

# LE DOINT

Journal officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl  
de Belgique Francophone

Souriez.be



**PROGRAMME SCIENTIFIQUE 2009**

Editeur responsable : Didier Eyskens - Maison des Dentistes - Avenue De Fré 191 - 1180 Bruxelles - Journal Officiel de la Société de Médecine Dentaire asbl - Association Dentaire Belge Francophone.

# QUELS QUE SOIENT LES BESOINS DE **VOS PATIENTS**

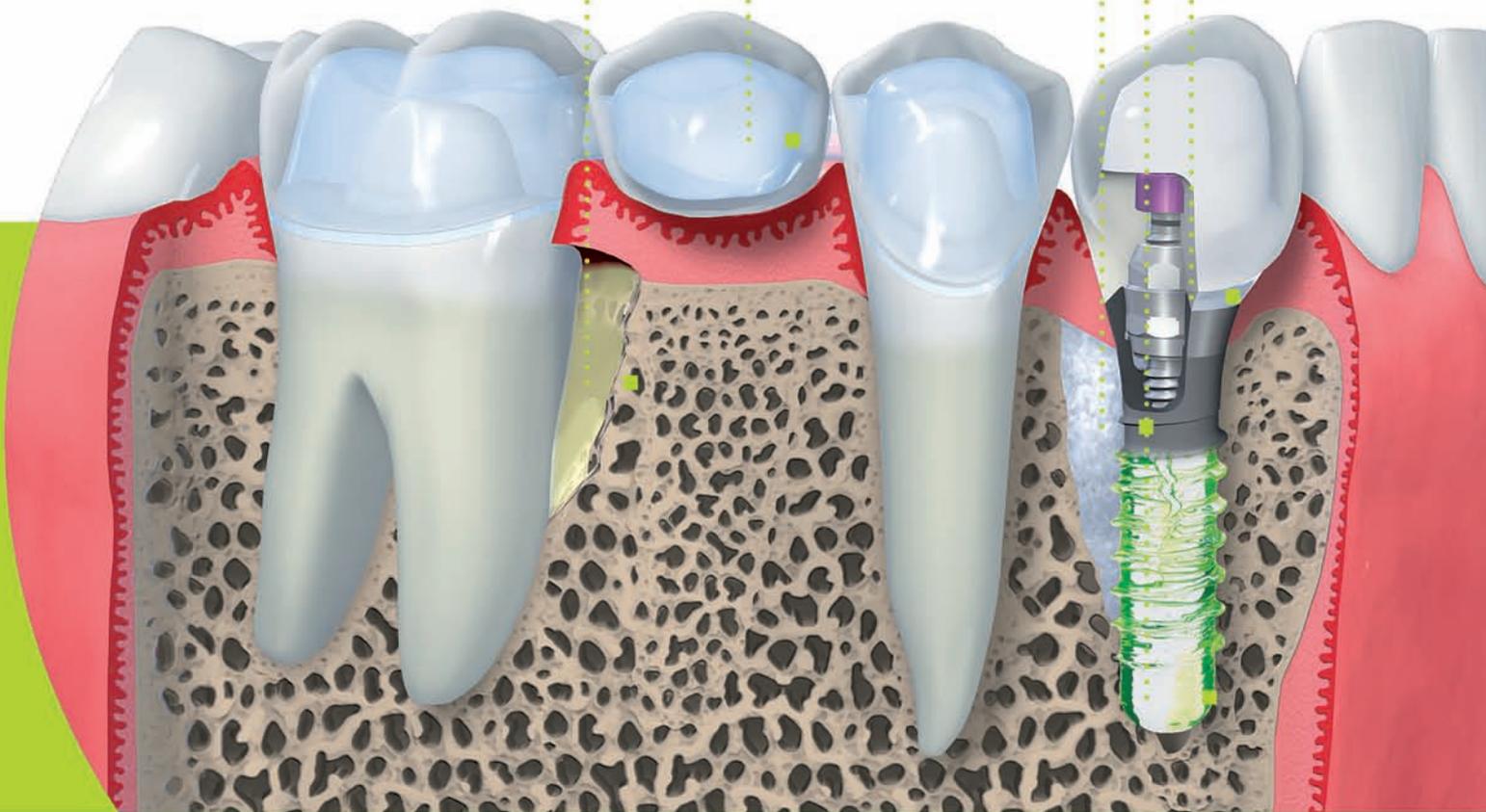
etkon™ – technologie de CFAO par Straumann

Straumann® Emdogain

Straumann® Dental Implant System

Straumann® SLActive

Straumann® BoneCeramic



## **SOLUTIONS CHIRURGICALES, RESTAURATRICES ET REGENERATRICES PAR STRAUMANN**

Quel que soit le traitement indiqué, Straumann offre la solution qui convient pour obtenir des résultats optimaux. Straumann se consacre à la fabrication de produits de haute qualité conçus pour respecter les principes biologiques. Notre large gamme de produits innovants comprend des solutions pour la chirurgie, la restauration et la régénération, ainsi que la dernière technologie de CFAO.

