. Legros

Labo : M. Picone



proximus
BELGACOM MOBILE

**Maintenant
2 mois gratuits****

A partir de
€15/mois htva

Restez maître de votre temps.

Grâce à Push E-mail, vos e-mails, agenda et contacts sont toujours à portée de main.



Que diriez-vous d'une solution qui vous offre une totale mobilité dans votre job ? Avec Push E-mail, vous recevez automatiquement vos e-mails sur votre GSM et vous y répondez quand vous voulez. Et vous consultez votre agenda et vos contacts où que vous soyez. En plus, en créant vos boîtes e-mails avec Belgacom Communication Tools, vous pouvez organiser votre agenda et gérer vos e-mails à partir de n'importe quel ordinateur connecté à Internet, même à l'étranger. Plus besoin d'investir dans un serveur. Un gain évident en termes d'efficacité et l'assurance de rester maître de votre temps !

Recevez gratuitement un **Car Safety Pack**** (oreillette Bluetooth, chargeur et support de voiture) d'une valeur de €89 à l'achat d'un smartphone HTC S710 (€299 tva) avant le 30.6.2008.

Plus d'infos sur www.proximus.be/pushemail ou dans votre point de vente Proximus ou Belgacom.

** Souscrivez avant le 31.05.2008 à Push E-mail et/ou Belgacom Communication Tools et ne payez rien pendant les 2 premiers mois! Promo valable jusqu'au 31.05.2008 pour les clients professionnels souscrivant à un contrat de 32 mois à 3 sur des forfaits Push E-mail et/ou pour les clients professionnels activant le service Belgacom Communication Tools entre le 01.04.2008 et le 31.05.2008. Promo valable pour toutes boîtes e-mails créées durant cette période. *** Valable du 01.04 au 30.06.2008 ou jusqu'à épuisement du stock. Offre soumise à conditions. TVA et cotisation Recupel comprises.

COMBIEN AVEZ-VOUS DE PATIENTS MOTIVES ?



Dr Edmond Binhas : Chirurgien-dentiste et fondateur du Groupe Edmond BINHAS

A la question, «Combien avez-vous de nouveaux patients par mois ?», la plupart des Chirurgiens-Dentistes répondent de manière très imprécise. Or il s'agit **d'un indicateur essentiel de la vitalité de votre cabinet.**

Tout nouveau patient rend tangible la qualité des soins et du service que vous offrez au sein de votre cabinet.

Non, on ne devient pas patient d'un cabinet dentaire par hasard ! De plus en plus de nouveaux patients sont des patients adressés au cabinet : toute l'équipe doit se montrer à la hauteur de la confiance qui est accordée au cabinet.

Le nouveau patient contacte le plus souvent votre cabinet par téléphone. Il fait subir à toute l'équipe une sorte de test inconscient, qui sera déterminant pour les rendez-vous suivants.

On ne le dira jamais suffisamment : «on n'aura jamais une seconde chance de faire une première bonne impression»

Tout se joue dès la sonnerie du téléphone : un temps de sonnerie trop long avant décrochage, une ligne sans cesse occupée, un répondeur au message peu clair ou inintelligible, un praticien qui décroche lui-même, un assistantessoufflée, ou expéditive, etc. inutile que je vous cite toutes les situations auxquelles notre nouveau patient peut s'attendre dans un cabinet dentaire.

La meilleure improvisation est celle qui a été le mieux préparée.

Tous les cabinets que nous formons, l'ont bien compris : tout coup de fil peut être celui d'un nouveau patient potentiel, et tout patient du cabinet dentaire doit être fidélisé, car c'est notre meilleur ambassadeur.

En quelques mots l'accueil téléphonique, ne doit supposer aucune concession.

Dès le recrutement des assistantes ou réceptionnistes des cabinets dentaires, nous conseillons aux praticiens que nous suivons de ne jamais transiger sur le point suivant : «Le sourire»

Cela est encore plus valable pour le praticien !!!

Le sourire s'entend au téléphone : ce n'est pas un cliché !!! Loin de là : lors d'un sourire il y a une détente musculaire qui permet un relâchement des muscles du larynx, permettant ainsi, une meilleure vibration de nos cordes vocales, ce qui nous permet d'avoir une voix bien plus mélodieuse. Essayez d'avoir une voix agréable lorsque vous ne souriez pas ou que vous êtes en colère ! C'est impossible.

Nous recommandons aux assistantes que nous formons de se préparer psychologiquement à la sonnerie du téléphone. Notre discours est très clair : Non, le coup de téléphone ne vous dérange pas, bien au contraire ! Il vous offre l'opportunité

de faire preuve de professionnalisme.

Changez de regard par rapport au téléphone : il vous permet de nouer un contact positif avec les patients, et ceci est un élément clé de la relation de confiance que vous établissez avec eux.

Les différentes étapes à respecter :

1. Respirez
2. Souriez : certaines le font naturellement, pour les autres, forcez-vous ! Ensuite, cela deviendra petit à petit un automatisme .Soyez patientes !
3. Décrochez avant la 3ème sonnerie

L'un des points forts de notre méthode :

Le langage que nous tenons aux assistantes, nous le tenons aussi aux Chirurgiens-dentistes.

Le patient doit se sentir dans un cabinet où règne une vraie cohésion d'équipe.

Aussi, si pour le praticien, le téléphone est un facteur chronophage, inutile d'aller plus loin !

Les consultants du Groupe Edmond Binhas travaillent avec toute l'équipe pour un partage de la philosophie de travail du praticien.

Et l'accueil téléphonique en fait partie intégrante : c'est réellement un état d'esprit !

D'ailleurs, dans notre programme de formation, nous avons conçu un module de deux jours, spécifiquement axé sur les situations de communication qui se présentent habituellement au cabinet dentaire : les praticiens et les assistantes y participent ensemble.

Même si c'est un domaine qui est le plus souvent délégué aux assistantes, les praticiens doivent avoir un œil positif sur l'accueil téléphonique ! C'est notre principe de cohérence ! Vous êtes donc maintenant, psychologiquement prête pour décrocher le combiné !!

Si c'est un patient du cabinet : vous avez déjà établi la relation de confiance.

N'oubliez pas de reconnaître le patient :

«Bonjour **Mme Martin**, comment allez-vous ?»

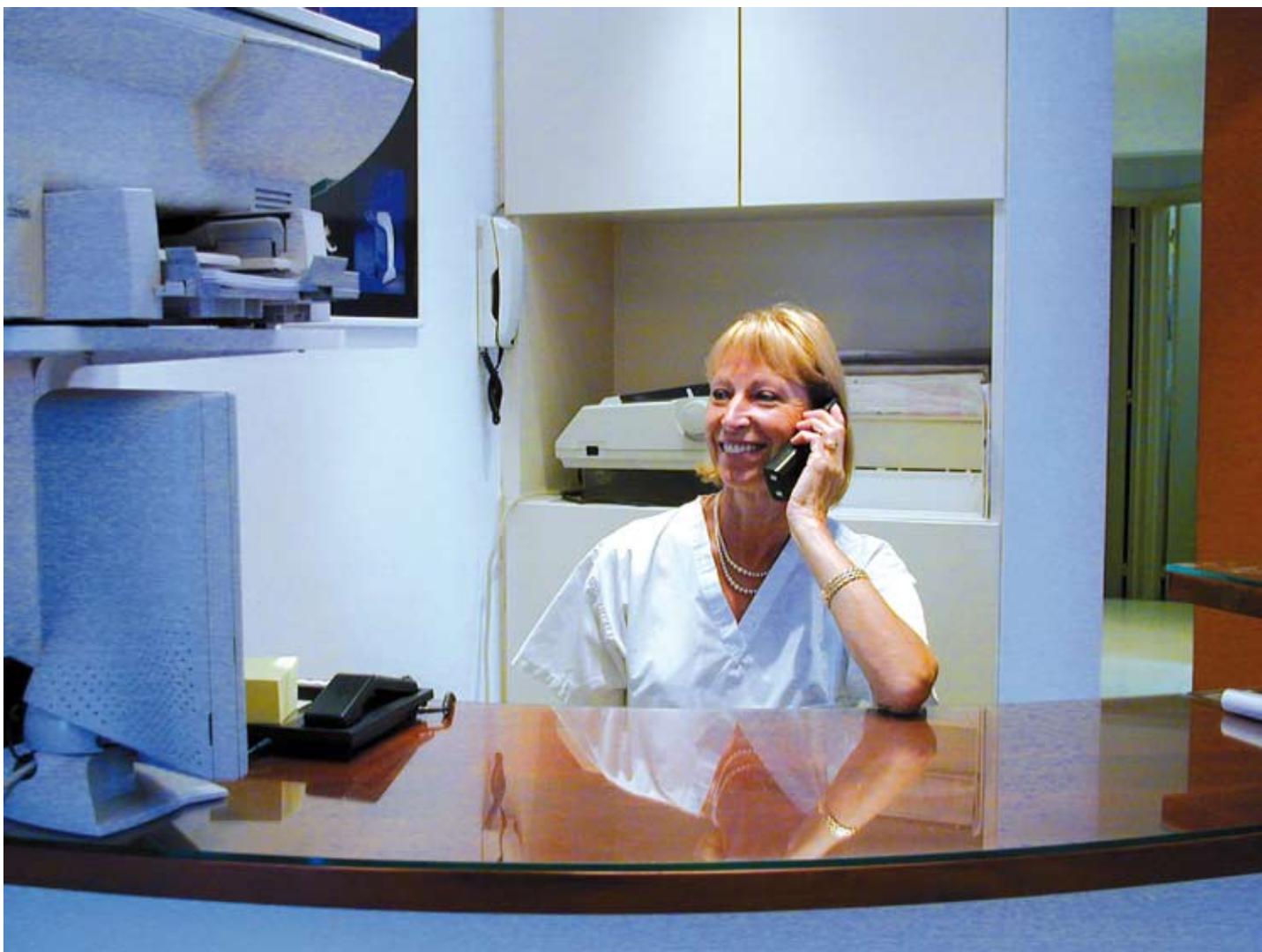
Si c'est un nouveau patient : à vous de jouer !

Quel est le motif de l'appel ? Le patient souffre-t-il ?

Est-ce un patient adressé ? Par qui ?

Toutes ces questions vous permettront de mieux connaître votre patient.

Mais ne réalisez pas un interrogatoire policier, vous aboutirez alors au résultat inverse.



Nous proposons dans nos formations un canevas très précis de toutes les informations nécessaires au bon déroulement de l'entretien au téléphone lorsqu'il s'agit d'un nouveau patient et nous nous efforçons de faire passer le message suivant :

Ecoutez réellement votre patient. Intéressez-vous sincèrement à lui. Il peut vous livrer des informations qui seront capitales pour la gestion des futurs rendez-vous.

Et n'oubliez pas de conclure votre entretien téléphonique en vous présentant.

