

LE POINT

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

dentex 2008

16 - 17 - 18 OCT



www.dentiste.be
www.mondentiste.be



La meilleure des chimies fait toute la différence...



Dentex 2008 - Bienvenue au STAND 803

SEPTODONT NV-SA ● Av. de la Constitution 87 ● B-1083 Bruxelles ● Tél. +32 (0)2 425 60 37 ● Fax +32 (0)2 425 36 82
commande@septodont.be ● www.septodont.be

C'est (déjà) la rentrée !

Au placard crèmes solaires, tongs, maillots et sacs à dos ! C'est le retour du métro-boulot-dodo. Ah ! Que ne pouvons-nous toujours vivre au paradis ! Sans horaire, nous couchant et nous levant au bon vouloir. Prenant le temps. Le temps d'apprécier l'instant présent. Le temps de la rencontre, de la découverte. Celui de la contemplation. Ou celui de l'effort physique et du dépassement de soi. Ou encore le temps de ne rien faire... se laisser aller... lâcher prise...

C'est la rentrée ! Et c'est *maintenant* que les choses sérieuses commencent pour les jeunes promus. Un discours qu'ils ont certes maintes fois entendu : à la rentrée à l'école maternelle, à la rentrée à l'école primaire, à la rentrée en secondaire, à la rentrée à l'université. Et qui accompagnera aussi leur départ à la retraite !

C'est la rentrée ! Et avec elle, la reprise de notre formation continue : séminaires anti-burn out, cours pratiques d'ergonomie, peer reviews, une mise au vert ardennaise parodonto-gastronomico-sportive, une journée sur les interactions entre la médecine générale et la médecine dentaire et bien entendu notre traditionnel cours DENTEX.

Car c'est *bientôt* le DENTEX !

Nous vous y accueillerons avec le sourire comme il se doit et sur un stand flambant neuf. Venez (re-)découvrir ce que la Société de Médecine Dentaire accomplit dans l'intérêt de la profession, de nos patients, de la santé publique.

Ne manquez pas ce cours DENTEX 2008 : vous serez les premiers informés des dernières innovations en implantologie et en radiologie orale.

Et vous découvrirez en avant-première notre programme scientifique 2009, ainsi que d'autres projets qui marqueront encore la profession...

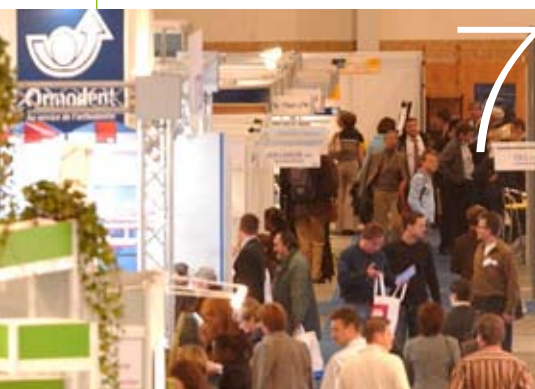
Voilà nombre d'excellentes raisons de nous retrouver les 16, 17 et 18 octobre au Heysel.

Dans l'attente de ce plaisir, je vous souhaite, bien confraternellement, une courageuse et fructueuse rentrée !

Didier Eycken
Président de la Société de Médecine Dentaire



sommaire



3 Edito
Didier EYCKEN - Président

7 Dentex 2008

10 Des clavier d'ordinateur plus sales
que les toilettes
O. CUSTERS

13 Sommaire articles scientifiques

14 Equilibre biodynamique de l'appareil
manducateur (3)
P. DIEUDONNÉ, A. PIRON

21 Nobel Biocare World Tour Shangai
M. ANTON

27 Cotisation 2008



29 Sommaire formation continue

- 31 Peer-review - 20 septembre
- 32 Parodontologie - 27 septembre
- 37 Cours pratiques d'ergonomie
- 38 Nouveautés - 18 octobre
- 40 Médecine - 15 novembre

43 Sommaire Infos professionnelles

- 45 FAQ
M. DEVRIESE
- 47 Tiers-Payant : vérification de l'assurabilité on-line ?
M. DEVRIESE
- 48 Du neuf pour le maintien de l'agrément ?
M. DEVRIESE



49 Revue de livres

H. ARONIS

50 Biblio

O. CUSTERS

52 Proclamations

D. EYCKEN

55 Culture

P. MATHIEU

58 Study-Clubs

60 Petites annonces

62 Agenda



Inspiré par les dentistes, créé pour les patients

Pointe nettoyante
pour un brossage des
endroits difficiles d'accès

**Lamelles souples
arrondies**, enlèvent les
taches en douceur

Brosse à langue :
nettoie la langue et
les parois internes
des joues

Poils interdentaires
effilés pour un nettoyage en
douceur des sillons gingivaux

**Prise en main
ergonomique**
pour un contrôle et
un confort optimal

Il est cliniquement prouvé que Colgate 360°:

- enlève jusqu'à 96% en plus de bactéries responsables d'une mauvaise haleine ¹
- enlève jusqu'à 40% de plaque interdentaire en plus ²
- engendre une diminution significative des problèmes de gencives ²
- offre une haleine fraîche jusqu'à 10 heures ³

Colgate **360°**

Colgate 360°: pour un nettoyage complet de la bouche

Comparé à un brossage avec une brosse à dents manuelle standard. ¹ Comparé à une brosse à dents manuelle standard.
² Comparé à un brossage avec une brosse à dents manuelle standard et avec une brosse à dents électrique à piles.



dentex

8002



La Société de Médecine Dentaire vous fixe une nouvelle fois rendez-vous à l'occasion du salon DENTEX 2008

Fidèle au rendez-vous, la SMD sera heureuse de vous accueillir sur son stand à la déco sobre et branchée. Nous tenons à remercier ici messieurs Claude Michel et Pierre Ravets, les organisateurs du DENTEX, qui offrent aux associations la surface d'expo. Les administrateurs et notre personnel administratif seront heureux de vous rencontrer, membres comme non-membres, de discuter, d'échanger des idées avec vous, d'être à votre écoute afin de sans cesse œuvrer pour améliorer votre cadre de vie professionnel. Chaque visiteur de notre stand sera récompensé.

De nombreuses animations vous y attendent :

- Présentation des actions de la Fondation pour la Santé Dentaire
- Présentation du programme scientifique 2009
- Distribution des agendas 2009 (réservé aux membres)
- Grand concours en collaboration avec Colgate et Philips, de magnifiques prix récompenseront les gagnants
- Vente d'ouvrages scientifiques à des prix très intéressants
- Possibilité de souscrire à nos nombreuses assurances (réservé aux membres)
- Sans oublier la matinée du samedi consacrée aux nouveautés (voir programme détaillé p...).

Soyez nombreux à nous rendre visite, en toute confraternité !



Le 16^{ème} Salon International de l'Équipement Dentaire s'ouvre en octobre prochain sous les meilleurs auspices

Le secteur dentaire reste l'un des plus actifs et des plus dynamiques du pays.

Certes, une pause s'annonce dans la vague d'acquisitions, de fusions qui ont animé - et parfois désarçonné - le marché ces dernières années. Mais c'est comme pour mieux s'attacher encore à promouvoir la recherche, l'innovation, le progrès, dans ces multiples domaines qui font toute la valeur du métier de dentiste, avec le souci essentiel de rendre les bouches plus saines et plus belles, les dents plus robustes et plus blanches, les soins plus rapides, mais plus efficaces, et moins douloureux, encore, l'hygiène plus sûre.

Jamais, en seize éditions, Dentex n'avait connu un tel succès en termes d'adhésions. Dès janvier 2008, l'ensemble des emplacements disponibles étaient réservés.

Voilà qui laisse donc bien augurer d'un nouveau succès pour cet incontournable rendez-vous biennal du monde dentaire en Belgique qu'est Dentex.

Dentex, plus international que jamais

Pour sa 16^{ème} édition, Dentex va réunir sur les quelque 11.400 m² du Palais 7 pas moins de 500 producteurs et prestataires de services rassemblés en plus de 130 stands individuels. Plus international que jamais, Dentex accueille cette fois quarante-six entreprises étrangères à avoir directement réservé leur stand (contre 41 en 2006, 39 en 2004 et 33 en 2002). Importante présence des Pays-Bas (16 exposants), de l'Allemagne (13), de la France (6), à côté de firmes venues du Luxembourg (4), de la Suisse (2), d'Italie (2), d'Autriche (1), du Lichtenstein (1), du Royaume Uni (1).

Comme de coutume, Dentex rassemble donc davantage de stands de distributeurs que de producteurs, même si, à défaut d'y participer directement, les délégués des fabricants étrangers se retrouvent souvent sur les stands des premiers, où ils apportent leur connaissance aiguë de leur gamme.

Présentation, démonstration, information... et vente !

Le Salon de l'Équipement Dentaire de Bruxelles est donc à la fois une manifestation de présentation de services et produits nouveaux, d'information, de démonstration, mais aussi un Salon de vente.

Il n'est pas rare que des praticiens, s'installant ou souhaitant renouveler tout ou partie de leur équipement, viennent à Dentex découvrir, comparer, s'informer, puis négocier, deux, sinon trois jours de suite : ce n'est pas sans raison que le dentiste belge est réputé pour la sagesse et la fiabilité de ses investissements...

Un Salon très professionnel, une traditionnelle occasion de rencontre pour l'ensemble du monde dentaire belge et européen

Créé par des professionnels pour les professionnels du monde dentaire, DENTEX leur est strictement réservé.

Cette manifestation biennale, de plus en plus réputée, semble chaque fois correspondre davantage encore à ce qu'en attendent les praticiens, qui s'y bousculent. Attirés avant tout par la découverte d'innovations techniques de toutes sortes et par la très grande richesse et le côté exhaustif des assortiments et des équipements présentés, de manière le plus souvent extrêmement didactique, les dentistes, stomatologues, techniciens dentaires sont heureux, aussi, de s'y retrouver, dans un contexte aussi chaleureux que professionnel. Le Salon Dentaire de Bruxelles est l'un de ceux qui, en Europe, rassemble le plus de dentistes par rapport au nombre total des praticiens en fonction. Ainsi ont-ils été, en 2006, 3.959 à visiter DENTEX, outre 1020 techniciens en prothèse dentaire. Au total, ce sont plus de 7.400 visiteurs qui ont parcouru le DENTEX 2006, dont 570 venus de l'étranger.



Brussels Expo - Palais 7
Du 16 au 18 octobre 2008
www.dentex.be

Dentistes du Monde asbl Wereldtandartsen vzw

au

DENTEX 2008 16 - 17- 18 OCT

- Nos volontaires bénévoles
- Nos équipes et nos missions 2008 et 2009
- Toutes les réponses à toutes vos questions
 - Nos projets en son et en images
 - Des surprises....

Infos ? : info@dentistesdumonde.be
www.dentistesdumonde.be

MERCI POUR VOTRE SOUTIEN
DENTISTES DU MONDE EXISTE GRÂCE A VOTRE GENEROSITE

523-0802765-68

IBAN : BE82 5230 8027 6568 - BIC : TRIOBE 91

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

DES CLAVIERS D'ORDINATEURS PLUS SALES QUE DES TOILETTES

Par **Medias Libres**, mercredi 7 mai 2008

NOUVELOBS.COM | 23.06.2008

Une étude scientifique révèle qu'un clavier non nettoyé peut abriter plus de bactéries dangereuses pour l'homme qu'un siège de WC.

(Reuters)

Selon une enquête scientifique britannique publiée jeudi 1^{er} mai, les claviers d'ordinateurs peuvent abriter plus de bactéries dangereuses pour la santé que la moyenne des sièges de toilettes. A la demande du magazine de consommation Which? Computing, un biologiste a examiné au microscope plus de 30 claviers dans un bureau londonien représentatif et «a trouvé que certains abritaient des bactéries qui présentaient un risque élevé de rendre malade leur utilisateur».

Quatre claviers étaient dangereux pour la santé et le biologiste est allé jusqu'à demander le retrait immédiat de l'un d'eux qui était «cinq fois plus sale qu'un siège de toilettes» analysé pour fournir une comparaison.

Les bactéries trouvées sur ces claviers pouvaient notamment causer des symptômes d'intoxication alimentaire, a indiqué le biologiste.

«Cela revient à manger votre repas sur des toilettes»

«La principale cause de l'infection d'un clavier est le fait de déjeuner à son bureau, puisque les restes alimentaires sont propices au développement de millions de bactéries. Une mauvaise hygiène personnelle, comme de ne pas se laver les mains après être allé aux toilettes peut aussi être en cause», relève le magazine.

Une personne sur dix déclare ne jamais nettoyer son clavier et 20% ne jamais nettoyer sa souris, selon un sondage par internet réalisé par Which? Computing auprès de plus de 4.000 personnes.

Plus de la moitié des personnes interrogées a reconnu nettoyer son clavier moins d'une fois par mois.

«La plupart des gens ne pensent pas à la saleté qui s'accumule sur leur PC, mais si vous ne nettoyez pas votre ordinateur, cela revient à manger votre repas sur des toilettes», prévient Sarah Kidner, rédactrice en chef de Which? Computing qui conseille à ses lecteurs de faire un ménage de printemps.

Claviers d'ordinateurs plus sales que les cuvettes des toilettes

... Faites le test prenez votre clavier et retournez le si rien n'en tombe bravo, mais si vous apercevez des miettes, des cendres de cigarettes ou autres tomber, alors c'est que votre clavier peut s'avérer être bien plus chargé en bactéries que la cuvette de vos toilettes.

En utilisant des ultras violet pour éclairer un clavier il est possible d'apercevoir des graisses et des bactéries apparaître, et ces méchantes bactéries se multiplient à gogo, rarement délogées elles peuvent ensuite se propager rapidement. Si vous éternuez ou que vous toussiez au dessus de votre clavier, vous projetez alors des virus sur le clavier, ce qui peut propager du simple rhume a beaucoup plus grave si par exemple vous allez aux toilettes et que vous ne vous lavez pas les mains, vous ramènerez des bactéries de matières fécales sur votre clavier, une étude montre que l'on porte la main en moyenne huit fois par heure à la bouche et beaucoup plus pour un fumeur

On y trouve une multitude de germe qui sont des germes qui éventuellement chez des personnes sensibles peuvent développer des infections, des streptocoques, des staphylocoques, tous germes avec lesquels on vit au quotidien mais heureusement l'être humain est bien adapté à se défendre contre les germes qu'il rencontre

Pour éviter que votre clavier devienne un labo à virus il suffit de le nettoyer souvent et de se laver les mains régulièrement.

...





Et au cabinet dentaire ?

Il est bien certain que les conditions d'hygiène au cabinet dentaire ne sont pas comparables à celles d'un simple environnement de bureau. Nous ne mangeons (en principe) pas au cabinet, nous nous lavons les mains très régulièrement, nous portons des gants, etc.

Mais...

Les systèmes informatiques classiques ne facilitent certainement pas l'hygiène et peut-être qu'en vous équipant, vous n'avez pas pensé à ces « détails » pourtant primordiaux. Comment voulez-vous aseptiser efficacement un clavier classique, une souris, c'est pratiquement impossible. Or nous avons de plus en plus besoin de l'informatique au fauteuil, dans la zone de soins (imagerie, fiches patients, radiologie digitale, ...) et cette zone se doit d'être désinfectée à chaque patient. Comment réaliser cette désinfection sur du matériel qui présente une surface irrégulière avec des zones inaccessibles ? Avec des lingettes, des sprays ? C'est totalement illusoire, voire dangereux pour votre matériel.

Pourtant il existe des solutions, le secteur dentaire ou médical ne sont pas les seuls à exiger une hygiène parfaite, dans l'ali-

mentaire les normes sont très strictes ET contrôlées ! C'est pourquoi les fabricants de matériel informatique ont développé un équipement spécifique, permettant une hygiène parfaite, grâce à des surfaces totalement lisses et/ou étanches. C'est le cas des écrans tactiles et des claviers lisses, en verre, des claviers souples étanches, des virtual keyboards... Songez-y lorsque vous vous équipez.

OC



Clavier virtuel laser



Clavier en verre lisse



Ecran tactile



Clavier souple étanche



Clavier lisse



*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

S o m m a i r e

- 14** Equilibre biodynamique de l'appareil manducateur (3)
P. DIEUDONNÉ, A. PIRON
- 21** Nobel Biocare World Tour Shangai
M. ANTON

ÉQUILIBRE BIODYNAMIQUE DE L'APPAREIL MANDUCATEUR

3^{ème} partie : la dysfonction biomécanique globale (totale)

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

La pratique clinique des D.C.M.* depuis quelques années nous a permis de réaliser des observations importantes, lesquelles ont guidé nos hypothèses de recherche et notre démarche clinique ; en voici quelques exemples :

(* **Dysfonction Crânio-Mandibulaire**)

- La symptomatologie clinique associée aux D.C.M. est très riche et variée.
- Il existe de nombreux articles qui établissent une relation de cause à effet entre les rapports occlusaux déséquilibrés et cette symptomatologie. La D.C.M. est alors considérée par leurs auteurs, soit comme primaire ou descendante si elle est seule responsable de la symptomatologie, soit comme secondaire si elle résulte de dysfonction d'un autre système - le problème est alors ascendant, soit comme mixte, si l'expression symptomatologique est due à une combinaison des deux. Des tests posturaux sont alors employés pour déterminer l'origine de la D.C.M.
- La non reproductibilité et la difficulté d'interprétation de ces tests posturaux, ainsi que l'incertitude dans le temps des résultats cliniques obtenus par leur utilisation (cf. R. Gide).
- La chronicité des traitements et des réglages sur les gouttières ou sur les dents et les difficultés constantes pour « trouver » le bon réglage.
- Les récurrences récurrentes ou les changements au niveau des symptômes et de leur localisation qui accompagnent les traitements par gouttière ou les corrections sur les dents et/ou les prothèses.
- En normo-fonction, l'individu est en relation dento-dentaire 4 à 5 % du temps, partagé entre la mastication, la déglutition, ainsi que lors de certains serrages fonctionnels qui accompagnent les fonctions musculaires globales (ex : soulever une charge) et lors de certains états émotionnels.
- On trouve de nombreuses D.C.M., non douloureuses et pour lesquelles les patients ne consultent pas.
- De nombreux patients qui ont des dysmorphoses maxillaires et des rapports occlusaux s'écartant plus ou moins de la « normocclusion » demeurent cependant sans D.C.M.
- Nous considérons que ces patients sont à risque de D.C.M. a fortiori s'ils présentent des signes d'hypertonie neuromusculaire.
- La présence quasi systématique et chronique d'un trismus et

d'un état de tension globale dans les D.C.M. symptomatiques ainsi que le « profil psychologique » assez constant de ces patients.