## Les dents ? Ca n'est pas important.

Perdre une dent n'est pas grave. En soi.

Laisser la carie attaquer ses dents, laisser ses dents perdre leur soutien, n'est pas dramatique.

On trouvera toujours un dentiste pour arrêter le processus ou pour réparer les dégâts. Et puis, même si on devait en extraire l'une ou l'autre, on n'en mourra pas. *On n'en mourra pas ?*

Pas si sûr...

Sous le thème des interactions entre la Médecine Générale et la Médecine Dentaire, notre cours du 15 novembre dernier a montré qu'une pathologie orale peut avoir des répercussions désastreuses sur la santé. Et a insisté une nouvelle fois sur l'essentiel : la prévention.

En rappelant que le rôle dévolu aujourd'hui au praticien de l'Art Dentaire est beaucoup plus large que celui assuré par un « dentiste ».

Prenons le Syndrome de l'Apnée et de l'Hypoventilation Obstructive du Sommeil (SAHOS).

Les conséquences de ce syndrome sont aussi insoupçonnées que gravissimes : souffrance psychologique, hypertension artérielle, surcharge cardio-vasculaire mortelle, accident vasculaire cérébral, décès pendant le sommeil, accidents de la route...

Un diagnostic précoce et une orthodontie interceptive chez le jeune enfant respirateur buccal, certainement plus à risque de développer un SAHOS à l'âge adulte, sont de première importance.

Un développement harmonieux des maxillaires est souhaitable afin d'éviter une réduction du volume oral dévolu à la langue. Il est donc primordial d'éviter la perte dentaire chez l'enfant, que ce soit en denture temporaire ou en denture définitive.

L'adulte présentant un excès pondéral est plus à risque de développer des apnées durant son sommeil. Et le dentiste de se retrouver conseiller en nutrition...

Les patients atteints d'un cancer, traités par chimiothérapie ou radiothérapie, doivent bénéficier d'une attention toute particulière de leur praticien, avant, pendant et après leur traitement. Si nous devons être « radical » avant la thérapeutique oncologique, il faut être extrêmement conservateur ensuite.

La minutie de nos examens de bouche et la qualité de nos traitements éviteront bien des déboires aux malheureux qui développeront une tumeur.

Chez ceux-là aussi, nous devons insister sur l'importance de toujours maintenir un haut niveau d'hygiène bucco-dentaire tout en retrouvant une meilleure hygiène de vie et alimentaire.

Les relations qui existent entre maladies parodontales et diabète, entre diabète et caries dentaires, entre maladies parodontales et pathologies cardio-vasculaires sont maintenant bien documentées. Traiter l'un sans tenir compte de l'autre est une ineptie.

Nous connaissons malheureusement aussi les effets secondaires dramatiques de certains médicaments allopathiques. Tels les Bisphosphonates.

Améliorant la qualité de vie de patients atteints de tumeurs en leur évitant des métastases osseuses ou prescrits préventivement chez le patient âgé ou après la ménopause afin d'éviter des fractures osseuses, ces molécules sont responsables de nécroses osseuses dévastatrices conséquentes à une chirurgie orale, comme une simple extraction ou un traitement parodontal. Encore une fois, ceci peut être évité si nos patients maintiennent toujours un état de santé bucco-dentaire optimal, évitant ainsi tout risque de traitement invasif.

Nous y revenons donc sans cesse : la plupart des maladies de la bouche sont évitables.

Le seraient-elles toutes ?

Éliminons les facteurs de risques pathologiques et assurons une prévention digne de ce nom.