Le nouveau patient se sent alors rassuré et vous le préparez ainsi à réussir sa première visite au cabinet.

Si votre entretien téléphonique a été réalisé dans ces conditions, le nouveau patient sera ravi de faire votre connaissance au cabinet.

Vous l'attendez (comme on attend un invité que l'on reçoit pour la première fois), vous êtes contente de le recevoir, et de son côté, il est content de mettre un visage sur la voix souriante qui l'a accueilli au téléphone. Si il a retenu votre prénom, c'est un point positif supplémentaire. La confiance commence à s'instaurer.

Les cabinets dentaires pour lesquels nous intervenons nous renvoient souvent ce type de réflexion : « c'est un peu dur au début, car l'appel téléphonique d'un nouveau patient ne peut-être programmé, du coup, le stress est présent pour

chaque coup de fil. Une fois ce cap passé, **nous gagnons réellement en confort**, car nous avons acquis des automatismes. Mais, le plus important, c'est réellement la qualité de la relation établie avec le patient et c'est un vrai plaisir que de rencontrer ce nouveau patient ! »

Or, et c'était le début de notre réflexion, **ce sont les nouveaux patients adressés,(et plus spécifiquement leur nombre) qui seront un révélateur de l'état de santé du cabinet dentaire.** Soyez-y très attentifs, et restez vigilants, car dans ce domaine rien n'est jamais acquis.

Mieux vaut être dans la pro- activité que dans la réaction !

Pour en savoir plus sur notre méthode :
Groupe Edmond BINHAS - Cathie
contact@binhas.com

formation continue

S o m m a i r e

- 41** Endodontie 15 mai - Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le retraitement sans oser le demander
- 42** Peer-review 19 mai
Equipe du Pr ROMPEN - UL
- 43** Kinésithérapie 24 mai - Céphalées/migraines, douleurs et dysfonctionnements des ATM...
Marc RENGUET, Laurent PITANCE, Philippe SAERENS
- 44** Parodontologie 27-28 septembre
En collaboration avec la SBP

ANKYLOS[®]

System



DENTSPLY
FRIADENT

ENDODONTIE

15 mai 2008

de 9h à 17h
Mons - FUCAM

Accréditation demandée : 40 UA dom. 4 - Formation continue : 6h00

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le retraitement sans oser le demander

En collaboration avec la BAET (Belgian Association of Endodontology and Traumatology)



V Gester, B Lombart, JP Siquet, S Buquet

Avant tout, les bases scientifiques :

- Les indications
- Le taux de succès
- L'aspect biologique

Pour commencer, l'accès aux canaux :

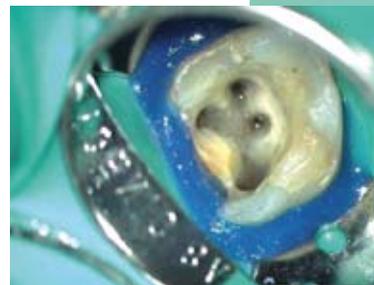
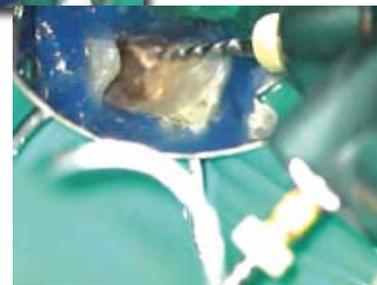
- La dépose des éléments prothétiques
- L'adaptation de la cavité d'accès
- La recherche des orifices canaux

Pour continuer, la négociation jusqu'à l'apex :

- L'élimination des matériaux d'obturation
- La reconquête de l'apex
- La négociation des blocages

Pour finir, la gestion des difficultés :

- Les perforations
- Les instruments cassés
- Les dents à apex ouvert



Peer-Review

**Samedi 17 mai 2008 de 9h00 à 10h30
et de 10h45 à 12h15**

COMPLET



Bvd de Lauzelle 61
1348 Louvain-la-Neuve
tél : 010/48 38 74-75



1^{ère} séance

9h00-10h30

10h30 : pause café

2^{ème} séance

10h45-12h15

Nombre de places limité

Inscription dans l'ordre de réception des paiements

Clôture des inscriptions le 5 mai 2008

KINESITHERAPIE

24 mai 2008 de 9h à 17h Bruxelles

Accréditation demandée : 40 UA dom. 2 - Formation continue : 6h00

Céphalées/migraines, Douleurs et dysfonctionnements des ATM, otalgies, cervicalgies, douleurs dentaires atypiques, vertiges...

Pour tous ces problèmes, le dentiste serait-il un intervenant de première ligne?

Nombre de places limité à 30

Il semble de plus en plus évident, dans les pathologies douloureuses et dysfonctionnelles de la tête et du cou, que la mécanique maxillo-faciale (« serrure dentaire », hypertonie des releveurs) puisse être un élément perturbateur majeur. Il y a d'autres éléments tels que l'hypertonie musculaire aux épaules, de la nuque, la posture, l'occlusion, les douleurs projetées d'origine musculaire... , qui peuvent aussi provoquer ces difficultés, mais souvent la mécanique maxillo-faciale semble être le centre du problème.

L'usure dentaire, l'irritation et l'hypertonie musculaire qui découlent de cette suractivité peuvent être aisément perçues par le dentiste.

Le dentiste est donc en première ligne pour percevoir ces dysfonctionnements.

Il sera alors bien placé pour donner des conseils à ses patients, il pourra déjà poser des petits gestes thérapeutiques et être en mesure de référer son patient au thérapeute adéquat avant que le problème ne soit trop important.

La formation a pour but de démonter la physiopathologie des dysfonctionnements tête et cou. Ceci permettra au dentiste d'être à l'aise avec cette logique, il sera dès lors en mesure de répondre de façon efficace aux plaintes de son patient et pourquoi pas d'essayer de les découvrir sans qu'il ne s'en plaigne.

Le but n'est pas de se substituer au neurologue, à l'ORL, au kinésithérapeute ou à l'occlusodontiste mais de déceler le plus vite possible une pathologie afin que, soit le dentiste, soit un autre thérapeute puisse prendre le problème en charge avant qu'il ne « dérape ».

Le dentiste pourra devenir pour ces perturbations qui touchent sûrement 20 % de la population, un intervenant de première ligne par des actes de prévention et de soin.

Il participera ainsi activement à la prise en charge de ce réel problème de santé publique.

Eric Linguet

Kinésithérapeute. Spécialiste en kinésithérapie maxillo-faciale, vestibulaire et HMTC.

Initiateur du concept HMTC (Harmonisation Myotensive de la Tête et du Cou).

Ce concept met en oeuvre des techniques nouvelles et d'autres plus anciennes afin de proposer une kinésithérapie multidisciplinaire au service des douleurs et dysfonctionnements de la tête et du cou.

Coordinateur de la formation HMTC pour kinésithérapeute, traitant de toutes ces pathologies.

Travaille depuis 15 ans dans un centre pluridisciplinaire dans la gestion de ces pathologies, à Louvain-La-Neuve.

Philippe Saerens

Kinésithérapeute - Ostéopathe D.O. Spécialisé en kinésithérapie maxillo-faciale, vestibulaire et HMTC.

Travaille dans un service d'ORL dans les pathologies vestibulaires.

Travaille dans un centre pluridisciplinaire dans la gestion des douleurs et dysfonctionnements de la tête et du cou à Bruxelles.

Laurent Pitance

Kinésithérapeute - Kinésithérapie cervico-maxillo-faciale, HMTC et rééducation linguale.

Conseillé technique et maître de stage. Travaille dans un Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à Bruxelles.

Tous les trois travaillent, quotidiennement, des pathologies telles que les perturbations fonctionnelles et traumatiques des ATM, des céphalées de tension, des migraines, des perturbations vertigineuses, des otalgies, des cervicalgies chroniques, ...

PARODONTOLOGIE

27 sept. 2008 de 9h à 17h la Roche en Ardenne

Accréditation demandée : 40 UA dom. 2 - Formation continue : 6h00

L'intégration de la parodontologie dans la pratique quotidienne



Intégration de la parodontologie dans la pratique quotidienne

Michèle RENERS

Licenciée en sciences dentaires à l'ULg 1987 - CES en biologie buccale à l'Université de Paris 7 en 1989 - CES en parodontologie à l'Université de Paris 7 en 1991 - Spécialiste exclusive en parodontologie Pratique en cabinet privé à Liège et à l'hôpital du CHR de la Citadelle à Liège

Présidente de la Société belge de Parodontologie
Présidente de la Société Paro-implant

Bien que la parodontologie soit une spécialité de la dentisterie générale, elle doit être pratiquée par tous les praticiens de l'art dentaire. Il est dès lors important que nous puissions nous entendre sur ce qu'est la parodontologie et en quoi consistent les traitements. Pour cette raison, la société belge de parodontologie a décidé d'établir des «guidelines». Ces «guidelines» ou directives décrivent la manière de diagnostiquer une maladie parodontale (notamment avec le DPSI), de la classifier et de la traiter selon des énoncés simples. Ces guidelines seront présentés et commentés.

La communication est la base d'une bonne collaboration entre dentiste généraliste et spécialiste et le but de la société belge de parodontologie ainsi que celui de la société belge de médecine dentaire est de jouer un rôle dans l'amélioration de cette coopération.



Classification des maladies parodontales et examen clinique

Patrick OBEID

Praticien Hospitalier dans le service de parodontologie (depuis juin 2007)
Ex Chef de clinique adjoint (2003-2007)
Licencié en Sciences dentaires (1988/équivalence 1995)
Licence spéciale en parodontologie (1996)
Docteur en Sciences Dentaires (2001)
Membre du CA de la Société Belge de Parodontologie
Membre de la chambre francophone de la commission d'agrément des spécialistes en parodontologie



Sabrina DE LOURENÇO SACCHI

Licenciée en Science Dentaire UCL 2002
DES en parodontologie UCL 2005
Consultante externe en parodontologie UCL St Luc

Les informations collectées pendant l'examen parodontal clinique sont essentielles pour déterminer le diagnostic, le pronostic et permettre ainsi l'établissement d'un plan de traitement.

La première partie de l'examen parodontal est la recherche d'indices inflammatoires gingivaux tels que le saignement au sondage, l'analyse du fluide gingival. La deuxième partie inclut la visualisation des modifications de couleur, de volume, de consistance et de texture gingivales ; le sondage des poches ; l'estimation du niveau d'attache ; l'examen des furcations ; la mesure de la gencive attachée ; la mesure des récessions ; l'examen de la mobilité dentaire ; l'appréciation du contrôle de plaque du patient ; la recherche d'éventuels facteurs de risque ; des prélèvements et l'examen radiographique .

Le DPSI est un examen sommaire de dépistage des maladies

parodontales, une aide à la décision de traitement pour le patient et l'omnipraticien. Le bilan de ce test permet très vite d'identifier les besoins en traitement d'un patient et révèle sa santé parodontale. La maladie parodontale revêt plusieurs formes. Son initiation et sa progression est souvent indolore et les symptômes sont peu visibles pour le patient.