- La présence très fréquente de trismus sans contact interdentaire au niveau des muscles mandibulo-moteurs.
- La méconnaissance du serrage lingual presque toujours associé au trismus du système manducateur.
- Chez ces patients avec trismus lingual et/ou manducateur, l'ensemble des symptômes est le même, qu'il soit accompagné ou non de contact inter-dentaire.
- Par ailleurs, chez les patients respirateurs buccaux avec langue basse, fréquemment traités en orthodontie, peu de cas de D.C.M. concomitantes sont diagnostiqués.
- L'instabilité des contacts dento-dentaires en « PIM » rencontrée lors de l'examen des patients dont le système neuromusculaire est anormalement sous tension et que l'on retrouve d'ailleurs chez beaucoup de patients en dehors de toute D.C.M.
- Le peu d'articles explorant de manière approfondie et globale, du point de vue neuromusculaire, la fonction manducatrice extrinsèque (liée au free way space) qui représente pourtant plus ou moins 90 % du temps chez l'individu en normo-fonction.
- L'étonnante finesse de prise de conscience proprioceptive des patients qui sont capables, après un très court temps éducatif, d'établir une cartographie de contact dento-dentaire remarquablement précise en utilisant habilement la capacité discriminatoire de leurs récepteurs desmodontaux.
- Nos recherches chez les patients dysphoniques montrent, par rapport à un groupe témoin, une incidence nettement plus élevée de trismus manducateur et lingual (cf. Forestier, Saulnier).

Ces observations ont suscité de nombreuses questions, en voici quelques-unes parmi les plus importantes :

1. Comment se comporte le système manducateur en position de contact dento-dentaire et en position libre de non contact et quelle est sa relation avec les fonctions globales du corps humain ?
2. Comment intégrer la fonction linguale dans la gestion du free way space ainsi que tous les autres éléments du complexe crânio-hyo-laryngo-mandibulo-lingual (CCHLML) ?
3. Comment est géré d'un point de vue neuromusculaire le free way space en normo-fonction ? Quelles peuvent être les causes et

- les répercussions de son dysfonctionnement ?
4. Pourquoi les D.C.M. ont-elles une si grande diversité d'expression symptomatique ?
 5. Comment déterminer la dysfonction primaire dans le cadre d'une D.C.M. (cf. article à paraître dans le prochain numéro de la présente revue) ?
 6. Quels outils complémentaires peut-on développer pour diagnostiquer et traiter les D.C.M. (cf. article à paraître dans le prochain numéro de la présente revue) ?

La réponse à ces questions se trouve en partie dans la compréhension de la gestion du free way space et de la facilitation neuromusculaire

1. LA GESTION NEUROMUSCULAIRE DU FREE WAY SPACE

Le *free way space* (FWS) est l'espace libre inter-dentaire présent chez l'individu en position de repos. Il est donc représentatif en normo-fonction de la posture eutonique de repos mandibulaire. Le fonctionnement du système manducateur peut être considéré à deux niveaux : un niveau intrinsèque et un niveau extrinsèque. Le premier fonctionne sans free way space, le deuxième avec.

Le niveau intrinsèque recouvre les fonctions propres de l'appareil manducateur, il est l'objet de nombreuses publications et ne nécessite pas d'être développé, en particulier dans le cadre de cet article. En revanche, le niveau extrinsèque, qui implique la gestion neuromusculaire du free way space, mérite une attention particulière car il nécessite la participation de multiples intervenants.

Un exercice simple permettra de comprendre ces multiples intervenants. Placez-vous en position assise, les dents en léger contact, donc sans free way space et exécutez dans l'ordre et successivement les actions suivantes :

- relâchez les muscles manducateurs de fermeture tout en gardant la langue déposée contre le palais (donc dans sa position considérée comme physiologique) : un free way space apparaît, géré par le tonus des muscles manducateurs ainsi que par ceux de la langue et de la sangle des orbiculaires ;

- relâchez les muscles de la langue jusqu'à ce qu'elle perde le contact avec le palais : la valeur quantitative du free way space augmente, elle n'est plus gérée alors que par le tonus des muscles manducateurs et ceux de la sangle orbiculaire ;
- relâchez les muscles orbiculaires jusqu'à perdre le contact labio-labial : la valeur quantitative du free way space augmente encore, celui-ci n'est plus géré cette fois que par le tonus des muscles manducateurs ;
- faites doucement une extension céphalique en gardant les muscles manducateurs complètement relâchés : à un certain niveau d'extension, l'ouverture buccale (donc le free way space) augmente encore ;
- tout en gardant une relaxation complète, ramenez la tête en position neutre et continuez le mouvement par une flexion céphalique jusqu'à percevoir le contact dento-dentaire et le contact de la langue au palais ;
- et pour terminer, ramenez la tête en position neutre.

Cet exercice nécessite un bon éveil proprioceptif très utile pour la recherche d'un free way space équilibré.

Quels sont les intervenants de la gestion du free way space ?

Le free way space est organisé pour participer à des fonctions spécifiques comme la gestion posturale fine et proactive ainsi que le langage articulé. En normo-fonction, il représente à peu près 90% du temps.

La gestion neuromusculaire de ce (FWS) (fig.1) est complexe et s'intègre dans l'équilibre des grandes chaînes musculaires de l'organisme. Elle participe crânialement au niveau du CCHLML à un équilibre permanent entre d'une part, le système musculo-aponévrotique céphalique postéro-latéral assuré entre autre par la proprioception des muscles verniers du complexe occiput-atlas-axis (O.A.A.) et d'autre part, le système musculo-aponévrotique antérieur plus complexe et réparti en trois sous-systèmes principaux : le système manducateur, le système lingual et le système orbiculaire.

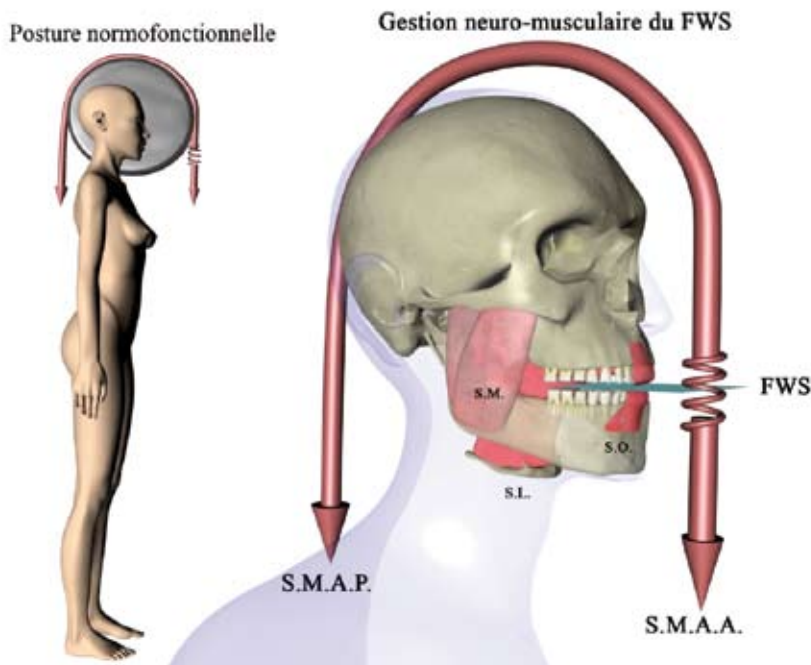


Fig. 1 : Gestion de la posture de repos mandibulaire au sein du CCHLML et du corps global. Sont représentés sur le dessin : le système musculo-aponévrotique postéro-latéral (S.M.A.P.), le système musculo-aponévrotique antérieur (S.M.A.A.) et ses sous-systèmes, manducateur (S.M.), lingual (S.L.) et orbiculaire (S.O.), le free way space (FWS).

1. Le système manducateur

Il fonctionne à deux niveaux : intrinsèque et extrinsèque.

Gestion du système intrinsèque

Ce système est adapté pour les fonctions qui se réalisent avec un contact dento-dentaire plus ou moins important comme : la mastication, la déglutition salivaire, l'effort physique (soulever une charge...) et certaines réactions émotionnelles (colère...). En dehors de ces normo-fonctions, tout contact dento-dentaire prolongé, même léger, peut très vite devenir pathogène.

Les informations sensorielles nécessaires à la gestion neuromusculaire de ces conditions fonctionnelles sont fournies par les récepteurs du desmodonte, de la capsule et des ligaments de l'articulation temporo-mandibulaire (A.T.M.) et du ménisque.

Même si, en normo-fonction, le temps de contact est minime sur 24 heures, beaucoup d'auteurs admettent le rôle de ces contacts dans la gestion posturale fine.

Gestion du système extrinsèque

La présence d'un (FWS) en normo-fonction place les fuseaux neuromusculaires des muscles mandibulo-moteurs dans d'excellentes conditions physiologiques car ils fonctionnent selon une longueur musculaire idéale déterminée par un tonus de base physiologique. Les informations nécessaires à la régulation de ce tonus proviennent de ces éléments musculo-aponévrotiques auxquels s'ajoutent les récepteurs capsulaires, ligamentaires et méniscaux des A.T.M., sans oublier les informations périphériques via la formation réticulaire (FR) et les neurones d'association.

2. Le système lingual

Il fonctionne également à deux niveaux : intrinsèque et extrinsèque.

Gestion du système intrinsèque

- Il est basé sur la gestion posturale propre de la langue (fig.2).
- Les muscles qui assurent la mobilité et la posture linguale ont la particularité de ne pas posséder d'insertion distale. Leurs insertions proximales sont inscrites dans un tripode osseux : apophyse styloïde (os temporal), os hyoïde, apophyses génis

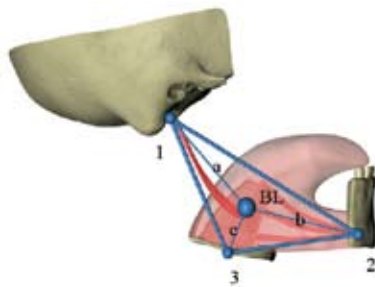


Fig.2 : Gestion posturale intrinsèque de la langue : la base linguale (BL) est au centre d'un tripode constitué de : 1. apophyse styloïde, 2. apophyses génis, 3. os hyoïde.

Fig.3 : Gestion posturale extrinsèque de la langue : l'hyoïde (H) est au centre d'un tripode constitué de : 1. mastoïde (occiput), apophyse styloïde (temporal), 2. fossette digastrique (mandibule), apophyses génis, ligne mylo-hyoïdienne, 3. éléments squelettiques de la ceinture scapulaire (sternum, première côte, clavicule, scapula).

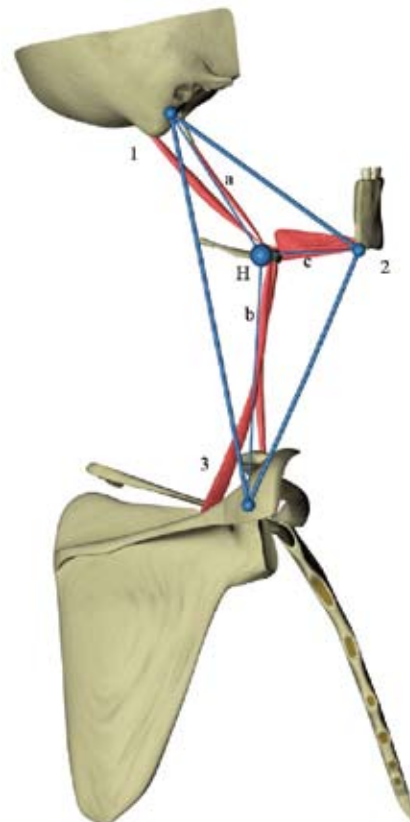
(mandibule). Les tendeurs musculaires impliqués sont principalement : les muscles stylo-glosse, hyo-glosse, génio-glosse. Cette particularité confère à la langue une grande mobilité nécessaire à assurer ses fonctions propres. Mais elle lui permet aussi de participer à de nombreux schèmes musculaires en fonction de sa variabilité d'appui distal.

- Les muscles de la langue ne possèdent pas de fuseaux neuromusculaires et leur innervation par le nerf grand hypoglosse est essentiellement motrice. La sensibilité de la langue est épicritique, assurée par sa muqueuse et de compétence trigéminal (en avant du V lingual) (cf. Devauchelle).
- Ce système est bien adapté pour les fonctions propres comme la déglutition, la mastication, la phonation.

Gestion du système extrinsèque

- Il est basé sur la gestion posturale de l'os hyoïde qui est le squelette de la base linguale (fig.3). Au départ de l'hyoïde, les insertions musculaires sont inscrites dans un tripode osseux : l'apophyse styloïde, la base occipitale, la mandibule et l'ensemble omoplate, clavicule, sternum et 1^{ère} côte. Les principaux tendeurs musculaires sont : stylo-hyoïdiens, omo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens, constricteurs moyens du pharynx, mylo-hyoïdiens, digastriques et ceux du complexe laryngé.

- L'innervation motrice de ce système dépend en partie des trois premières racines cervicales (pour les muscles sous-hyoïdiens) et des IX, VII, V pour les sus-hyoïdiens.
- Via l'hyoïde, ce système est adapté pour participer à l'équilibre fonctionnel des grandes chaînes musculaires de l'organisme ainsi qu'à la régulation de l'ouverture buccale et de la flexion céphalique.



3. Le système orbiculaire

Les muscles de la sangle orbiculo-faciale sont actifs dans des fonctions propres telles que : la phonation, la mastication, la déglutition, la respiration, les mimiques... Ils assurent la continence labiale nécessaire à l'herméticité liée à certaines fonctions (intrinsèques).

Il fait partie du système musculo-aponévrotique périphérique antérieur en étant associé crânialement aux muscles péri-crâniens fronto-occipitaux ainsi qu'à la galéa et caudalement aux muscles de l'étage inférieur de la face et à la chaîne musculaire hyoïdienne. L'occlusion labiale permet la continuité de cette chaîne en normo-fonction lors de la position de repos mandibulaire (fonctions extrinsèques).

Lors de la posture de repos mandibulaire (sans contacts dento-dentaire), l'occlusion labiale réalise la fermeture buccale qui permet la respiration nasale exclusive (respiration physiologique de repos).

L'action combinée des trois sous-systèmes manducateur, lingual, orbiculaire, gère de manière originale la gestion de la posture de repos mandibulaire de la manière suivante :

- un système périphérique orbiculaire qui fonctionne en fermeture (occlusion labiale),
- un système central, profond lingual qui peut choisir entre deux modes de fonctionnement : en fermeture ou en ouverture (occlusion ou inoclusion linguo-palatino-dentaire),
- un système postérieur mandibulaire en ouverture (absence de contact dento-dentaire).

2. Implication fonctionnelle de la posture mandibulaire dans la gestion posturale fine globale

Au niveau de la posture de repos

Tous les éléments musculo-aponévrotiques du corps, intégrés dans un ensemble tenségralement cohérent, participent à la posture basale de repos de l'être humain.

La posture de repos (plus justement, la posture « d'attente »), fonction extrinsèque de l'appareil manducateur, participe intimement à cet état d'équilibre postural de repos global au même titre que la vision, l'occulo-motricité, l'audition, les canaux semi-circulaires, les appuis podaux et les multiples informations proprioceptives à tous niveaux.

Lors des fonctions intrinsèques, les éléments conjonctifs de l'appareil manducateur envoient également des informations utiles à la régulation posturale globale en tant que stimulations référentielles (posture mandibulaire et linguale, contacts dento-dentaires, informations musculo-aponévrotiques...).

La posture de repos mandibulaire est relativement stable mais non figée. En effet, la mandibule est animée en permanence par des micro-mouvements qui maintiennent au sein des A.T.M. un « flottement » stabilisateur. Cette posture de repos mandibulaire est tributaire de la posture globale du corps et en particulier de celle de sa proche périphérie (CCHLML, colonne cervicale et ceinture scapulaire). Toute modification posturale périphérique à l'appareil manducateur aura une influence sur la posture mandibulaire. L'inverse est évidemment vrai : toute modification, iatrogène ou intentionnelle à visée thérapeutique, de la relation mandibulo-maxillaire induit inmanquablement

une réaction au niveau du CCHLML et du corps dans sa globalité.

Au niveau de la posture adaptative

La posture adaptative (tonique) a un rôle anticipateur et rétroactif par rapport à l'action (phasique). Elle prépare posturalement le corps à l'action (anticipation) et adapte celui-ci aux rétro-afférences sensibles (rétro-action).

Dans ce contexte adaptatif, la posture de repos mandibulaire et celle du CCHLML sont en permanence modifiées pour s'adapter aux modifications posturales adaptatives globales et vice versa. C'est là qu'interviennent deux qualités des assemblages en tenségrité : 1) la capacité de changer de forme par pliage tout en maintenant l'équilibre tensionnel et la stabilité du système, 2) la capacité d'adapter la rigidité en fonction des contraintes extérieures (cf. premier article).

3. Facilitation neuromusculaire

Le développement que nous proposons est notre hypothèse actuelle de travail dont la principale qualité est d'être en adéquation avec la pratique clinique. À ce jour, aucun démenti n'a encore mis en cause son adéquation. Dans l'avenir, elle sera vraisemblablement améliorée, modifiée, enrichie et, pourquoi pas, peut-être en partie controversée par les connaissances actualisées en neurosciences.

Les sites anatomiques concernés

La région du tronc cérébral nous intéresse particulièrement. Là, se trouvent les principaux éléments moteurs et sensitifs innervant les éléments somatiques et viscéraux du CCHLML impliqués dans notre conception tenségrale. Leur organisation au cours de la neurogenèse est comparable à celle de la moelle épinière et des nerfs spinaux (cf. Larsen). Dans l'organisation de base de la moelle épinière, les neurones se regroupent pour former quatre lames (ou colonnes) : deux colonnes ventrales appelées colonnes fondamentales et deux colonnes dorsales appelées colonnes alaires. Les colonnes ventrales contiennent les neurones moteurs somatiques et viscéraux, les colonnes dorsales contiennent les neurones d'association qui font synapse avec les fibres afférentes des neurones sensitifs situés dans les ganglions des racines dorsales des nerfs spinaux correspondants.

On retrouve ce même schéma de base au niveau du tronc cérébral et des nerfs crâniens, même si l'organisation y est plus élaborée. Ce schéma de base s'est en effet modifié au cours de l'embryogenèse du fait de la migration de certains groupes de neurones à partir de leur site primitif pour constituer un noyau dans un autre endroit. Les noyaux des nerfs crâniens sont organisés en sept colonnes, trois motrices et quatre sensitives. Les trois colonnes fondamentales contiennent les neurones moteurs efférents somatiques, efférents branchiaux et efférents viscéraux. Les quatre colonnes alaires répondent aux neurones d'association afférents viscéraux, afférents viscéraux spéciaux (organe du goût), afférents généraux et afférents somatiques spéciaux (audition, équilibre).

Le bulbe rachidien (moelle allongée) est la portion du tronc cérébral la plus proche de la moelle épinière. Les sept premières paires de somitomères qui s'y forment n'évoluent pas en somites (blocs de mésoblastes bien segmentés qui établissent l'organisation segmentaire du corps) (cf. Larsen) mais s'organisent en segmentation au niveau des arcs pharyngiens pour les éléments de la face et du cou (cf. Netter).

Signalons encore que les neurones périphériques des voies de la sensibilité et des voies autonomes (parasymphatiques) sont localisés dans des ganglions situés en dehors du système nerveux central, tout comme au niveau de la moelle épinière. Il existe donc de nombreuses similitudes structurelles entre tronc cérébral et moelle épinière, la perte de la symétrie ventro-dorsale cache en partie ces similarités (cf. Netter).