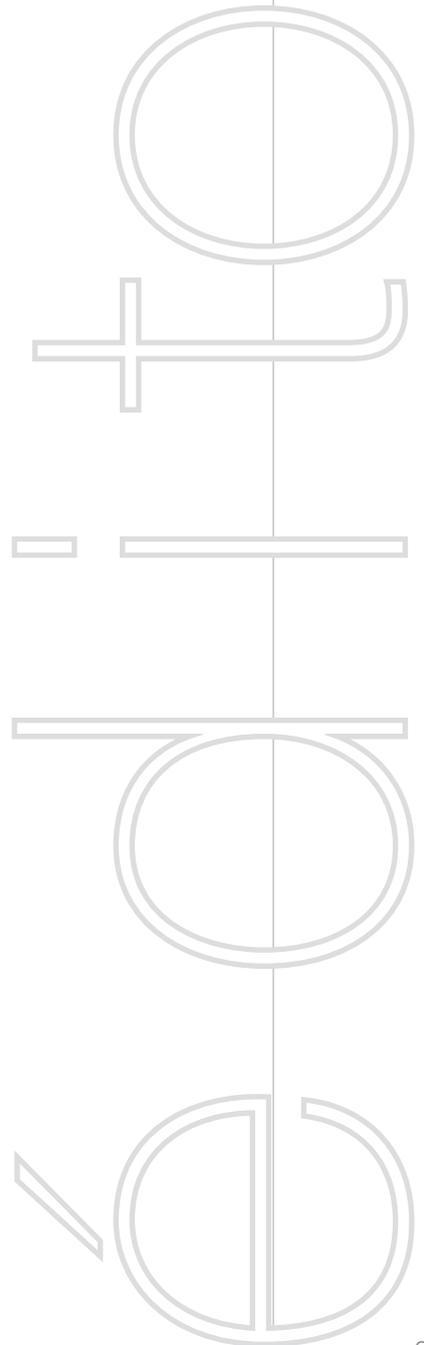
Le tiercé « élimination complète et biquotidienne de la plaque dentaire, alimentation non cariogène et hygiène de vie » est effectivement le seul gagnant.

Si une réelle prévention, efficiente, organisée et structurée au sein de chaque cabinet dentaire et de chaque école maternelle et primaire, soutenue par une volonté politique éclairée, convaincue et responsable, insensible aux lobbies commerciaux, était mise en place dans le pays, la santé de la population serait bien meilleure. Sans aucun doute.

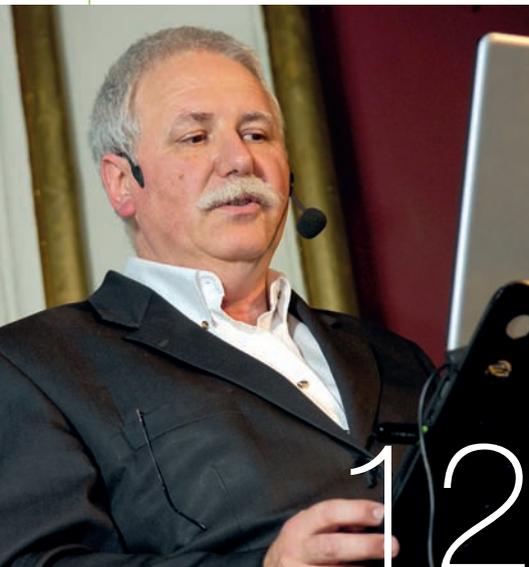
Seulement, pour atteindre cet objectif, le pays a aussi besoin d'hygiénistes. Et ça, c'est une autre histoire. Nous en reparlerons.

En attendant, je vous souhaite, mes Chères Consoeurs, mes Chers Confrères, au nom de tous mes collaborateurs, une année 2009 la meilleure qui soit.

**Didier Eycken**  
**Président de la Société de Médecine Dentaire**



# sommaire



## 3 Edito

Didier EYCKEN - Président

## 7 Etre membre

## 9 Cotisation

## 10 Quand la Médecine rencontre la Médecine Dentaire

O. CUSTERS

## 12 Souriez.be

M. DEVRIESE

## 15 Avantages complémentaires pour les membres...

O. CUSTERS

## 19 Sommaire articles scientifiques

### 21 Interceptions orthodontiques (2<sup>ème</sup> partie)

S GIOT-WIRGOT, M CHAREZINSKI

### 27 Borne Interactive

Dr Serge BROKA, Anouck HOUBA

### 35 Le Schéma Thérapeutique

P DIEUDONNÉ, A PIRON



### 43 Sommaire formation continue

- 44 Après-midi professionnelle - Bruxelles
- 45 Ergonomie - Bruxelles
- 46 Agénésies - Charleroi
- 48 2<sup>ème</sup> Rendez-vous des Cercles - Liège
- 50 Photographie - Bruxelles
- 51 Toxicité - Namur
- 52 Organisation - Bruxelles
- 53 Digue - Bruxelles
- 54 Occlusodontie - La Hulpe