Six scores peuvent être ainsi donnés lors du passage de la sonde parodontale autour d'une dent.

Le principe du test DPSI est de diviser la bouches en 6 régions (3 en haut et 3 en bas) et de marquer le score le plus négatif retrouvé sur une dent et de le noter pour ce secteur.

En fonction des scores obtenus le score le plus élevé est pris comme référence ou comme indicateur de besoin en traitement.

Des scores de 0 à 2 indiquent qu'il est nécessaire de renforcer les techniques d'hygiène orale et de faire un détartrage et un suivi régulier parodontal. Des scores de 3- et plus indiquent une maladie parodontale sévère et une prise en charge approfondie et spécialisée s'avère alors nécessaire.

La nouvelle classification des parodontopathies a été proposée de façon à établir une classification plus complète, plus cohérente dans sa conception (type de catégories) et se basant sur l'état actuel des connaissances en parodontologie.

Cette nouvelle classification apporte essentiellement les changements suivants : l'ajout d'une section « maladies gingivales », le remplacement de la parodontite de l'adulte par la parodontite chronique, le remplacement des parodontites à début précoce par la parodontite agressive, la suppression de la catégorie: « parodontite réfractaire » et la clarification de la catégorie « parodontites associées à des manifestations de maladies systémiques ».



Traitement des pathologies gingivales

Jérôme LASSERRE

Licencié en science dentaire UCL 2001

Diplôme d'Attestation Universitaire d'Implantologie - Association Universitaire d'Implantologie - Dr P. MISSIKA et M.BERT- PARIS 2002
Certificat d'Etudes Supérieures de : TECHNOLOGIE DES MATERIAUX employés en art dentaire - Université PARIS 7 - 2002
Certificat d'Etudes Supérieures de : PARODONTOLOGIE - Université PARIS 7 - 2003
DES en PARODONTOLOGIE - Assistant Universitaire UCL 2006

Le traitement des gingivopathies et la prise en charge des patients qui en sont atteints varient fortement en fonction de l'étiologie de celles-ci. Si la majorité des pathologies gingivales ont, il est vrai, une origine infectieuse (bactéries, virus, mycoses...), d'autres néanmoins sont liées à des troubles endocriniens, à des maladies génétiques et certaines enfin à des thérapeutiques médicamenteuses. Nous nous concentrerons ici sur le traitement, souvent chirurgical, de ces dernières ainsi que sur la prise en charge des gingivites infectieuses qu'elles soient chronique, aiguës ou bien même nécrosantes.

Pause



Traitement des maladies parodontales : Timing et chronologie du traitement parodontal de A à Z.

Francine HÉRION

Spécialiste en Parodontologie, Chef de Clinique, CHU de Liège, Ulg.



France LAMBERT

Spécialiste en Parodontologie, Chef de Clinique Adjoint, CHU de Liège, Ulg.



Olivier FRANCOIS

Licencié en Sciences dentaires ULG 2000

D.E.S européen en implantologie orale ULG 2002-2004

D.E.S parodontologie ULB 2003-2006

Assistant service de parodontologie ULB (Hôpital Erasme)

Pratique exclusive en parodontologie

De l'examen initial à la maintenance ou à la réhabilitation orale, le déroulement logique d'un traitement parodontal de A à Z sera envisagé. Des spécialistes en parodontologie de chaque université francophone interviendront pour développer des aspects plus techniques de chaque étape du traitement parodontal (surfaçage, chirurgie parodontale, maintenance...).

Lunch



Prothèse et parodonte

Prof. Eric ROMPEN

Spécialiste en Parodontologie, Chef de Service, CHU de Liège, Ulg

Le placement d'une réhabilitation orale prothétique, qu'elle soit fixe ou amovible, peut avoir de profondes répercussions positives ou négatives sur les dents piliers.

Cette présentation s'attachera à détailler les mécanismes par lesquels les tissus parodontaux peuvent être influencés par les actes prothétiques d'abord (taille sous gingivale, cordonnets rétracteurs, profils d'urgence) puis par la pose de la prothèse fixe ou amovible



Chirurgie plastique parodontale

Geoffrey LECLoux

Spécialiste en Parodontologie, Chef de Clinique, CHU de Liège, Ulg

La chirurgie mucogingivale nécessite une connaissance de la structure du complexe mucogingivale. Elle va nous permettre de traiter des déficits de quantité ou de qualité de ce complexe afin de résoudre des problèmes esthétiques ou fonctionnels. D'autre part, le praticien est confronté dans la réalisation de ses plans de traitement prothétique ou de dentisterie conservatrice, à la nécessité d'avoir recours à ces techniques afin de recréer l'espace biologique, rétablir un bandeau de gencive attachée... Il est donc important de connaître les différentes indications et techniques de cette discipline

Pause



Intégration des implants dans le plan de traitement parodontal

Azehoui NABIL

Parodontologue exclusif
Pratique hospitalière U.L.B Hôpital Érasme.
Pratique privée exclusif en parodontologie- implantologie.
Sec. du Master complémentaire en parodontologie U.L.B.

Depuis l'étude de Brånemark, rapportant après 10ans ses succès avec des implants vis en titane pur utilisées pour la réhabilitation des patients édentés, le monde scientifique comprit que l'utilisation d'implant oraux était devenu déontologiquement acceptable.

l'intégration des implants dans le plan de traitement parodontal est devenu systématique, vu l'évolution des différents systèmes implantaire ainsi que leur taux de succès. Mais cette systématique doit être basée sur des critères cliniques et scientifiques strictes.

nous nous poserons plusieurs questions lors de cet exposé, exemple, la conduite à tenir face au dilemme conserver ou implanter ? Quand et comment extraire ? Faut-il gérer les extractions ? Peut on implanter un patient présentant une parodontite ? Quand?...l'évaluation du pronostic global établi en fonction des facteurs généraux, locaux...



Gestion chronologique de cas cliniques

M. HERMANS

Diplômé LSD ULB 1992
CES Implantologie ULB
DES Parodontologie ULB
Assistant Cliniques Universitaires ULB, hôpital Erasme 1992-2003
Maître de Conférence ULB depuis 1999
Cours Académique ULB niveau Bachelier : Sémologie, pathologie & Radiologie Dentaire.
Pratique privée Exclusive de Parodontologie & Implantologie depuis 1997.
Membre du Board de la SBP, Membre international AAP et EAO
Domaine de recherche en implantologie:
Techniques de mise en charge immédiate & solutions esthétiques dans le secteur antérieur.
Technique de régénération osseuse pré et peri-implantaires.

Le cas clinique présentera un plan de traitement pluridisciplinaire avec :

- reprise de traitement parodontal
- contention parodontale de stabilisation
- réévaluation et décision d'extractions de toutes les dents maxillaires et préservation des dents mandibulaires
- gestion d'un patient à pathologie systémique souffrant d'un alcoolisme sévère avec pathologie hépatique donnant des restrictions opératoires selon avis médical.
- nécessité d'une solution implantaire maxillaire mais non chirurgicale? utilisation d'une solution de placement d'implants avec une technologie assistée par ordinateur (NobelGuide) technique sans lambeau et prothèse provisoire posée le jour même de l'intervention.
- Solution prothétique
- Suivi parodontal à 5 ans pour les dents naturelles restantes
- Suivi implantaire à 3 ans.



D. BLASE

LSD UCL 1986 - 3^{ème} Cycle en Parodontologie - UCL 1988 - 3^{ème} Cycle en Orthodontie - Paris VI juin 1990 - Diplôme d'Université en Orthopédie Dento Faciale Appliquée - Thèse de Doctorat en Sciences Dentaires (DEN3)

Cas complexes

Le cas clinique présentera un plan de traitement pluridisciplinaire avec :

- extraction de dents condamnées sur le plan parodontal
 - traitement parodontal étiologique des piliers résiduels
 - placement d'implants dans un but prothétique mais aussi orthodontique
 - ancrage orthodontique absolu : « OPIA »)
 - traitement orthodontique
 - restauration prothétique fixe
 - suivi parodontal de 7 ans jusqu'à ce jour.
- Les alternatives potentielles seront abordées.

Prolongez cette journée de formation



**EN VOUS JOIGNANT
AUX ORATEURS ET
ORGANISATEURS
POUR UN REPAS
GASTRONOMIQUE
CONVIVAL**



Mise en bouche

- Tartare d'Elbot du Groenland au Sureau
Ou
Emincé de Truite saumonée fumé à l'Orange
- Tartelette de Sandre, Tapenade et blanc de Poireau
Beurre blanc à la Cardamome
Ou
Feuilleté de Lingue aux champignons
Coulis de Bisque à l'Armagnac
- Magret de Canard à la crème de Romarin
Brochette de Légumes et Jonagold
Carré d'agneau au Piment d'Espelette
Garniture de saison
- Dessert de saison

**Et
pourquoi
pas**



**loger sur place
et partager le dimanche
un bon petit-déjeuner
et quelques
activités ludiques
ou sportives
entre confrères ?**



Bulletin d'inscription en encart

UNE NOUVEAUTÉ: CEREC MC XL – UNE VALEUR SÛRE : CEREC 3

Vous voulez un CEREC ? Voici deux modèles au choix.



Que vous souhaitiez vous initier à la technologie CFAO ou que vous soyez déjà grand utilisateur du CEREC, ce système vous offre d'excellentes perspectives d'évolution. Il se décline en deux modèles : le CEREC 3, un appareil qui a fait ses preuves depuis longtemps, compact, toujours aussi fiable et plus avantageux que jamais – idéal pour introduire la CFAO dans un petit cabinet. Et le CEREC MC XL, ultraperformant, conçu pour les cabinets aux exigences élevées, qui vous séduira par son extrême précision, sa rapidité et sa grande discrétion sonore. CEREC 3 ou CEREC MC XL ? À vous de choisir ! Avec Sirona, chaque journée est une bonne journée.

www.sirona.com

Distributeurs agréés Sirona :

Codema NV

Schaapsdreef 27
B-8500 Kortrijk
Tél.: +32 (0)56 22 83 17
Fax: +32 (0)56 22 83 24
<http://www.codema.be>

Henry Schein demedis dental nv/sa

Telecom Gardens 2, Medialaan 36
B-1800 Vilvoorde
Tél.: +32 (0)2 257 40 50
Fax: +32 (0)2 257 40 51
<http://www.henryschein.be>

infos professionnelles

Sommaire

- 51** AFCN : suites et... poursuites
Michel DEVRIESE
- 52** Maintien de l'agrément
Michel DEVRIESE
- 53** Les dentistes : proies faciles
Michel DEVRIESE
- 55** Agressions contre des dentistes
Michel DEVRIESE
- 56** Dent@I-Infos

PROCERA® PREND DES COULEURS

Toujours dans un souci de qualité, Prothetica à intégré les chapes Procéra® dans différentes teintes. Grâce à cette nouvelle technique la couleur de la couronne devient plus proche de la couleur des dents d'origine.