La formation réticulaire au sein du tronc cérébral est un réseau complexe de circuits nerveux, une coulée de substance nerveuse (cf. Bouchet, tome 1). Elle est constituée d'un ensemble de neurones disséminés dans un lacs de filets nerveux. Ces neurones interviennent à plusieurs niveaux, notamment : le contrôle cardiovasculaire et respiratoire, de nombreux réflexes, les mouvements oculaires, la régulation de la veille et du sommeil, le contrôle de la motricité (posture adaptative) (cf. Purves). Ce type de formation n'est pas circonscrit dans la zone mentionnée plus haut mais se propage par des zones comparables situées dans les parties médianes de la moelle : c'est le réseau d'interneurones médullaires, responsable en outre de la coordination des muscles axiaux et proximaux des membres. Du fait de leur situation centrale, la F.R. et le réseau des interconnexions médullaires sont le premier carrefour commun sur la voie des informations aspécifiques et occupent ainsi une place importante dans les processus de liaison.

Sur le plan fonctionnel, la F.R. est caractérisée par le fait que toute stimulation portée en un de ses points se propage très rapidement et entraîne l'activation de tout le système (cf. Lebouloch).

La F.R. et le réseau d'interconnexions médullaires (IM), par leur interrelation permanente et grâce aux multiples informations qui y transitent, conditionnent l'activité des moto-neurones gamma.

Ces deux voies réticulo-spinales polysynaptiques, l'une facilitatrice, l'autre inhibitrice règlent, par le système gamma, le degré d'activation et le niveau de gain des différents moto-neurones efférents correspondant au tonus de base spécifique, ou tonus d'attitude, ou tonus de repos. Ce tonus est remanié en fonction des ajustements posturaux (posture adaptative) qui accompagnent toute activité.

La F.R. et le réseau d'IM sont impliqués dans la posture adaptative par la gestion du signal proactif qui anticipe l'instabilité posturale et les réponses rétroactives déclenchées par les afférences sensorielles (oreille interne, vision, proprioception) signalant l'instabilité posturale. Toute activité phasique se superpose au schéma postural tonique de repos et au schéma postural adaptatif. L'efficacité du schéma d'action est fonction du bon réglage des automatismes posturaux (posture adaptative) sur lesquels vont se greffer les contractions phasiques à la base de tout mouvement.

Mécanisme de la facilitation médullaire

Le site de la facilitation est le réseau des neurones d'association auquel participent la F.R. et les neurones d'IM. D'un point de vue clinique et fonctionnel et dans un cadre neurologique lié à la moelle épinière, le mot facilitation signifie que les tissus innervés (dermatome, angiotome, viscérotome, sclérotome et myotome) à partir d'un segment médullaire en lésion et, par conséquent, de tout l'individu en entier, sont devenus hypersensibles à toute influence provenant de l'intérieur ou de l'extérieur par rapport à ce segment. Dans cette définition empruntée à Irvin Korr (cf. Korr), nous remplacerons le mot « lésion » par « dysfonction », celui-ci permettant d'éviter toute confusion avec la représentation médicale d'une lésion qui n'a pas le même sens clinique.

D'après Irvin Korr, dans les segments médullaires en dysfonction, une partie au moins des neurones à fonction sensitive, motrice ou végétative, est maintenue dans un état d'hyperexcitabilité, état qu'ils manifestent par leurs réponses (efférences) plus faciles, plus longues et plus amples aux influx afférents qui leur parviennent. L'hyper-sensibilité réactionnelle de ces neurones ainsi facilités va entraîner, dès qu'ils sont sollicités par des afférences habituelles, une réponse efférente exagérée. Celle-ci (efférence) se manifeste au niveau des tissus innervés par une hyperactivité ou une hypoactivité selon que ces neurones émetteurs facilités sont activateurs ou inhibiteurs.

Les effets physiopathologiques de la facilitation varient selon les tissus ; ceux-ci verront leurs fonctions perturbées : les tissus musculaires leurs tensions, les tissus glandulaires leurs sécrétions, les vaisseaux leur vasomotricité, les viscères leurs diverses fonctions.

Ce concept, dont l'idée maîtresse demeure cliniquement intéressante, doit être adapté aux connaissances actuelles en neurosciences, particulièrement au niveau de l'interactivité neuronale modulatrice du système nerveux central et périphérique.

La facilitation au niveau de la formation réticulaire

Le site de la facilitation au niveau du tronc cérébral est la formation réticulaire. Le principe de facilitation décrit au niveau médullaire peut être transposé au niveau du tronc cérébral, de la F.R. et des nerfs crâniens (fig.4).

La formation réticulaire recueille les signaux issus de tous les récepteurs sensoriels, les voies sensitivo-sensorielles y distribuent en effet de multiples fibres collatérales. D'autres afférences viennent des centres corticaux sus-jacents et des centres médullaires sous-jacents, sans oublier les afférences ortho- et parasymphatiques. Ces multiples afférences transitent par la formation réticulaire où elles font relais avec d'autres structures. Cependant la convergence de ces fibres peut se faire sur un même neurone ou sur un même groupe de neurones au niveau de véritables plages de convergences. Du fait de leur convergence sur des plages neurologiques communes, ces signaux afférents perdent en partie leur signification spécifique mais acquièrent par contre une autre propriété capitale, à savoir un pouvoir dynamogénique. Dans la zone du tronc cérébral dévolue à chaque nerf crânien, un grand nombre de neurones efférents (noyaux moteurs) sont maintenus en état de facilitation (hyperexcitation), même au repos, par ce bombardement afférent. Lorsque le bombardement des moto-neurones devient excessif ou incoordonné, la réponse effectrice est anormale et disproportionnée, ce qui engendre une dysfonction de l'organe ou de la cible contrôlée par ces moto-neurones. C'est la dysfonction biomécanique globale.

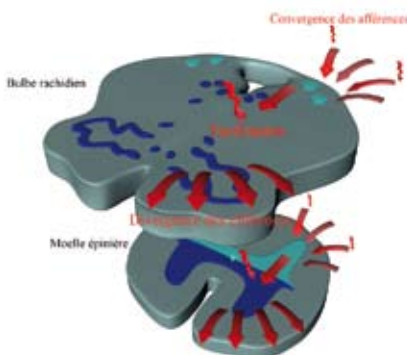


Fig.4 : Mécanisme de la facilitation neuromusculaire au niveau du tronc cérébral et de la moelle épinière. Le bombardement des afférences diminue le seuil d'excitabilité des neurones d'association et engendre une exagération de la réponse des moto-neurones efférents

Ceci explique en partie les nombreux symptômes rencontrés dans les états de facilitation de la F.R. mais aussi la grande diversité des causes de suractivation de cette zone neurologique qui occupe la partie ventrale (tégumentum) du tronc cérébral et se prolonge dans la région intermedio-latérale de la moelle épinière. Toutes les afférences ascendantes, descendantes, locales, périphériques, issues de toutes les parties du corps, sont susceptibles de la bombarder d'informations en cas d'hyperfonction. Ce qui revient à mettre en question l'utilisation exclusive à des fins correctrices de tests posturaux basés uniquement sur des connexions spécifiques et privilégiées entre, par exemple, l'A.T.M. et le système oculo-moteur ou les muscles de l'épaule et qui ne tiennent pas compte suffisamment de l'interconnectivité neuronale, fer de lance de la neuroscience moderne.

4. Expression clinique de deux déséquilibres majeurs dans la gestion de free way space (posture de repos)

Lorsque les muscles du système manducateur ont un tonus de base optimal, le FWS est souvent normal et favorise une posture globale équilibrée (fig.5). Par rapport à ce référent normo-fonctionnel, deux cas de figure clinique extrêmes et opposés illustrent la dysfonction neuromusculaire de la gestion du FWS.

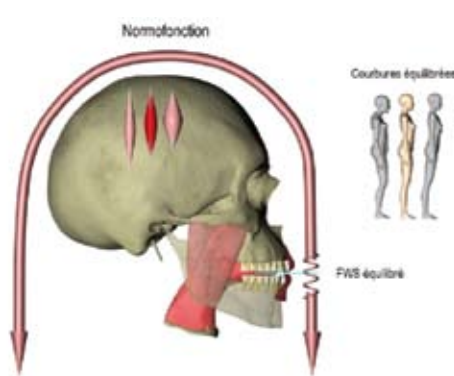


Fig.5 : Gestion neuromusculaire du FWS en normo-fonction : posture équilibrée, tonus de base normal des chaînes musculaires postéro-latérales et périphériques antérieures, les systèmes manducateur, lingual et orbiculo-facial contrôlent un FWS optimal

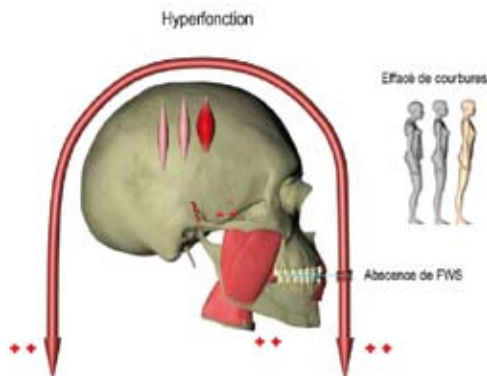


Fig.6 : Gestion neuromusculaire du FWS en hyperfonction : effacement de courbure, dysfonction de la gestion neuromusculaire par hypertension au niveau de tous les systèmes intervenants, disparition du FWS.

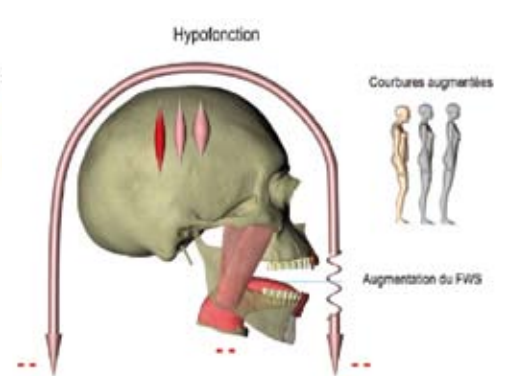


Fig.7 : Gestion neuromusculaire du FWS en hypofonction : accentuation de courbure, dysfonction de la gestion neuromusculaire par hypotension au niveau de tous les systèmes intervenants, augmentation du FWS

5. Conclusions

Au niveau postural, l'interprétation de la position du corps en station debout repose sur l'état d'équilibre dynamique des structures en compression et en tension (et non de la pesanteur !). Celles-ci sont représentées au niveau du corps humain par les systèmes ostéo-myo-collagéniques et par les phénomènes pressionnels des organes creux et des compartiments vasculaires. La posture globale mais aussi locale (FWS, rapport dento-dentaire, langue) est le témoin privilégié de la stratégie choisie par l'organisme pour gérer au mieux l'équilibre global en tenségrité.

Toute modification tonique neuro-conjonctive diagnostiquée est la cause du déséquilibre tenségral, elle en est également la révélatrice et le facteur qui entretient la boucle rétroactive (dans ce cas, nociceptive).

Entre ces deux extrêmes, toutes les situations cliniques intermédiaires existent.

1. Les muscles du système manducateur sont globalement hypertoniques. Le FWS correspondant est restreint ou inexistant. La posture globale de l'individu est souvent adaptée en « effacé » de courbure (fig. 6). Le patient type est cliniquement en trismus avec un contact dento-dentaire très fréquent. Notons qu'une hypertonie chronique du système manducateur peut également devenir pathogène, même sans contact dento-dentaire.

La langue est dans 90 % des cas en hyperappui palato-dentaire (trismus lingual) (cf. Forestier, Saulnier).

On trouve souvent ces patients en consultation d'occlusodontie de première intention.

2. Les muscles du système manducateur sont globalement hypotoniques. Le FWS correspondant est augmenté. La posture globale de l'individu est souvent adaptée en « augmentation de courbures » (fig.7). Le patient type présente cliniquement une langue en position basse et une déglutition atypique. La respiration est mixte ou buccale. On trouve peu souvent ces patients en consultation d'occlusodontie (en première intention). Leur prise en charge est plus volontiers otorhinolaryngologique, orthodontique et logopédique

Tout traitement destiné à modifier la posture (gouttière, semelles...) et toute interprétation de celle-ci doit impérativement tenir compte de ces paramètres et passer par la connaissance et la compréhension des causes qui ont placé l'individu dans une position « non standard », laquelle ne doit en aucun cas être assimilée en première intention à une patho-fonction.

Cette position « non standard » peut être le résultat d'une adaptation de l'organisme réussie et sans restriction de mobilité. Dans ce cas, la modification arbitraire, en toute bonne foi, de cette posture adaptative réussie, entraîne un nouveau déséquilibre auquel l'organisme devra inévitablement à nouveau s'adapter. En effet, une relation mandibulo-maxillaire jugée en première intention « anormale » peut être en réalité bien intégrée dans une posture globale harmonieusement adaptative, voire nécessaire. De même, une occlusion interdentaire enregistrée à l'instant « t »

d'un examen et qui s'écarte de la normalité pourrait être pathologique mais pourrait également être adaptative et donc parfaitement intégrée dans un contexte de réaction à un déséquilibre situé en dehors de l'appareil manducateur ; dans ce cas elle ne devrait pas en première intention être « corrigée ».

Ceci devrait nous engager à la prudence et nous inciter à bien examiner l'équilibre postural du CCHLML et l'équilibre global du patient avant de décider, par exemple, d'une modification de la relation mandibulo-maxillaire et ensuite d'une correction occlusale imposées arbitrairement.

Cet examen minutieux de la posture mandibulaire intégrée à la posture globale en préalable à tout traitement occlusal sera un des objectifs de la 4^{ème} partie.

En dehors d'une cause traumatique ou iatrogène, cette vision biomécanique et neurophysiologique nous permet de considérer la D.C.M. comme une des expressions cliniques des dysfonctions globales d'un « système fonctionnel » cervico-maxillo-facial intégré dans l'individu entier.

Le quatrième article sera consacré à la stratégie diagnostique et thérapeutique (ajustement biodynamique restreint, exercices proprioceptifs de reprogrammation neuromusculaire...) basée sur les notions développées dans les trois premiers articles.

Bibliographie restreinte

- Bouchet A. & Cuilleret J. : Anatomie, tome 1, SIMEP, Paris, 1991.
- Cochard L.R. : Atlas d'embryologie humaine de Netter, Masson, Paris, 2003.
- Devauchelle B. : Langue et dysmorphie, Masson, Paris, 1996.
- Forestier. A. & Saulnier L. : Prévalence et incidence des tensions manducatrices et linguales chroniques chez les patients adultes dysphoniques, Haute École de la Province de Liège, 2008.
- Gide R. : Utilisation de tests cliniques pour mettre en évidence l'influence du capteur occlusal sur la posture, Haute École de la Province de Liège, 2003.
- Koor I. : Bases physiologiques de l'ostéopathie, Maloine, Paris-Prodim, Bruxelles, 1982 (1^{ère} éd. 1976).
- Larsen W.J. : Embryologie humaine, Deboeck, Université Bruxelles, 1996.
- Leboulch J. : Vers une science du mouvement humain, ESF, Paris, 1976.
- Purves D. & al. : Neurosciences, Deboeck, Bruxelles, 2005.



TA-97 C LED
Technologie LED innovante
Nouvelle tête miniaturisée
Penta-Spray
Longueur de fraise de 16 à 21 mm

WA-99 LT
Tête miniaturisée
Penta-Spray
Zone de préhension optimisée

Profiter des avantages.

PEOPLE HAVE PRIORITY



Une longueur d'avance sur les autres : avec des technologies innovantes, telle que l'éclairage LED pour les turbines ou le nouveau Penta-Spray qui garantit un refroidissement parfait dans cinq directions. Avec des contre-angles dont la nouvelle tête compacte offre un meilleur accès à la zone de traitement. Avec des modèles qui reposent sur un concept de matériau de premier ordre et plus d'un siècle d'expérience dans la création d'instruments de précision dentaires. Avec le nouveau Synea.

W&H Benelux
Reepkenslei 44
B-2550 Kontich, Belgium
t +32 (0)3 844 49 85
f +32 (0)3 844 61 31
office.benelux@wh.com wh.com

synea
Ready for imitation.

NOBEL BIOCARE WORLD TOUR SHANGHAI AVRIL 25-27, 2008

Nobel Biocare
World Tour™ 2008
上海, 4月25-27日



Le World Tour de NobelBiocare était de passage à Shanghai du 25 au 27 avril et j'ai eu la chance d'y assister. Voici quelques souvenirs et informations qui m'ont marqués au pays du lotus bleu.

Shanghai est une énorme mégapole de 18 millions d'habitants comprenant encore une minuscule ancienne ville et surtout un quartier financier tout récent qui concurrencera Manhattan d'ici quelques années .C'est donc dans cette nouvelle partie (Pudong) au pied de la célèbre Pearl Tower qu'a eu lieu le congrès.

La Chine compte 1.300.000.000 habitants, 60.000 dentistes et d'après les statistiques, 15 millions d'édentés totaux, 200 millions d'édentés partiels. La maladie parodontale touche 80 % de la population. Seulement 0,1 % de la population a eu accès à l'implantologie. Quel marché potentiel !

Le congrès a duré 3 jours et de nombreuses inter-

ventions live ont été présentées. L'accent a été mis sur l'innovation, les nouveautés et les solutions de demain. Félicitations pour l'organisation exemplaire et pour la gestion d'informations (théorie, cas cliniques...) en simultané avec la transmission live interactive. Plus de 1000 participants, principalement asiatiques, et moi seul représentant de notre pays. Voici quelques informations retenues lors de ce World Tour.



Vendredi 25-4-08

Utilisation du système Procera et de la céramique Nobel Rondo (E. Hegenbarth – Allemagne).

Hegenbarth accorde beaucoup d'importance à l'évaluation esthétique (analyse psychologique, faciale, dento-faciale et dentaire) du patient. La céramique utilisée est la NobelRondo pour ses propriétés esthétiques et sa biocompatibilité.

Avec le système Cad-Cam actuel on peut obtenir des chapes de 0,4 ou 0,6 mm, de 4 couleurs différentes et modifier la largeur du bord incisif.

Le nombre d'éléments va de 3 à 4 pour le Procera Alumine Bridge et de 3 à 14 pour le Procera Zirconia Bridge.

Les implants Shorty pour des cas de résorption osseuse sévère (R. Kohal-Allemagne).

Les implants courts sont une bonne alternative aux greffes osseuses qui peuvent comporter quelques risques (exposition de membrane, infection...). La latéralisation du nerf mandibulaire ainsi que la onlay bone graft présentent également un haut taux de complications.

Pour le Dr. Renouard 4 facteurs sont importants pour l'intégration implantaire (position, direction, stabilité et longueur, celui-ci étant pour lui le moins important).

Le Dr. Renouard (France) nous montre en vidéo le placement de 3 Shorty Implants de 7 mm au niveau mandibulaire postérieur. Il faut bien sentir la densité osseuse lors du forage pilote afin d'évaluer la nécessité de tarauder ou pas. Le placement des implants se fait au contre-angle et les derniers tours à la main pour bien sentir leur stabilité. Si blocage lors de l'insertion, enlever, tarauder puis réinsérer. On évite de dépasser les 45 N, risque de nécrose osseuse.

On évite aussi l'irrigation pour garder la surface implantaire pure.

Une autre vidéo nous montre le placement de 3 Shorty Implants par le Dr. P. Chang (USA) au niveau mandibulaire à l'aide du Nobelguide et en flapless. A noter l'ignorance pratique presque totale du Nobelguide dans l'auditoire. Discussion sur l'utilisation du tissu punch. Pour le Dr. P. Chang, toujours avant le forage mais tout le monde n'est pas de son avis.

Après démontage du Nobelguide, le Dr. P. Chang place un bridge provisoire en utilisant les guided abutments qui s'expansent lors du vissage. Cela permet de corriger une petite distorsion de positionnement des implants. Il nous fait remarquer l'utilisation du trépan osseux manuel en cas de difficulté d'insertion du bridge à cause d'une spicule osseuse.

Tout le monde est d'accord sur la connection des Shorty Implants entre eux.

En ce qui concerne l'utilisation du Shorty en unitaire, la majeure partie des orateurs l'évite. Seul le Dr. Dong-Ho (Corée) en a placé 80 au maxillaire et à la mandibule sans rencontrer d'échecs jusqu'à présent. L'avenir se montre des lors très prometteur pour cet implant court.



Samedi 26-4-08

Teeth-in-an-hour à l'aide du Nobelguide chez un patient édenté total supérieur - (P. Moy- USA).

Le Dr. P. Moy nous montre en vidéo le principe teeth-in-an-hour chez un patient de 52 ans ayant eu des extractions totales au maxillaire supérieur 6 mois auparavant.

Après avoir placé le guide à l'aide de 3 vis d'ancrage, le Dr. P. Moy commence le forage pour les 2 implants les plus distaux afin de stabiliser encore plus le Nobelguide.

Après avoir placé 2 MK II Tiu RP 11,5 et avoir enlevé les porte-implants, le Dr. P. Moy place des guided template abutments RP. Lors du serrage de ces pièces les bords s'écartent et stabilisent encore plus le guide.

On peut utiliser l'os de forage pour greffer autour des implants même en technique flapless.

Finalement après avoir placés 8 implants MK II, la prothèse est vissée à 35 Ncm en utilisant les guided abutments RP. Nouvelles dents, nouveau sourire et un grand bouquet de fleurs en prime.



Techniques chirurgicales pour le remplacement unitaire (M. Dragoo-USA).

Le Dr. M. Dragoo décrit le NobelDirect. Sur 360 cas il obtient un taux de réussite de 98 %. Dans 89 % des cas la profondeur du sulcus péri-implantaire est inférieure à 2 mm.

Le Dr.L. Deng (Chine) nous montre une intervention en direct d'un placement d'un NobelDirect groovy 4,3 x 13 chez un patient de 68 ans ayant perdu une 14 trois ans auparavant. L'intervention est flapless, le tissu punch est utilisé, l'insertion finale est manuelle. Il ne fait pas de taille de la partie externe de l'implant lors de la chirurgie afin de ne pas contaminer le site. Après avoir mis une digue sur l'implant, la provisoire est rebasée en bouche.

La couronne provisoire soigneusement polie est scellée en restant à 0,5 mm de la gencive.

Le Dr. P.Pettersson (Suède) confirme qu'il ne faut jamais préparer l'implant NobelDirect directement lors du placement car à ce moment il y a un espace entre l'implant et le tissu parodontal avec un risque de contamination de celui-ci par des débris de titane contaminé ou de l'huile du contre-angle.

Ensuite Dr. B. Swart (Afrique du sud) nous explique les caractéristiques du NobelActive. :

- condensation osseuse périphérique lors de l'insertion
- auto-tarudant
- légèrement conique et étroit
- spires plus agressives
- configuration apicale plus agressive
- stabilité primaire améliorée
- instrumentation réduite

Une vidéo nous présente la manipulation de cet implant. Une patiente de 27 ans présente une agénésie des 12 et 22. Le Dr. O. Fromowitch (Israël) décide de placer 2 NobelActive. La séquence est la suivante :

- incision en palatin et lambeau
- placement d'un guide chirurgical
- foret de 2 mm à longueur
- placement de l'implant NobelActive internal NP
- l'axe d'insertion final est obtenu par un mouvement de rotation de l'implant
- vérification de la stabilité de l'implant à l'aide de la clef dorée
- placement de l'abutment NobelActive
- serrage à 35 Ncm
- suture
- placement de la digue
- cire dans l'abutment
- rebasage au composite fluide d'une couronne ion et polymérisation
- ajustement, polissage de la provisoire et scellement.

Le Dr. B. Swart nous commente les statistiques obtenues avec cet implant.

Selon des études de Karmon B., Kohen J., Lor A., Graciany Y., Laster T., Hallel G., Karmon T., 648 implants ont été placés chez 251 patients suivis jusqu'à 4 ans. Le taux de réussite clinique est de 98,3 %.

Dans une étude menée dans plusieurs centres, l'implant NobelActive a été comparé au NobelReplace, les deux avec mise en charge immédiate.

Les taux de réussite après un an sont de 96,8 % pour le NobelActive et de 99,2 % pour le NobelReplace.

Une autre étude multicentre ayant mesuré la résorption osseuse marginale initiale et après un an, ne montre pas de différences significatives entre le NobelActive et le NobelReplace.

Solutions prothétiques sur implant unitaire

Dr.M. Wong (Singapour) nous montre en live le scellement définitif d'une couronne zirconia sur un implant NobelReplace remplaçant la 36. Le ciment utilisé est le Rely X Luting Cement 2.

Dr. I. Gamborena (Espagne) nous fait un splendide exposé sur les solutions prothétiques unitaires en mettant l'accent sur le concept Platform Shift.

Il évite le plus possible l'approche en deux temps car l'enlèvement et le repositionnement de l'abutment influence le remodelage osseux autour de l'implant. Cela peut engendrer une rétraction osseuse et gingivale parfois critique dans la zone antérieure.

Dr. Gamborena n'hésite pas à augmenter l'épaisseur des tissus mous autour des implants afin d'avoir une attache d'une meilleure qualité et une esthétique parfaite.



Afin d'obtenir une esthétique améliorée dans la zone antérieure, le Dr. Gamborena insiste sur différents points importants :

- one stage surgery
- implantation immédiate avec placement de l'abutment définitif et de la provisoire
- ne plus démonter l'abutment
- éléction d'un abutment large afin de bien supporter la couronne
- abutment concave en-dessous de la ligne de finition de la restauration
- design de l'abutment afin de permettre une greffe de tissu mou péri-implantaire

Solutions prothétiques sur plusieurs implants

Retour de la discussion sur les Shorty Implants avec le Dr. R. Kohal (Allemagne). Un débat intéressant comparant la

greffe osseuse à l'implant court. Selon la littérature scientifique, le taux de réussite des implants courts est inférieur.

Mais actuellement ce taux augmente de plus en plus grâce à différents facteurs :

- l'augmentation de l'expérience des chirurgiens
- le design des implants (MK IV, Speedy) induisant une compression osseuse
- la surface des implants (TiUnite)
- pas de taraudage
- la sélection des patients et l'adaptation de la technique chirurgicale.

Suit une intervention live du Dr.Y.Lin (Chine) sur le placement des Implants NobelSpeedy Shorty.

Un homme de 59 ans édenté latéral mandibulaire présentant une hauteur résiduelle de 8 mm. au-dessus du nerf mandibulaire. 3 NobelSpeedy Shorty et 1 NobelReplace sont placés et mis en charge directement.

Le protocole utilisé est assez étonnant et a suscité de vives discussions.

- utilisation d'un guide chirurgical en résine troué au niveau de 4 sites
- pas de lambeau
- foret de 2 mm à travers le guide pour marquer les sites
- foret punch à travers le guide
- fraise boule pour élargir le marquage
- drill de 2 mm
- drill de 2,4 mm
- drill de 3 mm



- counterbore RP
- placement du NobelSpeedy Rp sans guide au contre-angle et à la clef
- placement des autres implants selon la même procédure
- placement de quick temp abutments
- utilisation du guide chirurgical pour vérifier la position des abutments
- placement des capuchons en plastique sur les abutments
- dans l'intrados du guide chirurgical des dents en résine évidées sont positionnées
- rebasage à la résine du guide avec les dents en bouche
- polissage et scellement provisoire

Un grand débat assez tonitruant a suivi la présentation au sein du comité scientifique réunissant les Dr. Kohal (Allemagne), Hong (Taiwan) et Pettersson (Suède).

- flapless ou pas en cas de Shorty Implants : le Dr. Pettersson (école suédoise) est contre (difficulté de visualiser la position exacte du col de l'implant...)
- en cas d'os dense, ne pas hésiter à tarauder même pour les Speedy Implants
- dans ce dernier cas, tous préfèrent utiliser un Nobelguide pour plus de sécurité, d'ailleurs ils trouvent ce praticien fort "compétent" pour travailler de cette manière...
- Dr.Y.Lin se défend en mentionnant la limitation d'ouverture buccale contre-indiquant l'utilisation du Nobelguide
- mise en charge immédiate dans ce cas : pas nécessaire (selon le Dr. R. Kohal, en principe pas de problème mais pas assez de recul clinique).



Dimanche 27-4-08

Importance du soutien des céramiques de recouvrement dans les restaurations Zirconia Bridges (B. Marchack-USA).

Une question que tout le monde se pose mais à laquelle peu répondent : est-ce que les couronnes Zirconia cassent ? Dr. Marchack en a placé 1600 et il nous relate un taux de fractures de 8% (taux inférieur d'après lui à celui des céramo-metalliques). On peut diminuer ce taux en :

- évaluant chaque situation afin de déterminer la nécessité d'une personnalisation de la chape
- visant toujours un design d'armature de résistance maximale
- augmentant la surface ou le volume du support de la céramique de recouvrement
- augmentant l'épaisseur de l'armature en proximal (en zone non-esthétique)

En effet, le Dr. Marchack n'hésite pas à fortement augmenter l'épaisseur et la hauteur du bandeau cervical de la chape au niveau des couronnes et bridges placés dans des zones moins esthétiques.




Concept All-on-4 avec utilisation du Nobelguide (P.Moy-USA).

Le Dr. P. Moy (USA) nous décrit le concept All-on-4, son principe et ses avantages. Ses statistiques sont admirables (voir ci-dessous).

All-on-4 : Mandible - Statistics
Immediate Function of Implants for Rehabilitation of the Totally Edentulous Mandible - All-on-4 Update

- Total number of cases followed: 1364
- Total number of implants: 5456
- Total number of implants lost: 8 (no difference between posterior and anterior)
- % of success - Implants: 99,86%
- % of success - Protheses: 100%
- Study with over 8 years of follow-up

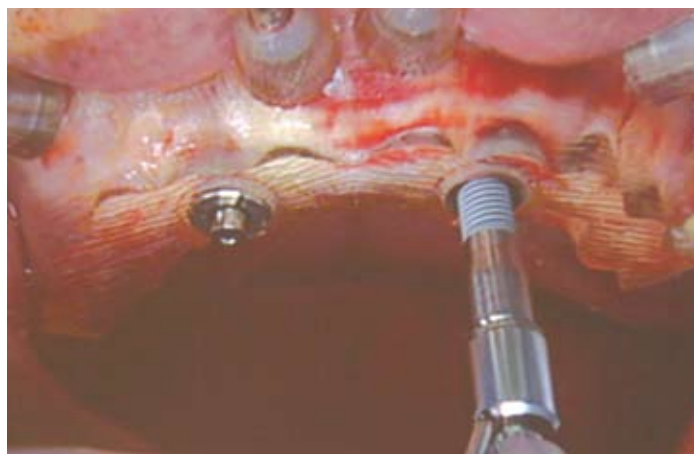


All-on-4 : Maxilla - Statistics
Immediate Function of Implants for Rehabilitation of the Totally Edentulous Maxilla - All-on-4 update

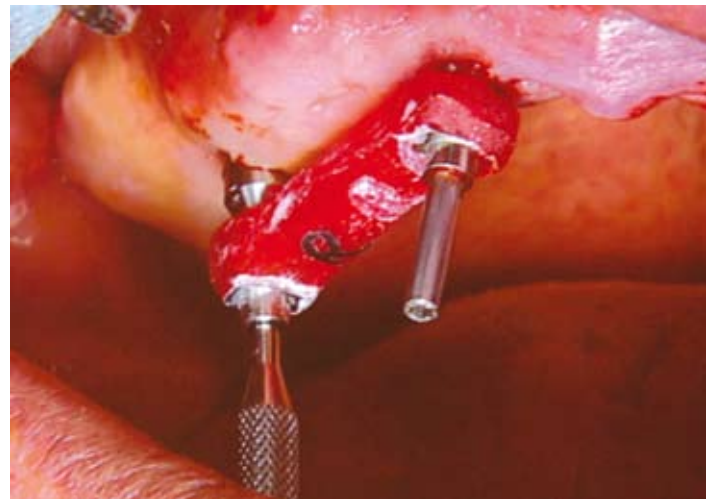
- Total number of cases followed: 648
- Total number of implants lost: 39 (no difference between posterior and anterior)
- % of success - Protheses: 100%



Suit finalement une intervention live orchestrée par le Dr. J. Chow (Hong Kong). Démonstration du concept All-on-4 au maxillaire chez un patient fumeur de 68 ans à l'aide du Nobelguide (mise en place de 4 NobelSpeedy). Afin de parfaitement stabiliser le guide déjà fixé par 4 anchor pins, Dr. J. Chow place un guided template abutment RP dans un des deux sites implantaires antérieurs. D'après lui, cela évite une légère bascule postérieure du guide entraînant une possible inadaptation de la prothèse.



Après enlèvement du guide, les abutments sont mis en place. Les piliers distaux (multi-unit abutment angulated non-engaging) sont placés à l'aide d'une clef en Duralay préalablement élaborée. Le bridge tout-résine est finalement vissé



Après cet excellent show en Chine des possibilités chirurgicales et prothétiques de NobelBiocare, le World tour continue sa tournée mondiale. Rendez-vous à Maastricht.

Michel Anton

NobelGuide™ (诺保速导植牙法)

唯一全套完整口腔修复治疗系统



NOUVEAU!

Nous vous présentons

Oral-B® PRO-EXPERT

Le dentifrice qui s'intéresse à plusieurs aspects de la dentition...

Tout comme vous.



La plaque dentaire



La santé des gencives



La sensibilité



Les caries



La mauvaise haleine



Le tartre



Les taches



Le premier et seul dentifrice

à base de fluorure d'étain et d'hexamétaphosphate de sodium qui aide à prévenir les principaux problèmes dentaires

Cotisation 2008



Vous êtes diplômé en

Montant

2002 et avant	310 euro
2003	270 euro
2004	220 euro
2005	170 euro
2006	125 euro
2007	70 euro
2008	GRATUIT
Etudiant (2ème cycle)	GRATUIT
Assistant plein temps + de 65 ans	195 euro
Membre Honoraire	145 euro
Praticien n'exerçant pas en Belgique (GD Lux., France)	40 euro
	210 euro

Conjoint 50% de la cotisation correspondant à l'année du diplôme

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

COPIE CLIENT

montant en lettres

date memo montant en EUR

compte donneur d'ordre

compte bénéficiaire

068-2327544-56

nom bénéficiaire

communication

date de remise

EURO

Copie client, présenter uniquement en cas de versement

EURO

signature(s)

date de signature

VIREMENT OU VERSEMENT

En cas de complètement manuel, un seul caractère noir (ou bleu) par case

Ne pas accepter en paiement

date mémo (facultatif)

(uniquement pour exécution dans le futur)

compte donneur d'ordre

nom et adresse donneur d'ordre

EUR CENT

compte bénéficiaire

nom et adresse bénéficiaire

Société de Médecine Dentaire

Av. de Fré, 191

1180 Uccle

communication (en MAJUSCULES)

Ne rien écrire ci-dessous

>

ANKYLOS[®]

System



DENTSPLY
FRIADENT

formation continue

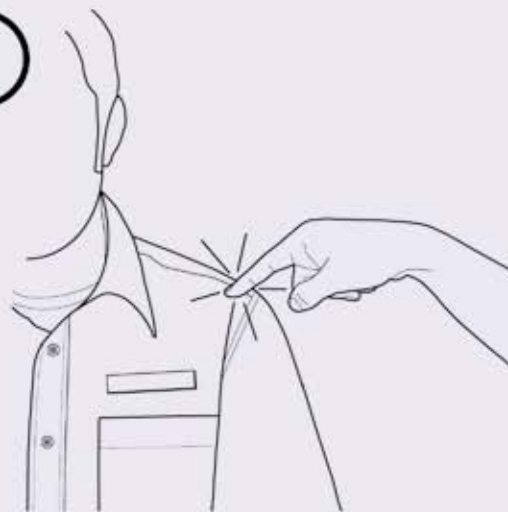
S o m m a i r e

- 31** Peer-review - 20 septembre
- 32** Parodontologie - 27 septembre
- 37** Cours pratiques d'ergonomie
- 38** Nouveautés - 18 octobre
- 40** Médecine - 15 novembre

Comment accéder gratuitement à Internet sur votre iPhone jusqu'à la fin de l'année?

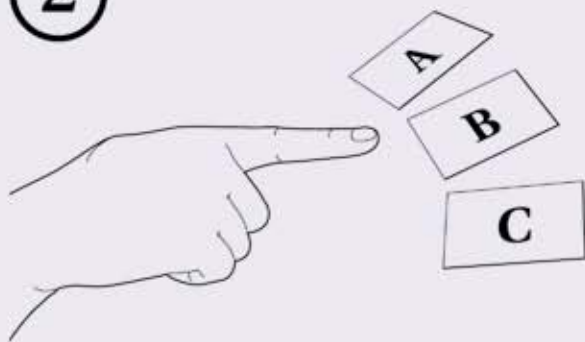
Édition limitée

①



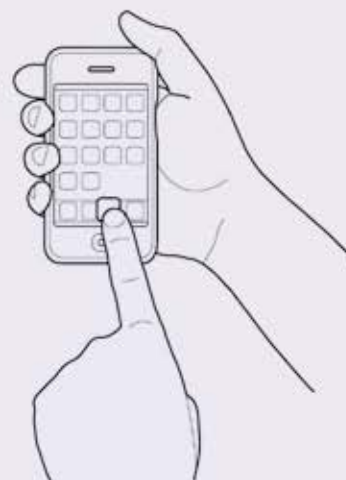
Interpellez chaleureusement un vendeur Proximus.

②



Choisissez le forfait qui vous plaît.

③



Effleurez délicatement l'icône Internet et surfez gratuitement sur votre iPhone.

Profitez gratuitement d'Internet et de l'e-mail sur votre iPhone. Choisissez la formule tarifaire qui correspond le mieux à vos besoins en téléphonie et bénéficiez gratuitement du service Mobile Internet jusqu'à la fin de l'année*. Ensuite, vous ne payerez que € 5 par mois** pour le service Mobile Internet. Si vous êtes déjà client Proximus, vous pouvez aussi bénéficier de cette offre exceptionnelle.