PROTHETICA
Laboratoire dentaire



AFCN*

Suites et ... poursuites

*(Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire)

L'agence fédérale vient de publier ce lundi 14 avril sur son site Internet une mise au point qu'il nous semble important de vous relater.

Des poursuites judiciaires sont maintenant clairement annoncées, non seulement contre les redevables des taxes AFCN, mais également contre les (lisez une) associations professionnelles qui incitent les redevables à ne pas payer les taxes.

Sur le site de l' AFCN, on peut lire :

"Campagne de recouvrement des taxes en souffrance"

L'Agence organise une campagne de recouvrement parce que de nombreuses redevances pour la période 2002-2006 n'ont toujours pas été payées. Il s'agit d'impôts à charge d'établissements des classes 1, 2 et 3 et d'établissements de transport. (...) Le bureau d'avocats CAIRN LEGAL a été mandaté en vue de recouvrer les créances impayées.

*Si la campagne de recouvrement n'atteint pas les résultats escomptés, l'Agence **assignera en justice les exploitants** en défaut de paiement **afin de recouvrer les derniers paiements en souffrance par la voie juridique**. L'Agence **entreprendra en outre les démarches juridiques nécessaires à l'encontre des organisations professionnelles qui incitent leurs membres à ne pas payer les montants dus et, par conséquent, à enfreindre les dispositions légales en la matière.***

Texte intégral : www.fanc.fgov.be/fr/news/campagne-de-recouvrement-des-taxes-en-souffrance/95.aspx

La détermination de l'AFCN dont nous vous parlions il y a peu nous apparait confirmée.

A bon entendeur...

Cette dernière semaine quelques membres nous ont appelés -à nouveau- à propos de la taxe AFCN :

«Bonjour, J'aimerais avoir une réponse à une incertitude : une organisation professionnelle conseillerait à ses membres de ne pas payer la taxe AFCN pour 2008 si on a payé les redevances pour chaque année, de 2001 à 2006 inclus. Vrai ou faux ? Merci de bien vouloir me renseigner.»

La législation AFCN est effectivement une législation complexe où les praticiens peuvent se perdre facilement.

Alors si une association professionnelle se met à dire successivement : «ne payez pas, retardez le paiement, payez maintenant, ne payez pas si vous avez payé», on peut comprendre le désarroi de la profession.

Nous allons tenter de vous expliquer ce qui se passe en quelques mots simples : jusqu'à la publication mi-2007 au Moniteur des nouveaux textes légaux à propos de l'AFCN, les dentistes possédant des appareillages RX devaient payer une cotisation. Cette cotisation est maintenant devenue une taxe, non seulement pour le futur mais aussi avec effet rétroactif pour le passé. L'AFCN estime que ceux qui ont payé ces années-là une «**cotisation**», cette cotisation est désormais réputée avoir été payée comme «**taxe**».

En texte légal, cela donne ceci :

Loi du 15 avril 1994 modifiée par la loi du 15 mai 2007 « Art. 30ter.

§ 1^{er}. *Pour les années 2001 à 2006, les ordres de paiement adressés par l'Agence et le Fonds des risques d'accidents nucléaires au cours de cette période à chaque redevable sur base de l'arrêté royal du 24 août 2001 fixant le montant et le mode de paiement des **redevances perçues en application de la réglementation** relative aux rayonnements ionisants **sont présumés être des ordres de paiement au sens de la présente loi.***

§ 2. *Une exemption de taxe visée dans la présente loi est accordée aux redevables qui ont payé une redevance annuelle pour les années 2001 à 2006 sur base de l'arrêté royal du 24 août 2001 fixant le montant et le mode de paiement des redevances perçues en application de la réglementation relative aux rayonnements ionisants. ».*

L'association professionnelle qui recommande de ne pas payer en 2007 et 2008, si vous avez payé toutes les cotisations de 2001 à 2006 se fonde sur le paragraphe 2 ci-dessus.

Hélas, cela nous semble une interprétation erronée de ce texte de loi.

En effet, les «commentaires et explications des articles» de la loi qui accompagne le projet lors de sa discussion au Parlement fédéral le précise de façon on ne peut plus claire :

*«L'article 4 ajoute un article 30ter dans la loi du 15 avril 1994 et valide les dispositions annulées par le Conseil d'État. En vue de respecter le principe d'égalité fixé dans la Constitution, un régime d'exemptions a été établi pour ceux qui ont déjà versé une redevance annuelle sous l'ancien régime (exercices 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 et 2006): il ne faut payer qu'une fois, peu importe que ce soit sous la forme d'une redevance ou d'une taxe. Evidemment, ce même principe d'égalité implique que les redevables qui ont payé une redevance annuelle et qui en ont récupéré le montant seront tenus de payer la taxe due en vertu du nouveau régime: en fiscalité, le principe d'égalité implique qu'aucun privilège ne peut être accordé. Ce point est tellement évident qu'il ne doit pas être inscrit expressément dans la loi. **Il va de soi que l'exemption ne pourra être appliquée pour l'année d'imposition 2007.»***

Conclusions :

« Il va de soi que l'exemption ne pourra être appliquée pour l'année d'imposition 2007 » ... et suivantes.

A la Société de Médecine Dentaire, les choses nous paraissent claires : les exploitants sont redevables annuellement de la taxe AFCN. Cette taxe ne concerne pas les dentistes collaborateurs ?

Nous le répétons une dernière fois : nous craignons que ceux qui ne payeront pas vérifieront -à leur dépend- le vieil adage : «les conseillers ne sont pas les payeurs» !

Michel DEVRIESE



Maintien de l'agrément

Vos interrogations se poursuivent bien évidemment face à la notion de maintien de l'agrément du titre professionnel particulier de dentiste généraliste. Il est vrai qu'on a pu lire dans des gazettes ces derniers mois des choses assez étonnantes à ce propos, et relever des initiatives douteuses dans le chef d'organismes de cours.

Nos confrères néerlandophones semblent également vouloir presser les choses : ils ont pris l'initiative d'envoyer un formulaire à remplir, en le présentant comme document officiel alors qu'il ne l'est pas encore.

En ces mois de mars, avril et mai, se sont tenues et se tiendront encore au SPF Santé Publique des réunions afin de fixer définitivement critères, modalités et procédures de l'examen des critères du maintien de l'agrément.

Si l'on s'en tient aux textes actuellement en vigueur, les trois critères et/ou obligations pour maintenir son agrément sont (et resteront plus que probablement) :

- l'obligation pour le praticien de se conformer aux législations qui s'appliquent à l'Art dentaire.
- l'obligation de participer aux obligations de garde.
- l'obligation de se former régulièrement

Cela reste des obligations générales qui ne peuvent être concrétisées que si des modalités plus précises se font jour.

AUCUNE publication au Moniteur belge ne définit pour l'heure les modalités de ce maintien d'agrément.

A ce jour, nous n'avons pas encore une vue claire sur l'organisation des Gardes en Wallonie. Le SPF Santé publique essaie de clarifier les choses afin d'établir un cadastre de l'offre en service de garde.

En matière de formation continue, des critères semblent maintenant faire consensus. Ils sont inférieurs à la charge horaire de l'accréditation. Ces critères doivent encore être rendus officiels par une publication au Moniteur.

Par ailleurs, il faut également définir des modalités d'une procédure d'accompagnement pour des praticiens qui ne satisferaient pas aux critères.

N'allez pas imaginer qu'on va retirer un agrément du jour au lendemain sans avoir prévu des modalités d'accompagnement et de rattrapage pour les praticiens qui ne seraient pas en ordre.

IMPORTANT : Nos trois conseils

1. Formez-vous régulièrement, et surtout gardez les preuves de participation aux cours. Une moyenne de 10H de formation par an apparaît comme suffisante. Notez dès à présent que les cours à connotation commerciale ne pourront pas être retenus.
2. Garde : si on vous sollicite dans votre région pour une vacation comme praticien de garde pour un WE ou autre, ne vous défilez pas : organiser une dispensation des soins à la population est une obligation qui s'applique collectivement à notre profession. Assurer la continuité des soins de vos patients en est une autre qui s'applique individuellement à chaque dentiste.
3. Respectez la législation qui s'applique à notre profession. Ainsi, par exemple, si vous vous jouez de la loi sur l'interdiction de la publicité, des vitrines et enseignes, si vous animez un site internet à visée clairement publicitaire, tremblez : la suspension de votre titre sera demandée.

Vous le comprenez, nous sommes en période de mise en route, en période transitoire.

Si VOTRE ASSOCIATION ne peut vous en dire davantage à ce stade, c'est que les choses ne sont pas plus FIXEES au moment de mettre sous presse.

La date pivot du 30 juin 2008 jusqu'ici évoquée n'a pas de réalité LEGALE sans publication au Moniteur.

Une mise en garde : ne prêtez pas attention aux affirmations fallacieuses à propos du maintien d'agrément publiées dans des gazettes à visée purement commerciale, sensationnaliste, voire poujadiste.

Michel DEVRIESE*

Vice-président

Chargé des questions professionnelles

SOCIETE de MEDECINE DENTAIRE asbl

MAJ 15 avril 2008

* Michel DEVRIESE est par ailleurs Président de la chambre francophone du CONSEIL de l'ART DENTAIRE

IMPORTANT : Pour être informé "en tant réel", abonnez-vous gratuitement à notre lettre d'information électronique (voir pg56)



Les dentistes :

une proie facile pour les ARNAQUES en tout genre ?

Il ne se passe pas un mois sans que nous découvrons à la Société de Médecine Dentaire une tentative d'arnaque à destination de membres de notre profession : démarchage téléphonique, mailing douteux, visite impromptue, ...

A cela s'ajoute le brouhaha de l'information plus ou moins sérieuse, parfois pas du tout sérieuse, voire de la désinformation, et tout cela noyé dans un flot de communications publicitaires en tout genre.

Des consœurs et confrères nous appellent et nous disent : « *On ne sait plus quoi !* »

Allons ! Ressaisissez-vous !

Oui, c'est le rôle d'une association professionnelle comme la nôtre de vous informer.

Ce qui nous étonne, c'est qu'on a l'impression qu'il faut réécrire tous les 6 mois la même chose comme si votre connaissance se diluait, comme si votre vigilance s'émoussait.

Il nous paraît important de rappeler que la Société de Médecine Dentaire asbl n'est ni un organisateur de cours, ni un éditeur de revue, ni une société commerciale. La Société de Médecine Dentaire asbl est une **organisation professionnelle représentative** des dentistes de Belgique francophone, au service de ses membres, au service de la Profession, au service de la Santé Publique. Elle compte des représentants et mandataires dans les instances qui influent au quotidien notre profession : INAMI, SPF Santé Publique, Conseil de l'Art Dentaire, Commissions d'agrément, Commissions Médicales Provinciales, ...