Vous trouverez toutes les infos sur nos formules tarifaires et l'activation de Mobile Internet dans un point de vente Proximus ou sur www.proximus.be/iphone



ET TOUT DEVIENT SI PROCHE

avec

belgacom

*Offre Mobile Internet valable pour toute souscription à un abonnement de 12 mois Smile (35, 55 ou 75) ou Business (Easy ou Intense) avant le 30/09/2008. Vous bénéficiez d'un volume Mobile Internet inclus de respectivement 200MB avec Smile 35/Business Easy, de 500 MB avec Smile 55 et de 1 GB avec Smile 75/Business Intense. Au-delà du volume inclus, vous ne payerez que €0.03/MB. Offre valable pour 1 carte SIM par client. Non cumulable avec une autre promotion sur ces formules tarifaires. ** Tarif TVAC. Pour un usage national uniquement.

Peer-Review

**Samedi 20 septembre 2008 de 9h00 à 10h30
et de 10h45 à 12h15**



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



Sujets proposés

- Des problèmes de sécurité au cabinet dentaire ?
- Le dentiste, une proie pour arnaques en tout genre ?
- E-learning
- Hygiène
- Devenir maître de stage

1^{ère} séance

9h00-10h30

10h30 : pause café

2^{ème} séance

10h45-12h15

Nombre de places limité à 75

Inscription dans l'ordre de réception des paiements

Clôture des inscriptions le 12 sept. 2008

Afin de réduire au maximum le temps d'attente à l'accueil, nous vous demandons de noter en ordre décroissant vos préférences de sujets

Bulletin d'inscription en encart

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 parodontite

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

Nabil AZEHOUI

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 Bränemark, 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

Marc 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 : Sémiologie, 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.



Didier 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 Cardamone
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



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

ERGONOMIE

30 oct.
20 nov. 2008
18 déc.

de 10h00 à 14h00
Bruxelles - Maison des Dentistes
Av. De Fré 191 - 1180 Bruxelles

Accréditation : 20 UA dom. 2
Formation continue : 4h00

Cours pratique d'ergonomie

FABIENNE PAPAZIAN

Chargée de cours à la SMD

Kinésithérapeute – Ostéopathe D.O.

Objectifs :

Acquérir une bonne prise de conscience du corps et de son mode de fonctionnement, en particulier en milieu dentaire. Education et prévention des problèmes de dos au moyen d'exercices pratiques de type "Ecole du dos" et de bien-être adaptés à chaque praticien dentaire.

Programme de la formation :

Notre dos :

- Organisation anatomique
- Les liens de cause à effet des relations biomécaniques
- Analyse et conseils à propos des problèmes de dos en cabinet dentaire
- Conseils pour l'aménagement du cabinet dentaire : ergonomie

Formation pratique :

- Au moyen d'exercices adaptés pour la prise de conscience du corps et l'obtention d'un renforcement analytique du système musculo-squelettique
- De type "Ecole du dos" en relation avec le métier de dentiste. Informations d'hygiène vitale et conseils dans le domaine de la phytothérapie

Maximum 10 participants - Inscription effective dans l'ordre de réception des paiements. Afin de vous garantir une place, nous vous demandons de sélectionner plusieurs dates dans l'ordre de vos préférences.

Prévoir une tenue confortable (exercices).

Bulletin d'inscription en encart



NOUVEAUTÉS

18 oct. 2008 de 9h à 12h30 - DENTEX Bruxelles (Palais du Heysel)

Accréditation demandée : 10 UA dom. 6 & 3 - Formation continue : 3h00

Les nouveautés

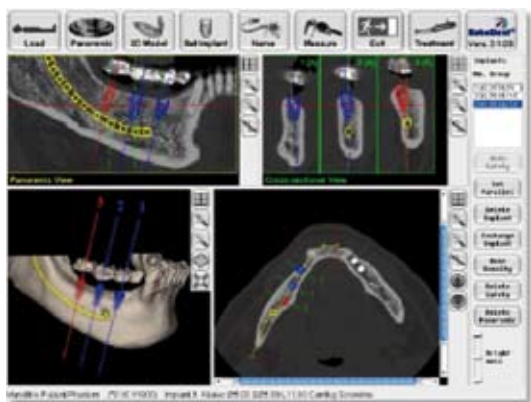


Marc LIPPERT

*Licencié en Science Dentaire UCL 1975
Formation implantologie chez le Docteur Jean-Marc
Juillet Paris 1977.
Formation technique implantaire du Docteur
SCORTECCI Nice 1985.
Attestation d'Etude et de Recherche en Implantolo-
gie Orale SFBSI France 1986-1987.
Cours de chirurgie avancée Université de
Loma-Linda. USA 1989.*

Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire de France 2004

**Etablissement du plan de traitement
grâce à l'informatique et l'assistance à
la chirurgie implantaire par la robotique**



1. Evolution de l'imagerie médicale
2. Acquisition des données pour l'élaboration du plan de traitement par l'informatique.
3. Réalisation, en direct, de plans de traitement.
4. Présentation de l'assistance chirurgicale de l'acte implantaire par la robotique au moyen de la technique ROBODENT



Marc HERMANS

*CES Implantologie ULB
DES Parodontologie ULB
Maître de Conférence ULB depuis 1999
Cours Académique ULB niveau Bachelier : Sémiologie,
pathologie & Radiologie Dentaire.
Pratique privée exclusive de parodontologie & implan-
tologie depuis 1997.
Membre du Board de la SBP, Membre international
AAP et EAO*

NobelActive™: "une nouvelle orientation pour les implants"



Avec sa forme d'ostéotome couplé à des spires en "tire-bouchon" et sa connexion interne conique associée à un hexagone interne, l'implant NobelActive™ offre un nouveau concept tant pour la chirurgie que pour la prothèse. Une des ses caractéristiques majeures est sa stabilité primaire importante permettant non seulement un ancrage dans des situations cliniquement difficiles mais aussi une capacité de rectification de l'orientation lors de la chirurgie pour un positionnement idéal. Ceci ouvre de nouvelles solutions lors de la chirurgie.

Au niveau prothétique, les 3 plateformes chirurgicales NP-RP-WP sont réduites à 2 : NP et RP. Réduisant l'arsenal des composants d'empreinte et de prothèse. La connexion prothétique est à double fonction, permettant un ancrage bridge transvissé sur implant ou un ancrage scellé ou transvissé sur pilier. Enfin, dernier atout et non des moindres, le dessin de l'interface implant / pilier intègre un transfert de plate-forme: " Platform Shifting", optimisant l'interface des tissus gingivaux et osseux.

La mise en route de ce produit s'est faite sur base d'une nouvelle procédure. Phase "beta test" avec formation d'un groupe de praticiens initiés par les concepteurs de l'implant, qui a leur tour ont servi de formateurs, recevant le produit en pré-vente et pouvant donner leur avis avant la phase de lancement final.

A l'aide de cas cliniques concrets cette nouvelle approche implantaire sera détaillée tant au niveau chirurgical que prothétique.

Bulletin d'inscription en encart



Olivier WOIT

*Prothésiste - Herstal 1986
A suivi de nombreuses formations nationales et internationales
Dirige son propre laboratoire avec Vincent Pirretz
Travaille en collaboration avec le service de Médecine Dentaire de l'ULg depuis de nombreuses années.*



Bart VANDENBERGHE

*Dentiste
Masters en imagerie (KUL)
Recherches sur les images digitales 2D et 3D et leur influence sur le diagnostic parodontal.
Chercheur à l'Université de Temple et de Boston (USA)
Visiting Professor University of Maryland
Recherches actuelles sur les images digitales 3D et les plans de traitements élaborés, le cone beam
Finaliste du Research Award of the International Dentomaxillofacial Radiology Association in 2007, China*

Comment résoudre une dysfonction complexe et rendre le sourire au patient par un « simple » traitement de haute technologie

Cas d'un patient de 50 ans initialement en classe II d'Angle avec deep bite important et absence de dents définitives (12 et 22 entre autres) souhaitant une réhabilitation orale complète sans chirurgie implantaire.



Première étape

Traitement orthodontique avec détermination de la nouvelle occlusion.

Deuxième étape

Sur base de cette nouvelle occlusion, réalisation extemporanée de deux ponts totaux provisoires en résine après taille des dents (toutes vitales).

Troisième étape

Réalisation des ponts en zicone avec gestion de certains impératifs comme le manque de place dû à la position de certaines dents vitales et à l'absence des latérales.



Le « Cone Beam » en pratique dentaire

L'imagerie est l'outil diagnostic le plus important et le plus utilisé en médecine dentaire. Dans de nombreux pays, plus du quart de toutes les images diagnostiques médicales est issu du domaine dentaire.

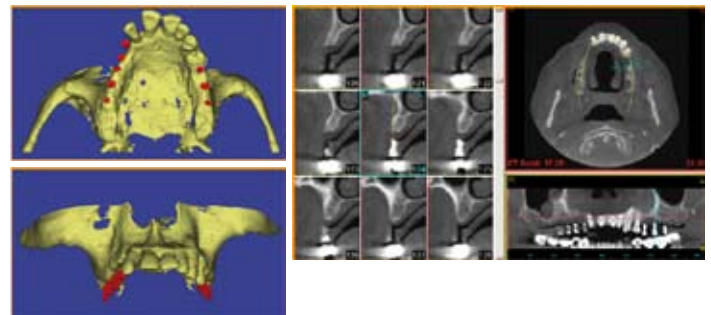
La plupart des outils d'imagerie utilisés pour visualiser les complexes maxillo-faciaux, mâchoires et dents, fournissent une image en deux dimensions (2D). Par exemple : les clichés intra-oraux et panoramiques.

Cependant, la nature même des structures du crâne, des mâchoires ou des dents, ainsi que des pathologies rencontrées, présente un volume en trois dimensions (3D). Dès lors, nous tirerions beaucoup plus de bénéfices d'un examen tridimensionnel de ces structures. Par exemple : l'identification neuro-vasculaire, la recherche de tumeurs et kystes, de dents incluses, les fentes palatines.

Durant cette dernière décennie, le recours aux informations 3D comme aide diagnostique et certainement comme aide à la planification chirurgicale, a montré une extraordinaire augmentation. Même le domaine de l'orthodontie fait de plus en plus appel à ces techniques diagnostiques.

Initialement, les praticiens ont eu recours au CT SCAN conventionnel (tomographie assistée par ordinateur). En raison des doses d'irradiation relativement élevées, d'autres méthodes ont été étudiées. Il y a quelques années, une nouvelle technologie, appelée « Cone Beam Computed (Volume) Tomography » (CBCT ou CBVT) (tomographie à faisceau conique assistée par ordinateur), a été introduite en médecine dentaire, permettant de récolter des informations volumétriques des os maxillaires, tout en réduisant raisonnablement les doses d'irradiation. Cette technologie a révolutionné les stratégies de diagnostics et de traitements dans de nombreuses disciplines de la médecine dentaire.

Cette technique sera présentée, en insistant sur ses applications cliniques, ses avantages et ses inconvénients.



MEDECINE

15 nov. 2008

de 9h à 17h
Bruxelles - Diamant

Accréditation demandée : 40 UA dom. 1 - Formation continue : 6h00

Interactions Médecine Générale et Médecine Dentaire



La gestion des patients atteints de cancers, en pré- et en post- chimio- et radiothérapie

(Pr. Hervé Reychler)

L'exposé abordera de manière très pratique pour tous les dentistes, les attitudes préventives et thérapeutiques, au niveau oral, dentaire et prothétique, à adopter devant un patient cancéreux, parmi lesquels on distinguera les cancéreux oraux des autres patients cancéreux.

Les effets des traitements anti-cancéreux (que sont la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie) sont assez différents s'ils portent exclusivement sur la sphère cervico-maxillo-faciale, ou s'ils concernent d'autres localisations tumorales. Pour ces deux cas d'espèce, des arbres décisionnels seront proposés, basés sur des notions d'evidence-based medicine, et appuyés par des recommandations internationales. Cela concerne essentiellement les répercussions de la radiothérapie et de la chimiothérapie sur les dents, le parodonte, les muqueuses tapissant la cavité orale, les systèmes de défense immunitaire, tant du point de vue thérapeutique dentaire que prévention locale.

Implications de la Médecine Dentaire dans le Syndrome des Apnées Obstructives du sommeil

(Prof. Michel Limme)

Le Syndrome des Apnées (et Hypopnée) Obstructives du Sommeil (SAHOS) est une pathologie qui survient durant le sommeil, souvent après la quarantaine (homme \pm 4 %, femme \pm 2 %) et qui consiste en des épisodes répétés (min. 5/heure) et de durée variable (min. 10 secondes) pendant lesquels se produit brutalement une obstruction par collapsus de la voie aérienne supérieure, au niveau du pharynx / langue / voile du palais, provoquant un arrêt respiratoire préjudiciable à long terme, à cause notamment des répercussions cardio-vasculaires.

Les dentistes et orthodontistes sont de plus en plus concernés et sollicités pour contribuer au diagnostic et aux traitements de ces patients.

Des analyses céphalométriques réalisées à partir de clichés télé-radiographiques de la tête permettent d'objectiver des facteurs prédisposant de la morphologie faciale caractéristiques chez ces patients, et même de prédire certains risques.

La mandibule s'abaissant au cours des apnées, des appareils de détection ont été développés pour enregistrer, au domicile des patients, ces éventuelles activités.

En outre, on a pu montrer que la propulsion mandibulaire, en avançant mandibule et tissus mous, pouvait prévenir la survenue du collapsus obstructif. Il en a résulté le développement de multiples orthèses de propulsion mandibulaire.

Enfin, des opérations de chirurgie maxillo-faciale (ostéotomie d'avancée mandibulaire, voire bimaxillaire) permettent de traiter de manière beaucoup plus définitive, un certain nombre de ces patients. Pour tous ces cas, le praticien dentaire doit de plus en plus s'impliquer dans le cadre de traitements pluridisciplinaires.

Lumières sur la prescription d'antibiotiques en médecine dentaire

(Amélie Mainjot, Chef de clinique CHU de Liège, Service de Prothèse Fixe, Prof. Alain Vanheusden)

Alors que les médecins ont déjà bénéficié d'une campagne politique d'information très médiatisée sur le « bon usage » des antibiotiques, les dentistes restent des prescripteurs de l'ombre. Faut-il prendre nos responsabilités vis à vis de la prescription d'antibiotiques, quel est l'impact sur la santé publique? Pouvons-nous rationaliser l'utilisation des antibiotiques en médecine dentaire, pouvons-nous mieux prescrire ? De quelles informations disposons-nous ? L'exposé fera le point sur la situation en 2008.

Nécroses osseuses iatrogènes des maxillaires

(Dr. Eric Fossion)

Après un bref aperçu des causes possibles d'une nécrose osseuse dans le massif maxillo-facial, l'attention sera focalisée sur les cas où l'origine se trouve soit dans un traitement dentaire local, soit dans une radiothérapie préalable de la région, soit dans l'administration (intravéneuse) de biphosphonates. D'après leur origine ces nécroses osseuses présenteront des symptômes et des évolutions spécifiques. Leur diagnostic différentiel est en outre très important, puisque le traitement dépendra surtout des étiopathogénèses en jeu. Ainsi faudra-t-il tenir compte de la vascularisation locale, régionale et générale, des surinfections possibles et des capacités régénératrices osseuses.

Pour la clarté de l'exposé, trois groupes d'ostéonécrose des maxillaires seront traités à l'aide d'exemples cliniques: l'ONM par agent chimique caustique, l'ostéoradionécrose et l'ONM par biphosphonates. Le but est d'avertir le dentiste du danger et de lui donner quelques directives pour le guider à travers le diagnostic vers un traitement initial sauf et utile. Suivra alors une prise en charge multidisciplinaire, où le dentiste et le chirurgien maxillo-facial joueront un rôle prépondérant.

Facteurs de risque en Implantologie.

(Dr. Pierre Philippart)

Les excellents résultats cliniques que présente l'implantologie moderne ont permis à cette discipline de devenir le « premier choix » dans l'abord thérapeutique de l'édentation. Cependant, l'expérience acquise dans le domaine tant du point de vue clinique que de la recherche en ont défini petit à petit les conditions d'applications pour en obtenir un résultat optimal dans le temps. L'auteur présentera donc premièrement les facteurs médicaux généraux pouvant compromettre le succès de l'implantation et secondairement les règles biomécaniques occlusales nécessaires pour éviter la perte d'implants.



Prolongez l'été avec 50% de remise de Proximus



PROMO
-50% sur
votre forfait

Pour indépendants et PME



De plus, téléphonez sans compter vers les lignes fixes pendant 1 an



Offre destinée aux clients professionnels et indépendants. Offre valable du 20 août au 20 octobre 2008 inclus pour toute nouvelle souscription d'un contrat aux plans tarifaires Business Easy et Voice Fusion Advantage en échange du bon disponible dans tous les points de vente Proximus agréés. Pas de frais de portabilité. Pour un contrat de 18 mois, -50% sur le forfait (€10 par mois au lieu de €20 pendant 12 mois) pour Business Easy. Pour un contrat de 24 mois à Voice Fusion Advantage, -50% sur le forfait (10€/mois au lieu de €20 pendant 18 mois). Valable vers les réseaux mobiles en Belgique, hors numéros spéciaux. Ces offres comprennent également les appels vers les lignes fixes en Belgique, hors numéros spéciaux, et ce pendant 12 mois pour Business Easy et 24 mois pour Voice Fusion Advantage. A partir de la 2651ème minute le tarif en vigueur est de € 0,25 / minute pour tous types d'appels. Prix et conditions applicables en Belgique. Prix htva.

infos professionnelles

Sommaire

- 45** FAQ
M. DEVRIESE
- 47** Tiers-Payant : vérification de l'assurabilité on-line ?
M. DEVRIESE
- 48** Du neuf pour le maintien de l'agrément ?
M. DEVRIESE



Grâce à vous nos
dents sont bien
protégées...

...mais vous,
l'êtes-vous
également ?

L'assurance complète et avantageuse de Protectas,
c'est la garantie, pour vous dentiste, d'être couvert
aussi à 100%

Protectas offre exclusivement aux membres de la Société de Médecine Dentaire, une police d'assurance collective avec de larges garanties à un prix extrêmement avantageux:

- Responsabilité civile professionnelle pour les dentistes
- Responsabilité civile familiale
- Assurance incendie et vol au cabinet dentaire et habitation privée
- Assurance auto R.C. + omnium
- Assurance voyages
- + tous les autres risques liés à la profession de dentiste

Vous avez des questions ou vous êtes intéressé par un de nos produits ?

N'hésitez pas à nous appeler au **02-465 91 01** ou à nous envoyer un fax au **02-468 02 34**.

Vous pouvez également nous envoyer un e-mail à : **info@protectas.be**

Nous sommes sur les dents pour votre assurance.





FAQ

Un dentiste nous demande s'il peut réclamer des honoraires pour des soins donnés il y a plus de cinq ans.

Le Code Civil précise que : L'action des prestataires de soins pour les prestations, biens et services médicaux qu'ils ont fournis, y compris l'action pour frais supplémentaires, **se prescrit vis-à-vis du patient par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ils ont été fournis.**

En outre, la réglementation INAMI prévoit un délai de 3 mois pour établir l'attestation de soins.

Ces délais de prescription sont spécifiques au domaine médical, et bien plus courts que dans d'autres secteurs.

Dès lors nous conseillons de ne pas traîner pour réclamer votre dû : que ce soit l'envoi de votre note d'honoraires, la délivrance de l'attestation de soins donnés (même si le patient ne paye pas de suite), l'envoi de rappels, la mise en route d'une procédure de récupération.

Le temps joue de toute façon ... contre vous.

Dans le cas de travaux prothétique d'importance, demandez toujours le paiement d'acomptes, lors des séances intermédiaires, en fonction de l'état d'avancement de vos soins. Toutefois évitez de percevoir des acomptes trop importants sans relation aucune avec l'état d'avancement de vos prestations ou des frais déjà engagés (frais de laboratoire, de pièces implantaires, ...).

ORTHODONTIE PRECOCE

Question : Je suis orthodontiste et je m'interroge sur les modalités d'application du nouvel accord en ce qui concerne les 2 nouveaux numéros de code pour un traitement avant 9 ans : le placement d'un appareil quel qu'il soit, nécessite un suivi régulier. Si j'ai bien compris, les visites de contrôle ne sont pas honorées. Peut-on attester une consultation 371011 dans ce cas ? Merci de votre réponse.

Réponse : Non, on ne peut certainement pas attester de 371011 dans le cadre d'un traitement orthodontique précoce. Les 2 codes (à attester en début et fin de traitement) sont des forfaits qui comprennent tout le traitement. Les visites de contrôle sont bien honorées... dans les forfaits.

C'est très explicite dans les **textes légaux** :

Traitement orthodontique de première intention

Le traitement orthodontique de première intention peut bénéficier d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire. Répartie en 2 forfaits, elle couvre l'entièreté du traitement qui comprend la prise d'empreintes, la confection des moulages, le diagnostic et la notification au médecin-conseil, l'appareillage, la pose de l'appareillage et les visites de contrôle.

Le premier forfait 305933-305944 doit être attesté lors du placement de l'appareillage nécessaire au traitement orthodontique de première intention, le second forfait 305955-305966 en fin de traitement et au plus tôt dans le courant du sixième mois civil du traitement qui démarre avec le placement de l'appareillage. L'intervention de l'assurance est due uniquement pour des traitements orthodontique de première intention qui, en période de denture lactéale ou de denture mixte, visent à :

- corriger les articulés croisés frontaux et latéraux;
- lever les verrouillages frontaux et/ou transversaux de l'occlusion;
- prévenir les traumatismes antérieurs par la correction de la position des incisives;
- corriger un manque de place pendant la phase de permutation dentaire.

L'intervention de l'assurance n'est due que si une notification a été introduite auprès du médecin-conseil au moyen du formulaire réglementaire annexe 60bis, complété et signé par le praticien; il est joint à l'attestation de soins donnés de la prestation 305933-305944.

L'intervention de l'assurance obligatoire à laquelle un bénéficiaire peut prétendre pour un traitement orthodontique de première intention se limite à :

- une fois la prestation n° 305933-305944 au début du traitement;
- une fois la prestation n° 305955-305966 en fin de traitement.

L'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique de première intention cesse définitivement à la date du 9^{ème} anniversaire du bénéficiaire ou après l'attestation de la prestation 305631-305642.

L'intervention pour un traitement orthodontique de première intention ne pourra être suivie d'une intervention pour un traitement orthodontique tel que stipulé au § 16 qu'au plus tôt dans le courant du 12^e mois civil après la prestation 305933-305944.

A noter que si vous désiriez attester ces traitements précoces comme vous le faisiez avant, c'est bien évidemment toujours possible, mais nous n'y voyons pas d'intérêt.



COLLAGE SUR LES DENTS DE LAIT

Question : Je crois avoir une question pertinente à poser!

Depuis juin 2007, il y a une intervention pour collage. Le libellé des prestations 373590 et 303590 est : « honoraires complémentaires pour l'utilisation de techniques adhésives pour des soins conservateurs prévus à l'article 5 de la nomenclature, sur canines ou incisives ». Cela concerne donc toutes les canines et incisives, définitives et DE LAIT. On ne fait pas de distinction. A partir du 1er juillet 2008, l'honoraire complémentaire pour l'utilisation de techniques adhésives est étendu à l'ensemble des dents définitives. La lettre électronique de la SMD « Dental-infos » n°63 précise que les dents de lait sont bien exclues sauf agénésie...

Que faut-il en conclure ? Qu'à partir du 1er juillet, on perd l'honoraire sur les canines et incisives de lait ? Ou on ne touche pas à ce qui est acquis et seules les molaires de lait sont exclues ?

Donc, que dit le nouveau libellé des prestations 373590 et 303590 ? Est-il clair ?

Réponse : Vous avez bien raison : jusqu'au 30 juin, vous pouviez attester le collage des dents de lait, mais uniquement sur incisive et canine de lait. A partir du premier juillet, c'est fini.

Libre à vous de demander les honoraires pour collage sur dents de lait, mais il n'y aura pas de remboursement.

L'intitulé est clair :

303590

Honoraires complémentaires pour l'utilisation de techniques adhésives pour obturation de cavité(s) et/ou restauration prévue à l'article 5 de la nomenclature, sur dents **définitives**, à partir du 15e anniversaire, par dent.

Pour la prestation 303590, lors de l'agénésie d'une dent définitive, la dent lactéale correspondante est assimilée à cette dent définitive. Le même code existe en 373590 pour les enfants.

373590

Honoraires complémentaires pour l'utilisation de techniques adhésives pour obturation de cavité(s) et/ou restauration prévue à l'article 5 de la nomenclature, sur dents **définitives**, jusqu'au 15e anniversaire, par dent. Pour la prestation 373590-373601, lors de l'agénésie d'une dent définitive, la dent lactéale correspondante est assimilée à cette dent définitive.

Bravo pour l'attention !

DEMARRER LE TIERS-PAYANT

Question : J'installe prochainement mon cabinet je tiens à y appliquer le tiers-payant. Quelles démarches dois-je suivre et à qui dois-je m'adresser ? Merci d'avance pour vos conseils.

Réponse : C'est le COLLEGE INTER MUTUALISTE qui est compétent pour le Tiers-payant.

La procédure à suivre est de contacter son secrétariat pour recevoir un dossier complet.

Il comprend les formulaires et notices explicatives bien à jour.

Madame SNOECKX

Secrétariat Tiers-payant du Collège Inter mutualiste

Chaussée de Charleroi 145

1060 Bruxelles.

Tél. 02 535 73 82

L'envoi se fait par la Poste, mais immédiatement (J+1).

A noter qu'en dehors de cette procédure, ou en attente de sa notification officielle (qui met environ 2 mois), vous pouvez également pratiquer le tiers-payant pour les ayants-droits, en respectant bien sûr les conditions (comme par ex. pour les moins de 15 ans, en respectant les honoraires de l'Accord).

Nous attirons votre attention sur la nécessité de bien vérifier si les patients sont remboursables. Cas classique : pour la prothèse, le patient n'a pas encore droit au remboursement de la prothèse (délai de 7 ans), et vous n'aviez pas demandé un écrit préalable à la mutuelle sur son assurabilité ou son statut d'ayant-droit.

Autre cas : un soin « annuel » ou « semestriel » (pano, détartrage, examen buccal) a déjà été effectué chez un autre praticien, et le patient ne vous en a pas informé.

Les données des cartes SIS ne sont pas nécessairement toujours à jour non plus...

Ceci ne doit pas vous empêcher à pratiquer le tiers-payant de façon mesurée et intelligente, au profit des patients défavorisés.



TIERS-PAYANT : VÉRIFICATION DE L'ASSURABILITÉ ON-LINE ?

C'est une mauvaise blague déjà rencontrée maintes fois par les consœurs et confrères qui pratiquent le tiers-payant : Une nouvelle prothèse est mise en chantier sur base de déclaration de la patiente à propos de sa très très très vieille prothèse qui a bien plus de 7 ans ! La prothèse est finalisée. Tout va bien. Mais patatras : le paiement de l'attestation est refusé par la Mutuelle au praticien, car vérification faite, le délai pour le renouvellement n'était pas écoulé !

Autre cas classique : un soin « annuel » ou « semestriel » (pano, détartrage, examen buccal) a déjà été effectué chez un autre praticien, et le patient ne vous en a pas informé.

C'est une demande répétée depuis 2 années par la Société de Médecine Dentaire auprès de l'INAMI : si l'on veut que les dentistes pratiquent davantage le tiers-payant, il y a lieu de simplifier la procédure d'accès au tiers-payant, mais surtout de donner la faculté de vérifier **avec certitude** le caractère d'ayant-droit des patients. Même les données des cartes SIS ne sont pas nécessairement toujours à jour non plus.

Une (petite) avancée est à noter dans le contrôle de l'assurabilité depuis peu. Mais vous le lirez : ce n'est encore que... les prémices d'un début de commencement. Ceci est à rapprocher également d'une annonce récente par la presse : la carte SIS disparaîtrait vers 2011. Les prestataires de soins pourraient déterminer grâce à la carte d'identité électronique si le titulaire est en ordre.

Vous le lirez : le contrôle se ferait « en ligne » directement en connexion (sécurisée) avec les ordinateurs des Mutuelles. Avec quelles difficultés techniques ?

Se pose aussi la question de savoir quand vont se dématérialiser les attestations de soins papier au profit d'une transmission électronique vers les organismes assureurs. Pour les dentistes, ce n'est certainement pas pour tout de suite. Pour les dentistes belges. Car nos pays voisins sont déjà fonctionnels en ce domaine depuis plusieurs années.

A partir du 1^{er} juillet 2008 la réglementation prévoit :

- la faculté, pour les dispensateurs de soins individuels, de consulter les données d'assurabilité des patients au moyen d'un réseau sécurisé
- une adaptation de l'engagement de paiement.

Qu'est ce que l'assurabilité ?

Les dispensateurs de soins qui désirent pratiquer le tiers payant, doivent connaître la situation d'assurabilité de leurs patients, l'étendue de leurs droits, afin d'être en mesure d'appliquer correctement les tarifs.

Comment l'assurabilité est-elle vérifiée à l'heure actuelle ?

Dans les faits à l'heure actuelle, les établissements de soins et les pharmaciens d'officines essentiellement ont accès aux données d'assurabilité qui figurent de manière cryptée sur **la carte SIS** (carte d'identité sociale).

Cette consultation des données d'assurabilité de la carte SIS par le dispensateur de soins crée un engagement de paiement de la mutualité en faveur du dispensateur de soins à condition que celui-ci utilise pour la facturation en tiers-payant les données d'assurabilité de la carte SIS.

Et dans le futur ?

Compte tenu de certaines difficultés de mise à jour des cartes SIS, la solution de consultation directe par un réseau électronique des données d'assurabilité figurant dans les fichiers gérés par les organismes assureurs (mutualités) a été retenue.

Il a été prévu que **graduellement** la consultation par le réseau devienne la règle pour obtenir les données d'assurabilité du bénéficiaire. La lecture de ces données figurant sur la carte SIS devenant alors un moyen « subsidiaire ».

Ce n'est que lorsque la consultation des données par le réseau est impossible qu'il sera permis d'utiliser les données d'assurabilité de la carte SIS.

Par 'impossibilité' on songe :

- aux dispensateurs qui ne disposent pas (encore) d'un réseau pour consulter ces données;
- aux prestations qui n'exigent pas la présence simultanée du patient et du dispensateur (délivrance de médicaments en officine, analyse de biologie clinique, etc.);
- aux prestations effectuées à domicile.

Quel réseau ?

Par réseau, est visé actuellement le réseau « Carenet » qui lie depuis quelques années déjà les hôpitaux et les organismes assureurs et, dans une futur proche, le réseau « My Carenet ».



Quand ce réseau sera-t-il opérationnel ?

My Carenet est conçu pour être graduellement rendu opérationnel pour tous les dispensateurs de soins qui fonctionnent dans le système du tiers payant. Lorsque le réseau (actuellement en phase test) sera entièrement opérationnel, les modalités de mise en œuvre seront élaborées en collaboration avec les partenaires de l'INAMI au sein des commissions de convention et d'accord concernées.

La base réglementaire actuelle a surtout comme but de permettre des **projets pilotes** pour le secteur des infirmières à domicile.

Quels seront les services offerts ?

Dans le cadre du projet My Carenet, pourront être mis à disposition des dispensateurs de soins individuels des services conçus de manière à leur permettre de se libérer de chaque communication papier vers les organismes assureurs parmi lesquels les factures papier (attestation de soins donnés et factures récapitulatives) ainsi que les documents papier qui doivent être transmis préalablement à la facture ou en annexe à celle-ci (notification de soins, demande d'autorisation adressée au médecin-conseil,...).

L'application de ces nouveaux services exigera cependant d'autres modifications réglementaires.

Base réglementaire

Arrêté royal du 5 juin 2008 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996. (Moniteur belge 24/06/2008)

Source : INAMI

DU NEUF POUR LE MAINTIEN DE L'AGRÉMENT ?

En cette fin des vacances, nous avons pris nos renseignements auprès du SPF Santé Publique afin de savoir si les textes nécessaires à l'application du maintien de l'agrément allaient être publiés prochainement. Que nenni !

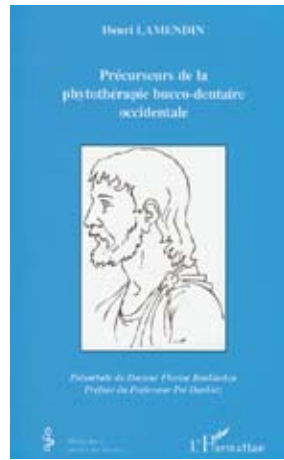
La sagesse était (et est toujours) d'attendre la publication des textes au Moniteur, afin d'avoir une base juridique certaine. C'est la position adoptée par la Chambre francophone de la Commission d'agrément. Et la Société de Médecine Dentaire.

Michel DEVRIESE 08/2008

Nos trois conseils détaillés dans notre numéro de juin restent plus que jamais d'actualité :

1. **Formez-vous régulièrement, et surtout gardez les preuves de participation aux cours. Une moyenne de 10H de formation par an apparaît comme suffisante** (1 jour de cours et 3 study-clubs par exemple, ou 2 journées de cours). **Notez que les cours à connotation commerciale ne pourront pas être retenus.** Ne vous précipitez pas à suivre des formations pour «trouver des heures». Prenez votre temps pour suivre des cours qui vous intéressent, sans vous mettre la pression de délai ou de date-butoir.
Les praticiens ne devront pas refournir les preuves de participation pour les années où ils ont été accrédités.
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. Il n'y a rien de nouveau là dedans : les Gardes fonctionnent dans quasi toutes les régions. On ne change rien pour l'instant. Nous essayons de trouver des solutions pour les régions où il y a un déficit.**
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.

Attendez notre feu vert avant de renvoyer un quelconque formulaire. Les seules 2 associations professionnelles représentatives (SMD et/ou CSD) vous diront dès que celui-ci est dans sa formulation définitive. Ce n'est pas encore le cas à ce jour !



”Chiner, c’est s’oublier, pour mieux se retrouver dans son passé et ses traditions ”

Un nouveau petit livre « De l'Art dentaire à d'autres arts » vient de paraître chez l'éditeur L' Harmattan à Paris. Son auteur, Henri LAMENDIN, Membre de l'Académie de Chirurgie Dentaire, est déjà bien connu par ses différentes recherches et publications en ce qui concerne les problèmes dentaires des sportifs. A ses moments perdus, mais en a-t-il vraiment ?, il s'intéresse aussi aux propriétés des plantes médicinales surtout dans le domaine odontologique.

Ce n'est pas le premier livre qu'il publie dans ce cadre. En 2002, il écrit « Anecdodontes », mot créé par lui à partir des termes « anecdote et odontologique » qui ont été contractés en « anecdodontes ». Ces « Anecdodontes », très bien illustrées par Claire Bissara, rapportent des actes, expérimentations, observations, historiettes, dictons, contes, croyances, us et coutumes, de différentes époques et de divers lieux, en rapport avec le « bucco-dentaire ».

Ensuite en 2006, l'auteur édite un autre ouvrage « Petites histoires de l'art dentaire d'hier et d'aujourd'hui », où l'on peut lire dans sa préface 'S'il y a beaucoup de « moi » dans ces « anecdodontes », c'est que l'on ne peut parler que de ce que l'on connaît et, mieux encore, de ce que l'on a vécu et de sujets pour lesquels on s'est personnellement investi, dans le domaine de la recherche, qu'elle soit scientifique, clinique ou historique.' Ce livre nous entraîne dans divers sujets, allant de la petite souris, aux dents bijoux en passant par des dictons et propos agressifs, barbe et dents, des dictons descriptifs et d'hygiène, à des poésies de salle d'attente, ...

Il nous revient avec un autre recueil en début 2007, traitant des « Praticiens de l'Art Dentaire du XIXe au XXe siècle », dans lequel il parle d'une centaine de personnages français et autres, tels les arracheurs de dents, les charlatans, les bateleurs, les dentateurs, les opérateurs, les dentistes, les barbiers, les barbiers-chirurgiens, ... mais aussi les chirurgiens-dentistes, les officiers de santé, les médecins, les stomatologues, les chercheurs...

Pour la Belgique, il n'oublie pas de citer le Professeur Hyacinthe Brabant, de l'U.L.B., homme très érudit et également poète. Aujourd'hui, en fin 2007, ce nouveau petit livre « De l'Art dentaire à d'autres arts » dans lequel l'auteur continue ses anecdodontes biographiques de praticiens vivant encore actuellement, mais en remontant encore dans le temps. Beaucoup de praticiens cultivent leur jardin secret en dehors de notre profession parfois trop envahissante. Certains le font parallèlement, mais d'autres s'y investissent complètement à en oublier leur profession première. Pour la Belgique, l'auteur cite, en page 32, notre merveilleuse consœur Lise Brachet, devenue peintre autodidacte et qui nous a fait souvent le plaisir d'illustrer la couverture de la revue Le point. Qui ne connaît pas Gysi, qui fut aussi dessinateur, Leibowich également

excellent musicien, ou encore Lentulo aussi musicien, Mourguet créateur du Guignol, ou Talma devenu un des meilleurs acteurs de la Comédie Française, etc. etc. plus d'une centaine de noms.

Henri Lamendin nous dévoile une fois de plus sa très grande érudition, et surtout un don d'enseignant hors pair qui possède de surcroît un certain humour qui permet une lecture facile et délassante. Faites-vous donc plaisir en lisant ces différents ouvrages.

Cet article, écrit en fin 2007, et pas encore publié à ce jour, a une suite. En effet, Henri Lamendin, dans sa très grande érudition historique de notre profession, vient encore de commettre un nouveau travail sur « Les Précurseurs de la phytothérapie bucco-dentaire occidentale » paru comme avant chez l'éditeur français L'Harmattan en 2008.