A vous de voir et de faire la différence entre les écrits et les mises en garde que nous vous envoyons et les blablas, rumeurs et bruits de fond qui caractérisent notre monde moderne.

Trop d'information tue l'information.

DES DÉCHETS ... PAS PERDUS POUR TOUT LE MONDE

« Allo, Docteur ? Mon mari passe dans votre région la semaine prochaine. Il peut passer chez vous pour les déchets de métaux, or ou amalgame ? »

Tiens, c'est bizarre, le téléphone affiche « numéro inconnu » et cette intonation de voix est manifestement plus parisienne que belge.

Il n'a pas de quoi être fier, le confrère terminant sa longue carrière, en racontant son histoire : il avait gardé précieusement ses déchets de métaux pendant toutes ces années ne sachant pas trop quoi en faire. Et puis ce coup de fil. Au lieu de dire « *non, merci* », il fixa le rendez-vous. On vous laisse deviner la suite. L'expert ès métaux se présenta. Il lâcha une évaluation importante du monceau de déchets. Mais devait l'emporter pour l'expertiser. Il remit contre le trésor un reçu qui se révéla bidon. Et le confrère n'entendit plus jamais parler de ce beau-parleur effronté.

Moralité : si vous avez des déchets de métaux, adressez-vous à des maisons établies dans une ville belge, avec registre de commerce, TVA, numéro de téléphone, etc.

Vous n'en aurez sans doute pas le dernier euro, mais en tout cas vous ne vous ferez pas arnaquer.

GUIDES et ANNUAIRES des praticiens

Ce matin, dans la boîte, une lettre parmi tant d'autres. « *Merci de vérifier les données de votre cabinet pour une insertion gratuite dans notre annuaire et nous renvoyer le document dans l'enveloppe jointe* ».

Quelle panique 2 mois plus tard quand la consœur ou le confrère reçoit une facture de 950 euros pour l'insertion dans l'annuaire. Facture qui sera suivie d'un rappel de paiement, d'un recommandé, voire d'une lettre d'un bureau de recouvrement.

Que s'est-il passé ? Cette feuille aux allures anodines n'est rien d'autre qu'un bon de commande pour une insertion PAYANTE dans un annuaire très quelconque. Bien souvent, c'est même une commande pour une publication pendant 3 années, et même tacitement reconduite annuellement après le terme de 3 ans.

Ces guides et annuaires au doux nom de « guide des médecins et thérapeutes » sont publiées par des sociétés fumeuses (oui, oui, on ose le dire) Nova Channel CH ou European City Guide, basées en Suisse, en Espagne et voyageant au gré des poursuites judiciaires ou des législations nationales qui leur sont les plus favorables. Sur 8000 dentistes belges, il y aura bien 50 gogos qui se feront attraper. « *C'est l'assistante qui l'a complété* » « *Je n'ai pas le temps de lire en détail tout ce que je reçois. J'ai mis mon cachet et j'ai renvoyé* ». Pourtant, en mettant ses lunettes et en lisant les petits caractères, il est clair que c'était bel et bien un bon de commande que vous renvoyiez.

Les arnaqués, cela leur coûtera au minimum une consultation chez un avocat pour entrer en résistance. L'arnaque devient maintenant éculée, et les avocats ne doivent plus aujourd'hui se lancer dans de grandes procédures pour faire taire les arnaqueurs.

La Loi belge a été renforcée depuis fin 2007 pour lutter contre ce genre d'arnaque.

C'est donc devenu un peu plus simple de se défendre si on s'est laissé piéger. Mais le moyen le plus simple pour éviter d'être arnaqué reste... de NE PAS SIGNER et NE PAS RENVOYER ce genre de document.

AGRESSIONS contre des dentistes

Trois dentistes bruxellois nous ont relaté des faits dont ils ont été victimes ces 5 mars, 21 mars et 16 avril. Coïncidence, ou... ? Pour deux de ces affaires, on peut rapprocher le descriptif des auteurs : deux grands jeunes de type africain. Mais sont-ce les mêmes ? Le dernier agressé s'est fait braquer à son cabinet ce mercredi 16 avril après-midi. Bilan : un bras cassé et des dégâts matériels. Nous vous relations ces faits dans le Dental-Infos n°61 qui vous a été envoyé en tant que mise en garde. Ce Dental-Infos a suscité rapidement deux témoignages auprès de la Société de Médecine Dentaire.

OUVRE-PORTE

Une consœur bruxelloise a connu pareille mésaventure en mars. Sans violence cette fois-ci, mais dans un climat tendu.

Scénario : on sonne à la porte. La consœur ouvre à distance l'ouvre-porte automatique, car elle est concentrée sur son travail. Par après, elle marque une pause pour aller va voir qui a sonné. Elle tombe sur deux grands gaillards, disant vouloir être reçu ou prendre rendez-vous.

Le temps d'expliquer qu'elle travaille uniquement sur rendez-vous, ils s'en vont non sans avoir proféré quelques mots très durs. Des doutes s'installent. Le soir, la journée se termine à 21h ; plus de clés et... plus de voiture. Une auto toute neuve, attendue 7 mois, envolée ! Ce sont les clés de voiture et du domicile privé qui avaient été subtilisées car ils avaient eu le temps de fouiner dans les locaux.

Bien sur pas d'effraction. Simple, efficace.

Résultats : changement de multiples serrures, changement de voiture, nécessité d'investir en sécurité (vidéo parlophonie), en terminal de paiement pour éviter l'argent, etc. et un sérieux traumatisme psychologique.

CAGOULÉS

L'autre témoignage est plus terrifiant. Agressions par trois personnes cagoulées, ligoté, bâillonné, frappé. Et vol de l'argent uniquement. En plus de tout le reste, le traumatisme psychologique est lourd.

Nous limiterons volontairement le descriptif de cette agression afin de ne pas publier des informations qui pourraient donner de mauvaises idées à des personnes mal intentionnées (nos informations peuvent être lues en dehors de la profession ...). Nous relaterons les détails aux membres, lors de réunions et cours.

VISÉS ?

On ne peut déjà conclure que notre profession serait particulièrement visée par une bande organisée.

Toutefois, à la Société de Médecine Dentaire, nous avons décidé de prendre ces faits au sérieux.

Nos objectifs sont multiples :

- D'abord vous mettre en garde. Votre simple vigilance peut vous éviter ces mésaventures.
La Société de Médecine Dentaire est entrée en contact avec les Autorités policières afin que d'une part ces faits délictueux soient rapprochés et traités avec tout le sérieux voulu, et d'autre part pour envisager avec les Autorités policières des mesures préventives.
- Nous appelons aussi à vos témoignages.
Si vous avez été victime d'une agression de ce type, et que vous pensez avoir été particulièrement visé du fait de votre profession, prévenez la Société de Médecine Dentaire mais aussi une «plate-forme» commune entre le SPF Santé Publique et celui de l'Intérieur. Un formulaire en ligne est disponible à l'adresse www.besafe.be/health/index.php?lang=fr
Vous pourrez y décrire -dans l'anonymat- les situations de vol ou d'agression auxquelles vous avez été confrontés. Et ceci permettra -nous l'espérons- de mieux connaître ces agressions... et d'y apporter des réponses préventives. Ces témoignages sont anonymes sur le site du Ministère de l'Intérieur, à destination d'une cellule spécialisée. Mais nous vous conseillons de vous confier à nous également, afin que nous puissions assurer le suivi de ces affaires. Michel Devriese recueillera votre témoignage, et le rendra strictement confidentiel si vous le souhaitez.
- Enfin, nous avons décidé de faire de la sécurité un sujet de nos prochaines peer-reviews du 17 mai (elles affichent déjà complet, mais nous les répéterons à la rentrée de septembre).

Déjà quelques conseils

- N'ouvrez pas la porte sans vous enquérir de l'identité de la personne qui sonne.
- Si un nouveau patient sonne à votre porte pour prendre rendez-vous, demandez-lui de vous téléphoner.
- Remplissez déjà une fiche complète pour un nouveau patient prenant rendez-vous par téléphone : Nom et Prénom, téléphone, adresse complète, date de naissance, adressé par un tiers ? En cas de doutes, il existe des moyens de vérifier.
- Enfin, envisagez sérieusement l'achat d'un système de paiement par cartes. Cela présente bien des avantages.
- La prévention, cela ne concerne pas que les caries.



**Recevez
l'info
professionnelle
en temps réel**

Abonnez-vous GRATUITEMENT à notre newsletter Dent@I-Infos



Abonnement gratuit en ligne sur www.dentiste.be/dental_infos.htm ou en renvoyant ce formulaire à la SMD, 191 avenue De Fré à 1180 Bruxelles ou par fax au 02 375 86 12

Adresse e-mail@.....

Nom

Prénom

Non de Société*

Adresse

Code Postal

Localité

Téléphone GSM N°INAMI

(*) si d'application Signature :



WANG DU POST-RÉALITÉ

Wang Du, artiste franco-chinois expose à Charleroi jusqu'au 25 mai. Né en 1956 en Chine dans la province de Hubei, il arrive à Paris en 1990 et se fait rapidement connaître par ses grandes sculptures. Celles-ci reproduisent en trois dimensions des images extraites des médias. Son travail est une sorte de métaphore du traitement de l'information, car il reprend des images qu'il traduit sous des formes différentes, sculptures, impressions sur papier, installations, tapis, tapisseries... L'artiste se définit lui-même comme un média!

On découvre des bronzes, versions 3D d'images prises dans la presse, une ville géante constituée de milliers de photos empilées ou collées sur un mur. Ce sculpteur formé de manière traditionnelle montre beaucoup d'intelligence et de savoir-faire.

Adresse : 22 Bd Solvay - Charleroi - tel. : 071 27 29 71



Musée de la photographie de Charleroi



Le musée de la photographie s'agrandit ce printemps 2008. Il deviendra le plus grand musée de la photo en Europe avec ses 6000 m² et 80.000 photographies. Cet ancien carmel transformé et agrandi possède sa collection permanente et présente des expositions temporaires. L'extension sera inaugurée le 30 mai.

info : www.museedelaphoto.be



Bozar Festival :

du 16 mai au 25 mai se produira le top de la scène Flamenco.

Le feu et la passion empliront plusieurs salles du Palais des Beaux-Arts danses, films, concerts, ateliers, animations. Le dimanche 18 mai sera une journée spéciale pour les familles.

Info : www.bozar.be ou tel : 02 507 82 00 pour le programme détaillé.

La photo de flamenco : EvaYerbabuena@outomuno



STRAUMANN® DENTAL IMPLANT SYSTEM
EST UN SEUL SYSTÈME – ADAPTÉ À TOUTES LES INDICATIONS



Implants dotés
de la surface
SLActive unique!