Selon l'introduction de Xavier Riaud, « l'auteur nous y offre un voyage initiatique à la rencontre des grands précurseurs de la médecine, que sont Hippocrate, Théophraste, Avicenne ou encore Rhazès pour ne citer qu'eux. D'approche facile, cet ouvrage à la fois historique et humaniste, est un véritable guide destiné à tous les publics sous réserve de prescriptions adaptées réalisées par des praticiens compétents. Un ouvrage à lire sans modération ! »

Dans ce même cadre, il lui reste maintenant à nous faire découvrir la médecine orientale, qui doit aussi posséder des phytothérapies qui nous sont encore inconnues.

Il faut savoir qu'Henri Lamendin, pour ses 4 x 20 ans (il est né en effet le 14 mai 1928), a été reçu, et ce pour la 4^e fois, Docteur en Odontologie de l'Université !

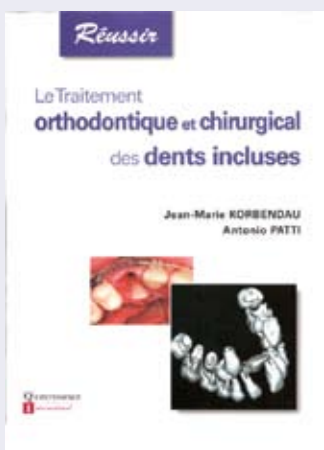
Il vient en effet de défendre une thèse le 14 mai dernier sur « Les boissons des sportifs et incidents bucco-dentaires » Il y défend entre autre le nécessaire enseignement de l'odontologie sportive lors de cursus universitaire, ainsi que la participation d'odontologistes du sports dans les commissions médicales.

Ces 4 doctorats montrent à suffisance les connaissances d'Henri Lamendin, et toute la profession ne peut que remercier notre Confrère de les transmettre à tous.

Mais comme le disait Socrate « La seule chose que je sais, c'est que je ne sais rien » grâce à Henri Lamendin nous en connaissons un peu plus !

H.A.

BBDO



LE TRAITEMENT ORTHODONTIQUE ET CHIRURGICAL DES DENTS INCLUSES

KORBENDAU J.M. - PATTI A.

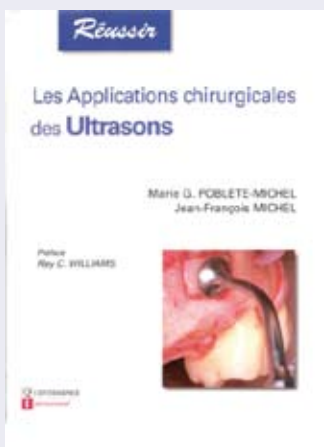
Les auteurs cherchent d'abord à comprendre pourquoi une dent reste incluse et comment cela peut, dans une certaine mesure, être évité à partir d'un diagnostic anatomique précoce - c'est le traitement préventif.

Ils abordent ensuite l'application chronologique des gestes orthodontiques et chirurgicaux pour faire de la place sur l'arcade, découvrir la dent et confectionner les appareils les plus performants. Chaque étape est abondamment illustrée. La rapidité des traitements et la constance des résultats font la réussite de cet ouvrage.

Editeur : Quintessence International - Format : 21 x 28 cm, 136 pages, 251 illustrations

ISBN : 2-912550-40-8

Prix : 98 € (hors frais d'envoi) - membres -10%



LES APPLICATIONS CHIRURGICALES DES ULTRA-SONS

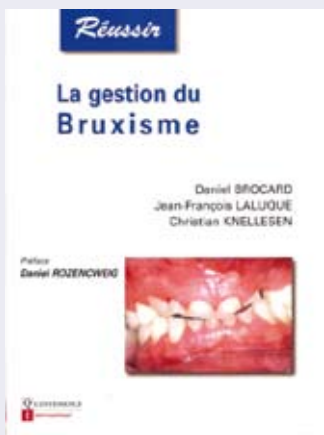
POBLET-MICHEL M. G. - MICHEL J.-F.

L'intérêt des ultra-sons en chirurgie implantaire ou maxillo-faciale est indiscutable et ils sont devenus un outil indispensable à la pratique quotidienne.

Editeur : Quintessence International - Format : 21 x 28 cm, 84 pages

ISBN : 978-2-912550-55-2

Prix : 92 € (hors frais d'envoi) - membres -10%



GESTION DU BRUXISME

BROCARD D. - LALUQUE J.-F. - KNELLESEN C. LA

Le premier ouvrage abordant de manière exhaustive ce thème d'une actualité de plus en plus présente. Tous les aspects de la difficile prise en charge de ces patients.

Editeur : Quintessence International - Format : 21 x 28 cm, 84 pages, 170 illustrations

ISBN : 978-2-912550-54-5

Prix : 92 € (hors frais d'envoi) - membres -10%



LES LASERS EN ODONTOLOGIE

ROCCA Jean-Paul

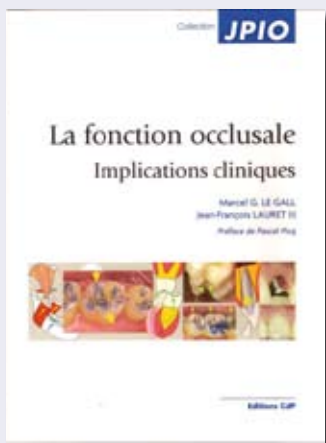
Cet ouvrage s'adresse à tout praticien désireux de s'informer sur les applications pratiques de l'usage des lasers dans chacune des disciplines de l'odontologie, d'étudier avec discernement toutes les longueurs d'ondes qui nous sont proposées afin de comprendre leur fonctionnement en se basant sur la notion d'interaction lumière - tissu cible.

Après un bref rappel des notions fondamentales sur la physique des lasers et pour mieux comprendre les principes d'action des protocoles cliniques utilisés, sont analysées les applications en dentisterie adhésive, en endodontie, en orthodontie, en prothèses, dans le traitement moderne des dyschromies et de la chirurgie orale ainsi que les limites de cette approche thérapeutique.

Editions CdP - Collection : Memento - Format : 14,8 x 21 cm,

ISBN : 2843611230

Prix : 49 € (hors frais d'envoi) - membres -10%



Implications cliniques - 2e édition

LE GALL M. LAURET J.-F.

L'objet principal de cet ouvrage est la prise en compte de la physiologie de la mastication et de la déglutition dans l'approche clinique de l'occlusion, sur dents naturelles ou sur implants, en complément ou en remplacement de concepts occluso-prothétiques basés sur une approche différente.

Les auteurs proposent dans cette nouvelle édition, après l'ouvrage paru en 2002, une réflexion plus aboutie sur le rôle du calage/guidage dentaire fonctionnel et les techniques d'équilibrage occlusale. La physiologie de la mastication et de la déglutition est développée afin de comprendre les carences du modèle de fonctionnement habituel. La réalisation prothétique et l'équilibrage des dents naturelles et des implants, doivent chercher à préserver et/ou à rétablir l'enveloppe fonctionnelle de guidage occlusal propre à chaque patient.

Ce qui implique de :

- privilégier la simulation de la mastication par le patient, ou à l'aide de moyens externes, comme certains articulateurs,
- et de respecter ou reconstruire les cuspidés et leurs versants de guidage par des techniques d'addition et/ou de soustraction.

Les critères de choix des implants, les protocoles et les résultats de la prothèse immédiate unitaire sur implants sont ensuite largement développés, avec un recul supérieur à 5 ans. Ces propositions représentent une voie thérapeutique nouvelle dans l'approche de l'occlusion.

Editions CdP - Collection : JPIO - Format : 21,5 x 27,7 cm,

ISBN : 2843611210

Prix : 145 € (hors frais d'envoi) - membres -10%



PROCLAMATION SOLENNELLE DES RÉSULTATS DE L'ANNÉE ACADÉMIQUE 2007 - 2008

Les résultats de l'année académique 2007 - 2008 ont été proclamés ces 27 et 28 juin.

Cette promotion avait ceci de particulier d'être la dernière des « Licenciés en Science Dentaire ».

En effet, à partir de l'année prochaine, les jeunes diplômés porteront le titre de « Master en Science Dentaire ». Dans une atmosphère souvent teintée d'émotion, tant pour les jeunes promus que pour leurs parents, le traditionnel Prix de la Société de Médecine Dentaire récompensant l'étudiant(e) qui a obtenu les meilleures cotes lors de ses stages cliniques a été attribué à :



Mademoiselle Aurélie Guidoux



Monsieur Bakhramdjan Koulakhmetov



Mademoiselle Audrey Depauw



A ces lauréats et à tous nos jeunes Consoeurs et Confrères, nous souhaitons une vie professionnelle et personnelle des plus passionnantes !

Discours du Président de la Société de Médecine Dentaire prononcé à l'occasion de la proclamation solennelle des résultats de la promotion 2008.

Monsieur le Prorecteur / Vice-recteur,
Monsieur le Doyen,
Monsieur le Président / Madame la Présidente du Jury,
Mesdames et Messieurs les Professeurs,
Chères Consoeurs, Chers Confrères,
Chers Parents,
Chers Jeunes Promus,

Nous sous-estimons souvent le pouvoir d'un contact, d'un SOURIRE, d'un mot gentil, d'une oreille attentive, d'un compliment sincère ou d'une moindre attention : ils ont tous le pouvoir de changer une vie (Leo Buscaglia, professeur, écrivain, conférencier américain, 1924 - 1998).

Chères Consoeurs, Chers Confrères, vous êtes aujourd'hui officiellement diplômés « Fournisseurs de sourires ». Brevetés, non pas de la Cour, mais de votre prestigieuse Ecole / Faculté / Université.

A ce titre, vous endossez bien plus de responsabilités que l'exigent vos obligations légales.

En préservant ou en restaurant le sourire de vos patients, vous prenez en charge non seulement leur santé, mais aussi leur bien-être psychique.

En effet, *nul n'a plus besoin d'un sourire que celui qui n'en a plus à offrir* (proverbe chinois).

Dans cette rencontre singulière avec votre patient : *rencontre entre une confiance et une conscience* (Georges Canguilhem, philosophe français, 1904 - 1995), il vous faudra toujours agir en véritables professionnels de la santé.

Science sans conscience, n'est que ruine de l'âme. Je ne peux douter un instant que Rabelais (écrivain et médecin français, 1493 - 1553) n'ait considéré avec le même égard notre Médecine.

Pour rester une profession respectable, les professionnels de la santé se doivent de susciter et d'entretenir la confiance du public. Celle-ci repose non seulement sur notre compétence, mais aussi sur notre haute valeur morale et éthique. Ces valeurs sont essentielles, car elles assurent la sécurité et la valeur de nos soins.

Gardez-vous de ternir l'image de votre profession par un comportement inapproprié.

Ne prêtez pas votre nom, ne vendez pas votre âme aux illégaux ou aux financiers. A la place de votre plaque professionnelle, n'affichez pas de panneau publicitaire ou une vitrine de si mauvais goût. Oubliez les encarts dans la presse gratuite, les sites Internet et ne vous abaissez pas à « égarer » vos cartes de visite...

Évitez donc les pièges de la mercatique et abstenez-vous d'entacher l'honorabilité de vos consoeurs, de vos confrères, par des propos déplacés.

« La gentillesse est éternelle. La méchanceté n'offre qu'un plaisir ponctuel » (Apolline Elter, écrivain namuroise).

Mes Chères Consoeurs, mes Chers Confrères, *« Nous ne saurons jamais tout le bien qu'un simple sourire peut être capable de faire »* (Mère Teresa).

Alors : distribuez des sourires et souriez à votre profession ! Souriez à vos consoeurs ! Souriez à vos confrères ! Souriez à la vie ! Car *le sourire que tu envoies, revient vers toi* (proverbe hindou).

Le sourire est la langue universelle de la bonté (William Arthur Ward, écrivain américain, pasteur, professeur, 1921 - 1994).

Tout comme le *bonheur est le sourire du cœur* (Delphine Lamotte, écrivain française), le *sourire est le baiser de l'âme* (Michel Bouthot, écrivain québécois).

Et quand il n'y a plus rien à dire...peut-être est-ce l'heure du sourire ? (Patrick Segal, écrivain français).

Didier Eycken
Président



Sculptez comme Michel-Ange,
capturez la lumière comme Rembrandt.



C'est incontestable : le composite Herculite XRV de Kerr est une référence avec ses 20 ans de recul clinique et 250 millions de dents traitées. Aujourd'hui, **Herculite[®] XRV Ultra[™]** le nouveau composite nanohybride s'appuie sur cet héritage. Avec **Herculite[®] XRV Ultra[™]** maîtrisez votre art : vos résultats esthétiques rivaliseront avec ceux des plus grands maîtres. Pour plus d'information, connectez-vous à www.kerrhawe.com ou appelez au **01 48 90 77 77**



Patricia Mathieu

La Porte de Hal, rouverte depuis le 6 juin 2008

Construite depuis 600 ans, La Porte de Hal est une ancienne porte de la ville de Bruxelles et est encore le seul monument du genre dans notre capitale. Depuis le 6 juin, nous pouvons revisiter cet ancien bâtiment rénové. La vue spectaculaire de la ville est permise à partir du chemin de ronde situé en haut du bâtiment.

On visite depuis l'entrée, la salle des armes, la salle gothique, la salle des guildes (rôle des corporations de métier dans la ville) et une très jolie salle d'exposition temporaire avec une installation vidéo de Marie-Jo Lafontaine, qui restera présente jusqu'au 28 septembre prochain intitulée "Danse le monde".

L'artiste belge, vivant à Bruxelles, a installé 7 écrans montrant des danses différentes successivement et chaque danse est présentée sur chaque écran avec un petit décalage dans le temps. Impressionnant et étourdissant ! Tango, flamenco, derviche tourneur, danse orientale, danse jusqu'à la folie, explorer et repousser les limites du folklore traditionnel dit l'artiste. Sur une musique de Michel Fahres, la vidéo est installée au dernier étage de la Porte de Hal.



Galerie de Triangle Bleu à Stavelot : **Alice in Wonderland**

du 13 08 au 02 11 08 (tel. : 080 86 42 94 du mercredi au dimanche)



La galerie présente également une exposition de Marie-Jo Lafontaine. De belles photos seront accrochées aux murs de cette galerie située dans un superbe endroit, jouxtant l'abbaye de Stavelot fondée au 7^{ème} siècle et rénovée entre 1999 et 2002. Occasion donc de concilier à nouveau visite de bâtiments anciens et art contemporain.

Concernant, Marie-jo Lafontaine, il est intéressant de savoir que cette artiste belge (née en 1950 à Anvers) a été récemment nommée meilleure artiste européenne de l'année 2008 en Chine. En 1999, l'artiste a bénéficié d'une rétrospective à la galerie du Jeu de Paume à Paris et en 2006 fut choisie pour l'ouverture de la coupe du monde à Francfort pour y présenter une œuvre. Marie-Jo Lafontaine utilise différents médiums comme la tapisserie, la sculpture, mais surtout la photographie et la vidéo. A la galerie du Triangle Bleu, on découvrira de très grandes photos de fleurs, certaines donnant l'impression d'une texture de peinture, aquarelle aux splendides couleurs.

Fin d'année 2008, Marie -Jo Lafontaine exposera au Botanique à Bruxelles, les maquettes sont déjà préparées dans son atelier.

Du 10/10/2008 au 18/01/2009

Musées Royaux des Beaux-Arts de Bruxelles
Festival made in Korea et expo intitulée «Le sourire de Bouddha»

Le 18/10, le 1/11 et le 22/12

Art Bouddhique, danses de cour, rituels chamanes et la crème du cinéma coréen.
Trois journées spéciales seront organisées en plus pour faire découvrir les traditions coréennes :
Infos et tickets - 02 507 82 00

Du 7/10/08 au 18/01/09

Palais des Beaux-Arts Bruxelles
Exposition Lismonde pour célébrer le centenaire de la naissance de l'artiste belge né à Bruxelles en 1908.
Quarante grands fusains seront présentés.

Du 19/09 au 04/01/09

Exposition Constantin Meunier
Afin de présenter son œuvre réalisée à Séville entre 1892 et 1893.
On pourra y découvrir plus de 80 œuvres.

Du 20/06 au 28/09/2008

Centrale électrique de Bruxelles, Place Ste Catherine
Expo photos de Karen Knorr «Fables»
Mises en scène avec des animaux ou modèles dans de beaux endroits comme le musée d'Orsay, le château de Chambord... ces photos évoquent sans aucun doute des peintures avec ces lieux patrimoniaux qu'elle choisit.

Du 27/09 au 21/12/08 (voir prochain numéro)

B.P.S. 22 à Charleroi :
Jean-Luc Moermann investit les lieux.

**Autres expositions
à venir**

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



PROCERA® PREND DES COULEURS

Toujours dans un souci de qualité, Prothetica a 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



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 euros**. Toutefois, il est invité à annoncer sa visite à un des responsables du Study-Club concerné (sauf Brabant Wallon et Bruxelles), dont vous trouverez les coordonnées sur ces pages.

Bruxelles

Lieu : Hôtel County House - Uccle - Square des Héros

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

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

23 septembre 2008 : Les traumatismes en denture définitive chez l'enfant - *Pr Astrid VANDEN ABEELE (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
Pierre DEFLEUR - 02 354 21 90

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.

30 septembre 2008 : Gestion des traitements implantaires au niveau du maxillaire antérieur
Phillippe ADRIAENSSENS

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.

23 octobre 2008 : Définir et prévenir le burnout au cabinet - *Kenton KAISER*

Hainaut Occidental

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

Responsables : Olivier DUMORTIER - Tél. : 056 34 65 85 • Nathalie SENGER - Tél. : 056 33 73 55

e-mail : studyclubhainautoccidental@skynet.be

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

11 septembre 2008 : Allergies et intolérances aux matériaux et produits dentaires - *Pascal EPPE*

23 octobre : La mise en charge immédiate - *Sami EL MASRI - Olivier DOMKEN*

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 : Acides et usure dentaire par érosion - *Prof José VREVEN*

20 nov. 2008 : Allergies et intolérances aux produits et matériaux - *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.

2 octobre 2008 : Le suivi endodontique des dents traumatisées : traitement ou abstention
Patrick BOGAERTS

27 novembre 2008 : Ce qu'il serait préférable qu'un dentiste sache sur l'ostéopathie afin
de collaborer plus efficacement - *Grégorio 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 : Une approche implantaire originale - *Eric THEVISSSEN*

17 mars 2009 : Orthodontie : Traiter les dysfonctions pour éviter les dysmorphoses
Joël COLLET

Charleroi

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

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

Olivier Custers - 02 375 81 75

Les soirées débutent à 20h00 précises.

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 septembre 2008 : Les droits du patient - *Me Eric THIRY*

22 janvier 2009 : Nécrose des os maxillaires sous biphosphonates - *Pr Eric FOSSION*

Petites Annonces

Dentiste - cherche emploi

3797 - Dentiste aimant pédodontie cherche collaboration avec ortho ou cabinet de groupe. Région liégeoise. 0474/799729 - demontyf@hotmail.com

3762 - Dentiste ucl 1986 recherche emploi mi temps ou temps complet dans la province de Liège expérience en prothèse amovible et fixe fa369568@skynet.be

3566 - Jeune dentiste diplômée 2008 cherche travail en collaboration régions Bxl/BW. Disponible à partir d'octobre. Tél: 0486/39.99.06 marievanhoven@yahoo.fr

3799 - Jeune diplômée 2008 cherche travail en collaboration régions Bxl/BW. Disponible à partir d'octobre. Tel: 0486/39.99.06 vi222vd@hotmail.com

3803 - Je suis jeune diplômée de l'UCL en dentisterie et je recherche un maître de stage pour la 6ème année. Dans la mesure du possible, j'aimerais effectuer ce stage dans la région bruxelloise. ttania30@hotmail.com

3572 - Dentiste 94 cherche emploi région Wavre Namur tel:0477475571 - shahriarsotodeh@yahoo.fr

3739 - Dentiste belge (FR NL EN), grande expérience, sans cabinet personnel, cherche job libéral dans poste avec patientèle existante autre que «sociale» pour pratique de qualité. Tél : +32479320632 - jack.vhe@gmail.com

Dentiste - cherche collaborateur

3466 - France - Paris
Cabinet d'orthodontie à Paris cherche une pédodontiste pour partager les locaux michelequetstroey@wanadoo.fr

3559 - Cherche dentiste m/f pour collaboration longue durée. Horaire à convenir. Patientèle assurée. Ixelles. contact 0495/203649. sabinehuybrecht@hotmail.com

3410 - Cherchons dentiste compétent pour travail de qualité en cabinet de groupe. Excellentes rémunérations possibilité de reprise, de location ou d'achat cabinet (centre fondé en 1984) 0488/722480 clinique@skynet.be

3417 - Urgent: Cabinet dentaire sis Place de la Reine N°6, 1030 Bxl, très bien équipé, 2 fauteuils, patientèle assurée et conditions de travaux agréables, cherche collaborateurs, temps plein ou partiel. Contact: 0479 484 273, 0487 615 074 bertako@yahoo.com

3398 - Dentiste cherche un(e) remplaçant(e) du 15 septembre au 31 décembre 2008 (congé de maternité), 2 jours par semaine. Cabinet situé à Embourg. Contact de préférence le soir: 04/367.13.08. isabelle_vranken@yahoo.fr

3394 - Cherche dentiste pour collaboration longue durée et ortho patientèle en attente 069/670327 fanny.brunin@skynet.be

3448 - Cabinet à ixelles(jourdan) cherche dentiste (M/F) expérimenté, sérieux, avec bonne présentation (et si possible parlant l'anglais) pour collaboration mi-temps sur 2ème fauteuil. belle patientèle en attente. Cadre agréable et bon matériel. Nous cherchons également un ortho. Horaires à convenir. tel au 02/649.45.25 hdentalclinic@skynet.be

3413 - Le poste vacant consiste à reprendre une clientèle. Nous avons besoin d'un dentiste sérieux, qui est prêt à s'engager dans une collaboration. Le

cabinet est équipé avec deux fauteuils Plan Meca / Rvg / Radio Pano. Pour le bon candidat il y a la possibilité d'une activité à plein temps. 0032/472101808 - dentaconfort@skynet.be

3569 - Cherche dentiste motivée pour une collaboration dans un cadre agréable et moderne pour 2à3 j/semaine. Contact : perfectsmilelaeken@hotmail.com ou tél: 0484/ 963 881

3788 - Centre médical dans quartier plein de potentiel à schaarbeek (proximité av Louis Bertrand) cherche dentiste pour collaboration. Très bonne condition pour dentiste désirant s'engager à long terme. Contacter Dr Ben Addi 0476 29 68 31 benaddi@gmail.com

3426 - CHERCHE dentiste pr collaboration cabinet Charleroi, 2 fauteuils, 3 assistantes, orienté omni-pratique + implanto+paro. Envoyé CV à tl@dentalconcept.be , tel. 071421891 - tl@dentalconcept.be

3385 - france - La Tour du Crieu
Cabinet dentaire situé dans le sud de la France 60 kms au sud de toulouse RVG radio panoramique laser 2fauteuils siemens cherche collaborateur en vue association. - christiane.labadie@wanadoo.fr

3479 - Luxembourg Esch sur Luxembourg Sud - Recherche orthodontiste pour reprendre patientèle existante (cause départ orthodontiste précédent) 1 à 2 journées/semaine. Tél. (00352) 26 54 06 72 pmasselot@yahoo.fr

3465 - Cabinet dentaire privé, très agréable, moderne, super équipé (STV, RVG,..) avec 2 assistantes cherche dentiste sympa, dynamique et motivé vue collaboration long terme (Patientèle existante) Tel 019/63.20.94 - dentiste_vanham@hotmail.com

3433 - France - Longwy
cabinet en france à la frontière belgo-luxembourgeoise omni-pratique et chirurgie buccale recherche confrère ou consoeur pour collaboration et éventuellement association. gros chiffre d'affaire sur mi-temps - Tel 0033382232718 - xgarron@yahoo.fr

3500 - Je recherche dentiste 2 jour/semaine dont le mercredi pour collaboration de longue durée. Très bonne patientèle et cabinet bien situé.0477403147 ppc.lettrage@tvcablenet.be

3522 - Grand cabinet de standing situé près des institutions européennes à Bruxelles cherche d'urgence orthodontiste pour patientèle européenne (CEE) existante. Veuillez envoyer votre CV au brusselsdentistry@gmail.com

3605 - URGENT : Cherche dentiste sérieux(se) pour remplacement de fin juillet à décembre (possibilité de prolonger).Région de Mons. Cabinet très bien équipé avec bonne patientèle. 0496/21.26.51. ada.serena@skynet.be

3805 - Cabinet à Ixelles (jourdan) cherche dentiste (M/F) sérieux, motivé, et si possible parlant l'anglais, pour collaboration mi-temps sur 2^{ème} fauteuil, nous cherchons également un ortho et un paro. horaires à convenir. tel au 02/649.45.25 hadentalclinic@skynet.be

3509 - centre medical pluridisciplinaire a arlon cherche collaboration dentiste - cabinet equipe et patientèle existante - contact 0497 40 13 66 mmportesud@swing.be

3499 - Le service de Stomatologie de la clinique Ste Anne St Rémi à Bruxelles recherche la collaboration d'un Dentiste Généraliste et d'un second Pédodontiste. Travail de qualité exigé. Excellentes conditions de travail. Pour informations s'adresser au 0475/745 455 - bernard.michell@tristare.be

3557 - Cherche dentiste motivé pour collaboration

0473 71 71 71 - dentobel@skynet.be

3428 - Cherchons dentiste pour collaboration à long terme à Braine-Le-Comte. Merci de téléphoner au 067/55.32.86 ou - fabiennelefevre@hotmail.com

3558 - Grand centre avenue Louise entièrement équipé cherche collaborateur part time ou full time. Tél : 02/649.91.99 - 0477/28.65.17 medilouise@hotmail.com

3552 - Cabinet dentaire à Etterbeek cherche d'urgence un/une dentiste sérieux(se) et motivé(e) pour une collaboration de 1,5 jours/semaine. Pour toutes informations, tél au 0496/126921. mireillebarber@hotmail.com

3793 - Tout nouveau cabinet de groupe à Bruxelles, cherche endo/pédo/généraliste sérieux avec expérience pour travailler dans un cadre agréable. Très grand potentiel, patientèle assurée et de standing. Contacter le 0486901927 toynbee_99@hotmail.com

3562 - Cherche consoeur pour collaboration à Namur-ville. Horaire à convenir. tel 0495 69 67 60 andremichel.vet@belgacom.net

Dentiste Cherche assistante dentaire

3570 - Cherche assistante dynamique et motivée pour un mi-temps (lundi-mercredi-vendredi de 11h30,12h à 18h)- merci d'envoyer un CV par courriel - ariane.dupret@skynet.be

3399 - Cabinet pluridisciplinaire 2 fauteuils, 3 dentistes cherche assistante motivée, flexible, au minimum bil. Angl/Fr, pr plein-temps, 02 410 59 09 nouche11@skynet.be

3523 - Grand cabinet de standing situé près des institutions européennes à Bruxelles cherche d'urgence une assistante dentaire. Veuillez envoyer votre CV au brusselsdentistry@gmail.com

3560 - Cherche secrétaire assistante contrat plein temps dans une clinique cinq fauteuils. urgent envoyer cv avec photos, par e-mail ou fax au 02/533.04.00 - saberid@skynet.be

Assistante-secrétaire cherche emploi

3578 - Assistante dentaire motivée et organisée cherche complément pour le lundi et mardi. mauddevoyon@msn.com

3564 - Recherche d'emploi en tant qu'assistante dentaire et secrétaire médicale, expérience dans le domaine dentaire et de l'orthodontie, motivée, consciencieuse, dynamique, véhicule ok. Contactez moi au 0479/40 50 69 ou veroniquewanson@msn.com

3406 - Je suis à la recherche d'un emploi en tant que secrétaire ou assistante dentaire. Motivée et sérieuse. Vous pouvez me contacter au 0497/92 29 32 laurvg@belgacom.net

3409 - Voulant donner un nouvel élan à ma carrière professionnelle, de formation par correspondance de secrétaire médicale et ayant 9ans d'expérience en tant qu'assistante en pharmacie. Je

cherche un emploi au sein d'un cabinet dentaire. 0496/76.30.48 - hayatkenza@hotmail.com

3429 - Assistante dentaire expérimentée(6 ans) , dynamique et motivée dans mon métier serait prête à mettre mes compétences au service d'une équipe dentaire. Je recherche actuellement un poste d'assistante dentaire. 0485434073 dianamdk@yahoo.com

3549 - Appelez-moi! Assistante Dentaire, en Activités, Vous Dépanne. N'Hésitez Pas, Laissez Un Message au : 0476/99.09.39. gailly-murielle@hotmail.com

3786 - Assistant d'Ixelles cherche emploi à mi temps.Pas de vendrediExpérience en tant qu'assistant en parodontologie et implantologie. 0486-711 498 - derwauwraphael@hotmail.com

3792 - Nouvellement venue m'installer en Belgique je recherche un poste d'assistante dentaire je dispose d'un diplôme français et une expérience de 8 ans email: elebouffant@hotmail.fr elebouffant@hotmail.fr

3393 - Compétences administratives suites à plusieurs années d'expériences en ce domaine qu'est le secteur administratif et logistique en unités de soins hospitaliers recherche emploi à long terme comme à court terme de secrétaire dentaire région liégeoise et alentours!! disponible immédiatement 0494/62.86.14 ou par mail hougardy_michelle@voo.be

3453 - Jeune femme sérieuse et motivée disposant d'un véhicule, ayant déjà bénéficié d'un plan de formation FPI dans un cabinet dentaire de 2 dentistes et 1 parodontologue cherche emploi d'assistante dentaire. Merci de me contacter au 0477.32.68.53 - templeiaudrey@yahoo.fr

3468 - Je cherche un employeur pour faire une formation d'assistante dentaire en FPI. Motivée, organisée et apprend assez vite . Contact pour info soit par mail soit par tel 0486 105 53 sherazade113@hotmail.com

3488 - Recherche Poste Mi-Temps, Travail au Fauteuil Dentaire-Assistanat 4 Mains (Stomato/Paro/Implanto), Expérience de 7 Ans en Dentaire Et 10 Ans en Secrétariat, Prime AWIPH, 0476/99.09.39. - gailly-murielle@hotmail.com

Cabinet à vendre

- à remettre

3796 - Magnifique maison "époque 1900" superficie de 260m2 sur 3 niveaux+grenier aménageable 35m² + surface commerciale climatisée 50m² 6ch,chassis alu double vitrage, volets automatisés, splendide jardin clos...immeuble rénové avec goût/matériaux nobles...style et cachet incomparables.....Pas de travaux à prévoir!...Coup de coeur!! didier.collet@skynet.be

3568 - Cabinet à remettre cause double emploi , idéal pour des nouveaux dentistes ostovan_b@hotmail.com

3576 - France - Vence Dentiste belge cède beau cabinet à Vence dans les Alpes maritimes pour cause de départ à l'étranger. Immeuble, cabinet et matériel récents (2003) Qualité de vie exceptionnelle. jemihak@aol.com

3614 - Bruxelles centre, Cabinet plein activité, bien équipé avec une grande clientèle à vendre. Dans un quartier résidentiel, 2 fauteuils équipe, top niveau, piano et radio digital. Pour tous renseignements - 0475 390 444 dr_majid_kazemi@yahoo.com

3462 - Je recherche un cabinet dentaire à racheter ou bien un local pour m'installer sur Bruxelles et communes environnantes. 0472258052 france.hassani@hotmail.com

3563 - Luxembourg A vendre cabinet de groupe en pleine expansion. Envoyer C.V à : cabinetluxembourg@gmail.com

3424 - Cabinet dentaire à vendre à Laeken près palais royal et commerces,ds quartier résidentiel appart (80m2),cabinet en activité.Pas de reprise,seulement appart 160000 euro tel: 0495/938215 - fa028810@skynet.be

3561 - Cabinet avec belle villa à vendre pour cause de déménagement. En activité depuis 15 ans avec un fauteuil, petit et gros matériel, patientèle agréable et fidèle et bon chiffre d'affaire. Tél.0499/438025

3432 - A remettre cause changement d'orientation. Cabinet un fauteuil état neuf,patientèle agréable et en expansion. TB réputation, facilité de parking et accès aisé TEC. proximité écoles, situé dans le centre. tel we et sem après 19h30 0479/74.71.29. - naom17@hotmail.com

Cabinet à louer

3789 - Cabinet dentaire à louer dans centre médical spécialisé à Schaerbeek.Quartier plein de potentiel. Très bonne conditions pour dentiste désireux s'investir pour le long terme. benaddi@gmail.com

3794 - Tout nouveau cabinet de groupe à Bruxelles, cherche endo/pédo/généraliste sérieux avec expérience pour travailler dans un cadre agréable. Très grand potentiel, patientèle assurée et de standing. 0486 90 19 27 toynbee_99@hotmail.com

3545 - Cabinet dentaire loué à la demi-journée condition à discuter contact 0488722480 clinique@skynet.be

3784 - A louer cabinet agréable situé à Etterbeek, desservi par de nombreux transports en commun. Pour de plus amples informations. 0475 778 434 anissa128@hotmail.com

3573 - A louer 7 demi-jours par semaine (ou plus à discuter). Paro, ortho ou autre spécialité, généraliste bienvenu aussi. Situé à 50 m du Berlaymont 0498 445 547

3550 - Forest, proximité Parc Duden : Cabinet super équipé (unit SIRONA de 2000). Loyer attractif. Le cabinet fonctionne au même endroit depuis plus de 25 ans et dispose d'une clientèle stable et agréable. Accès direct aux transports en commun. Occasion à saisir. 02 343 13 38 simident@telenet.be

3795 - Possibilité de location à la journée d'un cabinet super-équipé , pano digitale, caméra , etc... si possible spécialisation - thiery.lamineur@skynet.be

Matériel à vendre

3160 - Radiographie panoramique trophy odontorama + développeuse. 1500€. 081 569576 vincianne.michel@euphony.net.be

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

3343 - Unit neuve 18/09/2007 kompas stern weber,deuxieme fauteuil tres peu servis (orthodontie) prix 14000€. malherbe.brigitte@skynet.be

3335 - Installation a fouets de 1990 + fauteuil + sciatique + tabouret praticien + compresseur + moteur

aspiration. tél: 02/772.29.01. d.wave@hotmail.fr

Cherche

3416 - Monde ASBL Dentistes du Monde (DDM-WTO) cherche pour ses missions humanitaires, matériel de chirurgie : daviers, syndesmotomes, fils de sutures, écarteurs, rugines, curettes, élévateurs, etc., ainsi que tout matériel utile dans un cabinet ou un laboratoire dentaire. Merci de votre aide. Jean-Pierre Leva 0473 489 301 levajp@hotmail.com

Divers

3577 - Cherche à former un groupe d'utilisateurs du laser Lokki afin d'échanger des avis , des conseils sur l'utilisation du laser Lokki. Si intéressé me contacter au 02/3744030 - jbenizri@skynet.be

3438 - Une vaste plage privée, un séjour de qualité à l'abri des hordes de touristes. Location avec service. Le PARADIS. rentinzanzibar@gmail.com

3791 - Cherche groupe de Peer-Review dans la région Huy_Liège pouvant m'accueillir cette année fc023089@skynet.be

3751 - Je cherche à former un groupe pour organiser 2 sessions de peer-reviews dans la Région Wallon ou à Namur. pascal.eppe@scarlet.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"

Agenda

18 - 20 septembre 2008

To see or not to see - 1^{er} congrès de l'ESMD
Lieu : Amsterdam - Pays Bas
www.esmd2008.org

19 - 20 septembre 2008

9th Biennial Congress of the EAOM
Lieu : Salzburg - Autriche
E-mail : Eaom2008@oegzmkssalzburg.at
www.eaom2008.at

27 septembre 2008

Parodontologie
Lieu : La Roche en Ardenne
Info : SMD
Tél : 02 375 81 75 - Fax : 02 375 86 12
E-mail : info@dentiste.be - www.dentiste.be



10 - 12 octobre 2008

12th International Congress of Aesthetic Dentistry
Lieu : Istanbul - Turquie
Tél : 02 646 22 54
www.tedad.org

11 octobre 2008

1st Belgian ITI Congress (preliminary program)
Oral implants : current guidelines for edentulous patients
Lieu : Brussels Diamant Center
www.iti.e-subscribe.eu

16 octobre 2008

SOP Paris - De la fêlure à la fracture verticale
Lieu : Paris
Tél : 00 33 1 42 09 29 13
E-mail : secretariat@sop.asso.fr
www.sop.asso.fr

16 - 18 octobre 2008



18 octobre 2008

Les Nouveautés
Info : SMD
Tél : 02 375 81 75 - Fax : 02 375 86 12
E-mail : info@dentiste.be - www.dentiste.be



15 novembre 2008

Interaction Médecine <> Médecine Dentaire
Info : SMD
Tél : 02 375 81 75 - Fax : 02 375 86 12
E-mail : info@dentiste.be - www.dentiste.be



25 - 29 novembre 2008

Congrès ADF
Lieu : Palais des Congrès - Paris
Tél : +33 1 58 22 17 10
www.adf.asso.fr



le.point@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. Vandeneuyken

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

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

FreeDENT[®] White*

Pour des dents toujours plus blanches

- Idéal quand vos patients ne peuvent pas se brosser les dents après un encas, pendant la journée, l'effet White en plus.
- Pour toutes les utilisations, selon les envies :



70 dragées,
à la maison
ou au bureau

10 dragées dans un étui,
toujours au fond de la poche



Nouveau ! Existe aussi en format Tabs



- Un étui élégant et facile à emporter, une texture ultra moelleuse pour une sensation agréable en bouche.

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



WRIGLEY'S SANS SUCRES - ZONDER SUIKERS
FreeDENT

Agit pour la prévention avec la Société de Médecine Dentaire