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS



Study-Clubs

ACCREDITATION DEMANDÉE : 10 UA - Formation continue : 1h30 par SC. Les membres de la Société de Médecine Dentaire ont accès GRATUITEMENT aux SC (prière de vous munir de votre carte de membre). Le non-membre est le bienvenu au Study Club de sa région, moyennant le paiement d'une participation aux frais de **50 euro**. 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.

Bruxelles

Lieu : Hôtel County House - Uccle - Square des Héros

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

Accueil à 19h45, conférence à 20h15 précises, suivie du drink de l'amitié avec petite restauration. Participation GRATUITE pour les membres de la SMD, 50 € pour les non-membres.

23 septembre 2008 : Traumatismes des dents immatures - Pr Astrid VANDEN ABBEELE (ULB)

Brabant Wallon

Lieu : Cliniques St Pierre à Ottignies - Entrée par les urgences

Responsables : Christine VRANCKX - 02 354 21 90 • Laurence WATTHEE - 02 384 23 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.

Verviers

Lieu : Centre Touristique de la Laine et de la mode - rue de la Chapelle 30 - 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.

8 mai 2008 : Accueil et fidélisation des patients, gestion des situations difficiles - Christa JONGEN & Luc SERVAIS

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@yucom.be

Accueil dès 19h30 avec sandwiches garnis et boissons. Début de la conférence à 20h00 précises.

22 mai 2008 : L'os alvéolaire : Un rêve de chercheur en quête de substitut - Bernard LOIR

Huy

Lieu : Tennis Club de Huy - Plaine de la Sarthe à 4500 Huy

Responsables : Philippe LHOEST - 085 21 37 67 • Cécile MICHAUX - 085 71 12 44
Michel MINUTE - 019 33 03 53 • Raphaël PRAPOTNICH - 085 71 12 44

Les soirées commencent à 20 h. précises, repas après la conférence sur inscription auprès des responsables

18 septembre 2008 : Sujet et orateur en attente

20 nov. 2008 : Allergies et hypersensibilités aux produits et métaux dentaires - *Pascal EPPE*

Liège

Lieu : Restaurant Marco Polo - Rue du Sart-Tilman, 343 - 4081 Angleur

Responsables : Philippe GOHMANN - 04 371 28 74 • Jean-Paul SMONS - 04 226 53 51
Vinciane SIZAIRE - 04 226 29 56

Accueil dès 19h, conférence à 20h30.

27 novembre 2008 : Ce qu'il serait préférable qu'un dentiste sache sur l'ostéopathie afin de collaborer plus efficacement - *Gregorio BARROSO*

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

Les soirées débutent à 20h00 précises.

18 novembre 2008 : Sujet d'implantologie

Charleroi

Lieu : Charleroi Espace Meeting Européen - Rue des Français 147 - 6020 Charleroi

Responsables : Fabian Deteouray - 071 95 08 44 • Xavier Leynen - 071 51 56 49

Olivier Custers - 02 375 81 75

Les soirées débutent à 20h00 précises.

3 juin 2008 : Ostéonécrose et biphosphonates - *Dr Eric FISSION*

16 septembre 2008 : Les empreintes en prothèse fixe - *Alain VANHEUSDEN*

Mons

Lieu : Restaurant MARCHAL - Rampe Ste Waudru, 4 à Mons

Responsables : Jean-Pierre LEVA - 0473 48.93.01 - 02 648.52.95 - 065 31.55.82
Xavier LHOIR 0474 21 09 47

Dès 19h30, repas après la conférence, sur inscription auprès du responsable.

25 sept. 2008 : Les droits du patient - *Me Eric THIRY*

Dentiste - recherche emploi

2863 - Dentiste allemande diplômé en 2007 cherche pour 06/07.2008 collaboration en Bruxelles. Je parle aussi parfaitement polonais et anglais. anna_nasilowski@web.de

2802 - Canada - Mississauga
Dentiste canadienne 7ans d'expérience cherche collaboration en vue de reprise ou autre en Belgique. gmlou@hotmail.com

2856 - Assistant patd/endo à St-Luc. diplômé en 2006 cherche pour oct.2008 2jours/sem co. Endo exclusif région bxl/BW. 02/7645735 charlesdassargues@hotmail.com

3125 - Jeune dentiste, dipl.2007, cherche collaboration 1-2J/sem. sur Namur. tel : 0484/518-498 yekaem2000@yahoo.fr

Dentiste - recherche collaborateur

3165 - Cabinet dentaire privé, très agréable, moderne, super équipé (STV, RVG,...) avec assistantes cherche dentiste sympa, dynamique et motivé vue collaboration (Patientèle existante) 019/63.20.94 vero_vanham@hotmail.com

2847 - Nouveau cabinet très agréable entièrement équipe 2 fauteuils, superbement située (à deux pas place Chatelain/ma Campagne/av Louise très desservi par transport commun) cherche dentiste F/H motive. Potentiel très important. (Secrétaire possible.) % honoraire très intéressant. Tél : 0472/10.29.30. dental51@hotmail.com

3142 - Situés en région luxembourgeoise, recherche orthodontiste pour remplacement congé de maternité et collaboration à long terme. catherine.ol@skynet.be

3144 - Cabinet situé à Bruxelles centre recherche dentiste m/f sérieux et motive pour association longue durée pour intégrer une équipe dynamique plusieurs jours semaines. cabinet bien équipé planmeca neuf. 0032.472.10.18.08 www.dentaconfort.be

2831 - Dentiste omnipratique et qualifié en chirurgie buccale. D.E.S Chirurgie buccale, D.U Chirurgie faciale. Cherche collaborateur sur longwy france frontière luxembourgeoise, association envisageable. xgarron@yahoo.fr

2833 - Cabinet situé à Ganshoren cherche collaboratrice pour les lundi et jeudi toute la journée. dentistekabel@skynet.be

3138 - Situé à Uccle, cherche stomato, paro et endo pour collaboration. catherine.ol@skynet.be

2845 - Cherche dentiste bien motivé pour collaboration. dentobel@skynet.be

2809 - Polyclinique Tube Meuse recherche un Parodontologue pour travail en groupe. Envoyer CV à M.Saenen Grand'Route 418 à 4400 Flemalle greindljl@yahoo.com

2815 - Collaboration 2ème fauteuil. Patientèle et secrétariat assurés. Région de Charleroi. 071/51.10.17 myriam.ponsard@gmail.com

2839 - Nous cherchons un collaborateur, connaisseur de la culture Persane davident@gmx.net

2841 - Cherche collaborateur motivé pour équipe stomato paro ortho dentiste tel 063225080 reding.sprl@skynet.be

2842 - Urgent cabinet dentaire bien équipé centre Spa 2 fauteuils patientèle en attente ch collab. longue durée 2à3 jours/sem hor.à disc.tél 087 772931 ou 0474/558304 (après 20h)

3116 - Polyclinique (10units, 20 collaborateurs) cherche dentiste jeune, diplômé en Belgique pour collaboration long terme av Rogier 62/64/66 à 1030 schærbEEK. gsm : 0478/708857, tél. : 02/2150512 fax 02/2459335. lucnavez@hotmail.com

2844 - URGENT. Cherche collaborateur ortho et dentiste généraliste pour compléter équipe. 2 cab avec rx et pano. Tél. : 02 4202041 jacquelinehuet@gmail.com

2849 - Nos cabinets situés en Brabant wallon avec assistantes et patientèle recherchent dentiste pour compléter notre équipe. brigitte.meyer@mc.be

2865 - Cherchons LSD pour centre médical Namur. Contact: 0477/308240. eddy.vancalster@skynet.be

2869 - Centre dentaire (2fauteuils) Pano super équipée cherche dentiste pour compléter équipe. Région centre de Bruxelles. clinique@skynet.be

2870 - Bruxelles, collaboration sur 2ème fauteuil existant depuis 20 ans, temps plein assuré, bon CA, patientèle agréable, travail de qualité, excellent plateau technique. dental.clinique@hotmail.com 00 32 488722480

3109 - Cabinet de groupe complètement équipé avec logiciel Superdent, RX digital (intra + extraoral), assistance au fauteuil et plus que assez de travail bien rémunéré. La dentiste que vous remplacerez fait actuellement 20.000 € / mois de CA sur 4 jour/semaine. tél. : +32475/500578 info@dentalclinics.be

3143 - Cherchons collaboratrice pour compléter horaire sur Braine-Le-Comte. Merci de téléphoner au 067/55.32.86 ou d'envoyer un e-mail à : fabiennelefevre@hotmail.com

3115 - Recherchons consoeur pour compléter équipe de quatre dentistes dont trois femmes. Contrat permanent, heures à discuter. Région : frontière Hainaut - Flandre occidentale. Contact Sagaert GSM 0475 45 54 05. Laisser un message. bsagaert@unicall.be

843 - Cab dent 25 ans actif, reg liège, 2 sièges, cherche coll.conventionné pr vendre et pt être + si demande. thedentist@hotmail.com

3117 - Cherche jeunes diplômés (Belgique) pour collaboration long terme. Gros cabinet : 12 médecins/1 stomato 3orthos/20 dentistes 10 cabinets. On attend la relève ayant envie de bien travailler dès juillet 2008. lucnavez@hotmail.com

3145 - Centre dentaire situé à Ganshoren cherche collaboratrice pour les lundi et jeudi toute la journée dentistekabel@skynet.be

3141 - Cabinet dentaire à Ixelles (près de la place Jourdan) cherche orthodontiste pour plusieurs jours par mois ou plus. tél. : 02/649.45.25 hadentalclinic@skynet.be

2855 - Cherche collaboration dans cabinet bien équipé patientèle varié possibilité de tiers payant avec assistant pour la gestion bonne rémunération contact 0474/763566. kirspi@belgacom.net

2857 - Bruxelles sud- Parodontologue exclusif cherche collaborateur/trice 2 à 3 demi-jours par semaine afin d'assurer la maintenance. Tél. : 02/346 27 73 michelgoffin@scarlet.be

3128 - Cherche Collaboratrice dans un cabinet ultramoderne situé sur Bruxelles pour mi temps, horaires à convenir, Très bonne patientèle. Contact: 0484/963 881. sarafathi45@hotmail.com

3152 - Cherche consoeur (frère) 2 à 4 j/sem. Région de Huy Liège. Possib. reprise dans qqs années. Tél: 085-23.29.05. le lun/mar/vend louislouppe@skynet.be

2775 - Dentiste cherche consoeur ou confrère pour collaboration longue durée à partir du 2 juin 2008 dans un nouveau cabinet 2 fauteuils région Comines-Warnton. je recherche également une ou un orthodontiste à partir de la même date. Gsm : 0475/ 398 867 après 20h00. laurentmouton@yahoo.fr

3135 - Centre dentaire (2fauteuils) Pano super équipée cherche dentiste pour compléter équipe. région centre de Bruxelles.0488/722480 clinique@skynet.be

2852 - Recherchons une Collaboratrice Dentiste Généraliste ainsi qu'un(e) Endodontiste exclusif pour Cabinets Dentaires axés Réhabilitation orale/implanto-ortho-paro (Secrétariat/Assistantes/...)situés à Woluwé-St-Pierre et Waterloo: envoyer CV michiels.dentalclinic@skynet.be et rdv 0477 25 04 73

2851 - Cherchons dentiste compétent pour travailler de qualité en cabinet de groupe. Excellentes rémunérations. Tél. : 0475/500578 info@dentalclinics.be

2850 - sprl Dentaconfort le poste vacant consiste à reprendre une clientèle. Nous avons besoin d'un dentiste, qui est prêt à s'engager dans une coopération. le cabinet est équipé de deux fauteuils planmeca. Pour un entretien vous pouvez contacter la société dentaconfort. www.dentaconfort.be clinique@skynet.be 0472101808

3132 - URGETISSIME cherche orthodontiste 2j/mois. Vite car départ confrère à la retraite et patients en attente, région Nord Luxembourg et Liège 0497/36.83.03. nat.halleux@hotmail.com

Dentiste Cherche assistante secrétaire

2853 - Recherche assistante mi-temps dans cabinet de groupe(proximité du cabinet exigée) à Uccle. veronique.franccq@skynet.be

2823 - Nous recherchons une assistante dentaire pour compléter notre équipe. Sérieuse, motivée, organisée, devra s'occuper d'assistance au fauteuil et de secrétariat. Connaissances de base exigées. L'anglais sera un atout. Poste à pourvoir immédiatement. Horaire 3/4 temps. Bonnes conditions. dentiste16@yahoo.fr

3112 - Assistante en parodontologie et implantologie à raison de 3 jours par semaine, je reste disponible le mercredi et/ou le vendredi. Pour tout contact 0478 92 03 26. hoffemcarine@skynet.be

Assistante-secrétaire recherche emploi

2812 - Bonjour. Assistante dentaire avec expérience de deux ans en parodontologie cherche emploi dans les plus brefs délais sur Mons ou Bruxelles, très dynamique, motivée et aimant le contact humain. Contact au 0473193137 bachy-c@hotmail.com

2834 - Dame sérieuse, de bonne présentation, parlant anglais et expérimentée dans l'accueil recherche poste de secrétaire dentaire à Uccle ou proximité. Plan Activa. Contact : 0497/17.94.96 tableemploiuccle@yahoo.fr

2862 - Recherche poste de secrétaire/ assistante

dans la région du brabant-wallon. libre de suite. 2 années Expérience cabinet dentaire. marilynecoussee@skynet.be

2832 - Je recherche un emploi dans la province de Liège, assistante dentaire depuis fin 2002, je travail au fauteuil, prise de rendez vous, passe commande. jeanine.bensberg@hotmail.com

3153 - Assistante dentaire, sérieuse, motivée, expérience au fauteuil en endo, paro, implant (chir.).recherche poste d'assist. dans cabinet dentaire ou médical, en région brabant wallon de préf. Pour renseignements complémentaires: 0476 39 43 55 cécile.ferrest@telenet.be

2836 - Assistante dentaire met à votre service son expérience, ses compétences et son dévouement. Je recherche un mi-temps ou 3/4 temps à Bruxelles, Namur ou en Brabant Wallon. patricia987@skynet.be. Gsm : 0472/41.85.32

3150 - Assistante au fauteuil avec 2 ans d'expérience en stomatologie, implantologie, parodontologie, endodontie cherche un post de travail à ¾ temps ou temps plein (STABLE). Vous pouvez me contacter au 0498375824. v_karaj@yahoo.fr

3124 - Je suis motivé dynamique souriente cherche emploi stable merci. sarahkarim@hotmail.com

2830 - Je cherche un employeur pour effectuer une formation d'assistante dentaire en FPIcontact Gsm : 0486 /105 537. sherazade113@hotmail.com

2781 - Assistante Dentaire / Secrétaire Médicale, 7 Ans d'Exp.: en Assistanat Opératoire, Stéril, Motivation Hygiène. Gsm : 0476/99.09.39.

2814 - Je cherche un emploi d'assistante dentaire mi-temps ou 3/4 temps, motivée, dynamique et excellente présentation. Libre immédiatement. katehesbeen@yahoo.fr

Cabinet à vendre - à remettre

2816 - Cabinet dentaire situé à W.St.L, cherche collaborateur (trice), lundi, mercredi, vendredi. Possibilité de reprise de l'activité fin 2009. Tél. : +32 2 771 40 88. jacquesverhelst@skynet.be

3146 - Cabinet à vendre entièrement remis à neuf avec matériel consommable unit petite instrumentation complète, patientelle variée accès facile point stratégique tram, bus, facilité de parking cabinet en activité bon C.A. offre la patientelle existante et aide au démarrage. contacter 0474/763566 kirspi@belgacom.net

2804 - Région Liège-Huy . Cabinet dentaire à remettre (raisons familiales) : patientèle + meubles + Unit Castellini 2003. CA : 60000 € (1,5 jour / semaine). Grand potentiel. Conditions à discuter sur place. Tél : 0494/230.400 magali.humier@hotmail.com

2866 - Dentiste dans centre médical remet patientelle. GSM: 0494/922277 eddy.vancalster@skynet.be

2859 - Comprenant trois pièces avec installation dentaire et une autre trois pièces en face de l'appartement du cabinet dentaire en tant que salle d'attente. gholypour_j@hotmail.com

2864 - Cabinet à remettre pour cause de changement d'orientation. Nouvelle unit 4ans, TB entretenue, dans cabinet entièrement renové. Matériel neuf. Pratique groupée sur 2 jours, prix abordable pour jeune praticien. Région Fleurus (40min de Bxl, proximité tec, Parking aisé) Contact : 0479/74.71.29. naom17@hotmail.com

3137 - Cabinet dentaire à céder à 1090 Bruxelles (Jette), en pleine activité, cause double emploi. Rdc 85m2 très bien situé, installation Eurodent 1993, état neuf. Disponible rapidement, murs à vendre ou à louer. Visites et conditions à discuter au 0475/80.12.21. marcfrankfort@hotmail.com

2848 - Læken, près palais royal, dans quartier résidentiel appartement rdch (72m2) actuel cabinet dentaire. Pas de reprise, seulement appart. 165.000 euros. Gsm : 0495/938215 alain.degomme@skynet.be

Cabinet à louer

2871 - Bruxelles, 2 fauteuil existant depuis 20 ans, temps plein assuré, bon CA, patientèle agréable, travail de qualité, excellent plateau technique, dental.clinique@hotmail.com +32 488722480 : prix à convenir dental.clinique@hotmail.com

3113 - un rez de chaussée à ganshoren. idéal pour une profession libérale. prix 700 euros. proximité école, commerce et transport. endroit très vert. aichar@hotmail.com

3147 - Cabinet dentaire remis à neuf bien équipé avec consommable unit petit matériel bien situé bon C.A. Gsm : 0474/763566 kirspi@belgacom.net

3157 - Cabinet équipé convenant pour paro, ortho ou stomato . Loyer modéré. Quartier agréable à Uccle. a.vandurme@skynet.be

2827 - Nouveaux cabinet très agréable entièrement équipe 2 fauteuils situe dans un superbe emplacement (très bien desservie par transport en commun situe a deux pas de l'avenue Louise/ de la pace du Chatelain/ de ma Campagne) Potentiel très important!! Loyer de départ très faible avec évolution progressive. Possibilité secretaire. Ouvert a toute formule ! Gsm : 0472/10.29.30 dental51@hotmail.com

3123 - Cause fin bail je ch cabinet moderne avec parking à louer Charleroi ou périphérie je possède ma clientèle et mon matériel ouverte à toute suggestion 0497/73.74.08. myco61@yahoo.fr

Matériel à vendre

112807 - Unit Ritter 1995 : fauteuil + crachoir + colonne fouets + scialyt. tjs en activite et visible dans region de Namur. 3000€. Gsm : 0495493643 carinefronville@hotmail.com

2986 - Beaux meuble dentaire en coin à vendre en métal dental art en bon état double emploi Valeur neuf 8500 euros a vendre 1800 euros. 0472101808 clinique@skynet.be

2811 - Conrtriangle endo localisateur apex intégré - 750 € - 084 388919. francis.dotrimont@skynet.be

3131 - A vendre (arrêt d'activités cause sante) équipement oms «linea 90 esse» de 2005 - etat neuf (peu servi) prix : 10.000€ (prix neuf : 17.000€) - reprise leasing possible. Tél. : 0477 555 325. mac@sfp.be

2829 - Recherche matériel d'imagerie: RVG, Pano, caméras. azireli@yahoo.fr

2824 - A saisir : installation récente et complète. MMoteur Bien-Air, raccord turbine, détartreur et lampe à polymériser intégrés Mectron. Prix très intéressant. Photos dispo sur demande. 0476/499735 kokot.philippe@skynet.be

3110 - XR24 a vendre avec chambre noir prix : 200 € (petit défaut). Gsm : 0475500578. davident@gmx.net

2819 - Installation Ritter + scialitique. Bon état, idéal pour débuter ou second cabinet. Prix à discuter. 0475/341944. fauquenoit@euphony.net.be

3160 - Radiographie panoramique trophy odontorama + développeuse 1500€. 81 569576 vincianne.michel@euphony.net.be

3111 - Je vends un micromoteur de Kavo de type intramatic Lux (bague d'or) prix : 250 €. Gsm 0475500578. davident@gmx.net

2846 - Unit 2007 jamais int à vendre cause chgt de projets équip: turbine, contreangle (NSK) caméra, lampe, dét, siège prat+coord installateur 9000€ 0496/ 95 31 38. dloutz@hotmail.com

2623 - ANVERS - Maison de maître luxueusement rénovée. Conv. Prof. Libe. 3 chambres; 2 sb neuves; living avec fo. Cuisine amér. Parquet ancien. Tél : 02 539 11 77

Cherche

3122 - Je cherche local à louer région Charleroi ou périphérie pour installer mon cabinet dentaire je possède ma clientèle et mon matériel cause fin de bail urgent. myco61@yahoo.fr

Divers

3129 - pt ap. 1er ét arr. rénov tendance quart. chic Woluw Lambeau. 2min metro G. Henri. tr lumin. vue jardin. sdb av douch contemp, chamb porte couliss, living baie vers cuis équ ixina, buand dressing, cave, parloph, matériau qualité : carrel gris fonc, parquet huilé, nveau plafonnag peint blanc, nbreuses prises, impeccable! photos/demand/mail. pr 1 à 2 pers. 650+50provis chauffag. compt sép. frederiquenolet@hotmail.com

3139 - Je possède une très belle maison de maître totalement adaptée à l'exercice d'un dentiste et qui plus est, implantée dans un centre urbain qui en est dépourvu..... Didier Collet - 5, rue victor roisin - 5070 Fosses-la-ville. 071/711105 didier.collet@skynet.be

3151 - Peer Review province de Luxembourg Groupe de Libramont. Quelques places sont disponibles au sein de notre groupe. Pour nos deux réunions annuelles des Vendredi 23/05/2008 et VENDREDI 17/10/2008 Local : Hotel Restaurant L'Avenue Libramont (face à la clinique). 061/278185 - parissee.jeanclaude@belgacom.net

3130 - Sud-Est Bruxelles a vendre maison (1990) 300m² - jardin - garage - rez prof. (cabinet dentaire + salle d'attente + hall + wc = 45m²) entièrement renouvée. tél. : 0477 555 325. mac@sfp.be

2835 - A louer Côte d'Azur, Fréjus, bastidon tout confort, 4/5 personnes, domaine sécurisé, piscine, 4km mer; libre début juin, 1-19 juillet, 12-30 août. 650 à 700 €/sem. Tél 071 77 13 60. bsti@skynet.be

La mise en page, ne nous permettant pas de publier toutes les annonces, nous vous invitons à les consulter sur notre site : www.dentiste.be "Petites Annonces"

E.S.O.R.I.B.

EUROPEAN SCHOOL of ORAL REHABILITATION IMPLANTOLOGY and BIOMATERIALS

16^{ÈME} FORMATION COMPLÈTE EN IMPLANTOLOGIE

Cours Intensifs répartis sur une seule année académique

**Rejoignez-nous pour la session
Octobre 2008 - Juin 2009**

NOS POINTS FORTS :

- Assistanes cliniques de phases chirurgicales et de phases prothétiques
- 2 journées de dissection
- Présence d'un confrère expérimenté lors de votre première pose d'implant(s)

Demande d'informations complémentaires

E.S.O.R.I.B.

Avenue Prékelinden, 167 B - 1200 - Bruxelles
Tél. : 02.734.00.33 Fax : 02.736.51.26

CONGRÈS DE PRINTEMPS

Société Belge - Belgische Vereniging Parodontologie



La Grande Motte 6 & 7 Juin 2008

« S'INSCRIRE DANS LA DURÉE »

- Concilier traitement parodontal et esthétique
- Régénération parodontale et osseuse pré-implantaire
 - Nouveautés : réalités ou effets de mode?
- Recul à long-terme des traitements parodontaux et implantaires




SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PARODONTOLOGIE
ET D'IMPLANTOLOGIE ORALE

www.parodontologie.be



1st Congress of the European Society of Microscope Dentistry

18 - 20 September 2008

Amsterdam, The Netherlands
NH Grand Hotel Krasnapolsky

“TO SEE OR NOT TO SEE”

Hands-on workshops

Masterclasses

Plenary sessions

Workshops introduction to the scope

www.esmd2008.org



Masterclasses

Micro Surgical Endodontics I	Marga Ree (<i>The Netherlands</i>)
Micro Surgical Endodontics II	Michiel de Cleen (<i>The Netherlands</i>)
Restorative	Stephane Browet (<i>Belgium</i>)

Hands-on workshops

Micro-examination	David Clark (<i>USA</i>)
Micro perio-surgery	Adriana McGregor (<i>USA</i>)
Endodontics	Walter van Driel (<i>The Netherlands</i>) – Kasper Veenstra (<i>The Netherlands</i>)
Photography	Glenn van As (<i>Canada</i>)
Restorative	David Clark (<i>USA</i>)

Live demo and limited Hands-on-workshop

Assad Mora (*USA*) – Tetsuya Hirata (*Japan*)

Introduction to the scope

Wayne Remington (*USA*)
Glenn van As (*Canada*)

Plenary sessions

Cracks	David Clark (<i>USA</i>)
Endodontics	Michael Bruder (<i>Germany</i>) Helmut Walsch (<i>Germany</i>) John Whitworth (<i>UK</i>)
Ergonomics	Denis Honegger (<i>Switzerland</i>) Richard-Alexander Hilger (<i>Germany</i>)
Restorative	Stephane Browet (<i>Belgium</i>) Adriana McGregor (<i>USA</i>)
Perio-surgery	Assad Mora (<i>USA</i>) – Tetsuya Hirata (<i>Japan</i>)
3D Imaging	Jan Berghmans (<i>Belgium</i>)
Success and failure	Glenn van As (<i>Canada</i>)
Photography	Bertrand Khayat (<i>France</i>)
Micro endo-surgery	Peter Kotschy (<i>Austria</i>)
Endo-restorative	Paul Lambrechts (<i>Belgium</i>)
Cone beam CT & endodontics	

Agenda

15 mai 2008

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le retraitement sans oser le demander

Lieux : FUCAm

Info : SMD

Tél : 02 375 81 75 - Fax : 02 375 86 12

E-mail : info@dentiste.be - www.dentiste.be



16 - 17 mai 2008

Endodontie chez l'enfant - SFOP

Lieux : Bruxelles

Info : Charles Pilipili

Tél : 02 764 58 65 - Fax : 02 764 57 98

E-mail : charles.pilipili@uclouvain.be

24 mai 2008

Céphalées/migraines, douleurs et dysfonctionnements des ATM, otalgies, cervicalgies, douleurs dentaires atypiques, vertiges... Pour tous ces problèmes, le dentiste serait-il un intervenant de première ligne ?

Lieux : FUCAm

Info : SMD

Tél : 02 375 81 75 - Fax : 02 375 86 12

E-mail : info@dentiste.be - www.dentiste.be



23 - 24 mai 2008

7^{èmes} Journées dentaires de l'UCL :

« Les Traitements Pluridisciplinaires »

Lieux : Bruxelles ECU-EMDS

Info : Mme Larose

Tél : 02 764 57 21

E-mail : francoise.larose@uclouvain.be

6 & 7 juin 2008

Rencontres de printemps - SBP - SFPIO

Lieux : La Grande Motte - France

www.parodontologie.be

13 juin 2008

Le plan de traitement prothétique

Lieux : Bruxelles ECU-EMDS

Info : Mme Larose

Tél : 02 764 57 21

E-mail : francoise.larose@uclouvain.be

www.parodontologie.be

18 - 20 septembre 2008

1st Congress of the European Society of Microscope Dentistry

www.esmd2008.org

19 - 20 septembre 2008

9th Biennial Congress of the EAOM

Lieux : Salzbourg - Autriche

E-mail : Eaom2008@oegzmksalzburg.at

www.eaom2008.at

27 septembre 2008

Parodontologie

Lieux : La Roche en Ardenne

Info : SMD

Tél : 02 375 81 75 - Fax : 02 375 86 12

E-mail : info@dentiste.be - www.dentiste.be



Maison des Dentistes

Avenue de Fré 191

B-1180 Bruxelles

Tél.: 02 375 81 75 (de 9h00 à 13h00)

Fax: 02 375 86 12

Banque: 068-2327544-56

Présidents d'Honneur :

W. Andries

H. Aronis

J. Vandeneuycken

Conseil d'Administration :

Bureau exécutif :

D. Eycken - Président

M. Devriese - Vice-Président

H. Grégoir - Past-Président

A. Wettendorff - Secrétaire-Générale

Th. van Nuijs - Trésorier

Administrateurs :

A. Bremhorst - O. Custers - P. Delmelle

M. Lippert - M. Nacar

Le point :

O. Custers - Rédacteur en chef

Revue Belge de Médecine Dentaire :

Th. van Nuijs - Rédacteur en chef

(édition francophone)

Commission Scientifique :

J. Delangre - Président

Commission Professionnelle :

A. Bremhorst - M. Devriese

R. Vanhentenryck

Fondation pour la Santé Dentaire :

M. Devriese - Th. van Nuijs

A. Wettendorff

Directeur :

O. Custers

Secrétariat :

D. Debouille, M. Masquelier, A. Riguelle

Webmaster :

O. Custers

Editeur Responsable :

D. Eycken

ISSN : 0779-7060

Editeur :

Société de Médecine Dentaire

Avenue De Fré, 191 • 1180 Bruxelles

Tél. : + 32 (0)2 375 81 75

Fax : + 32 (0)2 375 86 12

le.point@dentiste.be

www.dentiste.be

Impression :

Imprimerie Van der Poorten s.a.

Diestsesteenweg 624

3010 Kessel-Lo

Publicités :

Olivier Custers

Tél.: 0475 376 838

Fax: 02 375 86 12

e-mail: olivier.custers@dentiste.be

Création & Mise en page :

BVG Communication

e-mail : benoit@bvgcom.be

Photo de couverture :

Philippe Geenen

www.2manypixels.be



Nouveau: Philips Sonicare FlexCare



Élimine plus efficacement la plaque dentaire entre les dents et dans toute la cavité buccale que la Sonicare Elite¹

Nouveau: programmes personnalisables

Doux pour la dentine^{2*}

Nouveau système qui permet de réduire les vibrations de 80%[†]

Nouveau la brosette ProResults opère des mouvements oscillatoires plus amples et les soies de la brosse épousent les contours de chaque dent[†]

Améliore considérablement la santé des gencives en seulement 2 semaines (cliniquement prouvé)³



Le concept de Simplicity, c'est bien plus qu'une brosse à dents : il garantit une santé buccale irréprochable.

FlexCare: la nouvelle référence Sonicare. L'association de la technologie sonore la plus perfectionnée et de la brosette ProResults vous assure, ainsi qu'à vos clients, un brossage ultra-efficace. Si vous souhaitez essayer la nouvelle FlexCare, contactez la Service Line Philips Sonicare au 070-253001.

www.philips.com/sonicare

PHILIPS
sonicare
the sonic toothbrush

PHILIPS
sense and simplicity

*Étude réalisée in vitro
[†]Par rapport à la Sonicare Elite

Références :

1. Milleman J et al Comp Cont Educ Dent 2007 ;28
2. De Jager M, Nelson R, Schmitt P, Moore M, Putt MS, Kunzelmann KH, Nyamaa I, Garcia-Godoy F, Garcia-Godoy C. Données non publiées, 2007.
3. Holt J, Sturm D, Master A, Jenkins W, Schmitt P, Hefti AF. Données non publiées, 2007.

WRIGLEY'S SANS SUCRES • ZONDER SUIKERS

Freudent Tabs™

Freudent Tabs aide à prendre
soin des dents tout en douceur !

Une texture ultra moelleuse
pour une sensation agréable
en bouche



Un étui élégant et pratique à
emporter... idéal quand vos patients
ne peuvent pas se brosser les dents
après un repas !



Succombez au goût
des fruits !

Et bientôt... toujours plus de douceur et de
fraîcheur avec les Freudent Tabs Menthe !



Pour obtenir plus d'informations, merci de contacter :
Wrigley France
14, place Marie-Jeanne Bassot
92300 Levallois Perret



WRIGLEY'S SANS SUCRES • ZONDER SUIKERS

Freudent Tabs™

Agit pour la prévention avec La Société de Médecine Dentaire