### 55 Sommaire Infos professionnelles

- 57 Un nouvel accord dento-mutualiste  
M. DEVRIESE
- 58 Attestation de prothèse dentaire  
M. DEVRIESE
- 59 Question d'un membre  
M. DEVRIESE
- 60 Le recours aux soins dentaires pour les enfants...  
M. DEVRIESE
- 61 Recevez l'info professionnelle en temps réel  
O Custers

### 62 Accréditation 2008

### 63 Prix biennal Albert Joachim

### 64 Culture P MATHIEU

### 66 Study-Clubs

### 68 Petites annonces

### 70 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 <sup>1</sup>
- enlève jusqu'à 40% de plaque interdentaire en plus <sup>2</sup>
- engendre une diminution significative des problèmes de gencives <sup>2</sup>
- offre une haleine fraîche jusqu'à 10 heures <sup>3</sup>

**Colgate** **360°**

*Colgate 360°: pour un nettoyage complet de la bouche*

<sup>1</sup> Comparé à un brossage avec une brosse à dents manuelle standard. <sup>2</sup> Comparé à une brosse à dents manuelle standard.

<sup>3</sup> Comparé à un brossage avec une brosse à dents manuelle standard et avec une brosse à dents électrique à piles.

# Etre membre ?



## Qui sommes-nous ?

**Une association scientifique et professionnelle représentative des dentistes de Belgique, reconnue par l'INAMI. Notre but principal est de contribuer au progrès de la science odonto-stomatologique et au développement de la médecine dentaire, notamment par :**

- L'encouragement à l'enseignement et à la recherche
- L'organisation de toute activité scientifique
- La collaboration à l'information et à l'éducation du public
- La représentation professionnelle auprès des instances (INAMI, Santé Publique, Accréditation, ...)
- Les contacts avec les autorités officielles, la presse, l'industrie, ...
- ...

## Vos avantages !

- Une formation continue de qualité et abordable (dont 6 heures gratuites par an – hors repas)
- L'accès gratuit à tous nos Study-Clubs
- Une équipe de spécialistes pour vos questions pratiques, juridiques ou professionnelles
- L'abonnement gratuit et exclusif à la Revue Belge de Médecine Dentaire
- Des assurances à des conditions de groupe (DKV hospit, RC prof. et privée, Europ Assist., etc)
- NEW ! Des conditions spéciales sur les terminaux de paiement, la collecte de déchets,...
- Un service gratuit de recouvrement de créances (hors frais de justice éventuels)
- Un agenda de bureau offert chaque année, en fin d'année
- Un caducée pour votre voiture
- Une information indépendante
- Une branche prévention gérée par une équipe dynamique
- Et bien d'autres choses.....



# Nouveau: Philips Sonicare FlexCare



Élimine plus efficacement la plaque dentaire entre les dents et dans toute la cavité buccale que la Sonicare Elite<sup>1</sup>

Nouveau: programmes personnalisables

Doux pour la dentine<sup>2\*</sup>

Nouveau système qui permet de réduire les vibrations de 80%<sup>†</sup>

Nouveau la brosette ProResults opère des mouvements oscillatoires plus amples et les soies de la brosse épousent les contours de chaque dent<sup>†</sup>

Améliore considérablement la santé des gencives en seulement 2 semaines (cliniquement prouvé)<sup>3</sup>



**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](http://www.philips.com/sonicare)

**PHILIPS**  
**sonicare**  
the sonic toothbrush

**PHILIPS**  
sense and simplicity

\*Étude réalisée in vitro

<sup>†</sup>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.



# QUAND LA MÉDECINE LA MÉDECINE DE



En cette mi-novembre, notre dernier cours de l'année a tenu toutes ses promesses, non seulement nous avons battu tous les records en terme d'affluence, mais cette journée fut très appréciée de tous les participants. Il faut dire que nous avons été gâtés par la qualité des intervenants, la pertinence des sujets traités et l'excellent contenu des présentations.

Nous tenons à en remercier encore une fois tous les orateurs.

Cette journée débuta par un exposé extrêmement clair de notre charmante consœur Amélie Mainjot, un véritable plaidoyer pour la prescription rationnelle et éclairée des antibiotiques en pratique dentaire. Il est certain qu'après cette présentation, nos habitudes de prescription seront largement modifiées.

Ce fût ensuite au Docteur Pierre Philippart de nous entretenir d'un sujet ô combien vaste et délicat que sont les facteurs de risque en implantologie. Il est certain que si l'implantologie atteint aujourd'hui des taux de succès aussi élevés, c'est en grande partie grâce à une meilleure étude des cas. Une sélection plus rigoureuse des patients, en prenant en compte tous les facteurs de risques médicaux et bucco-dentaires, est une des clés du succès.



# CINE RENCONTRE NANTAIRE...

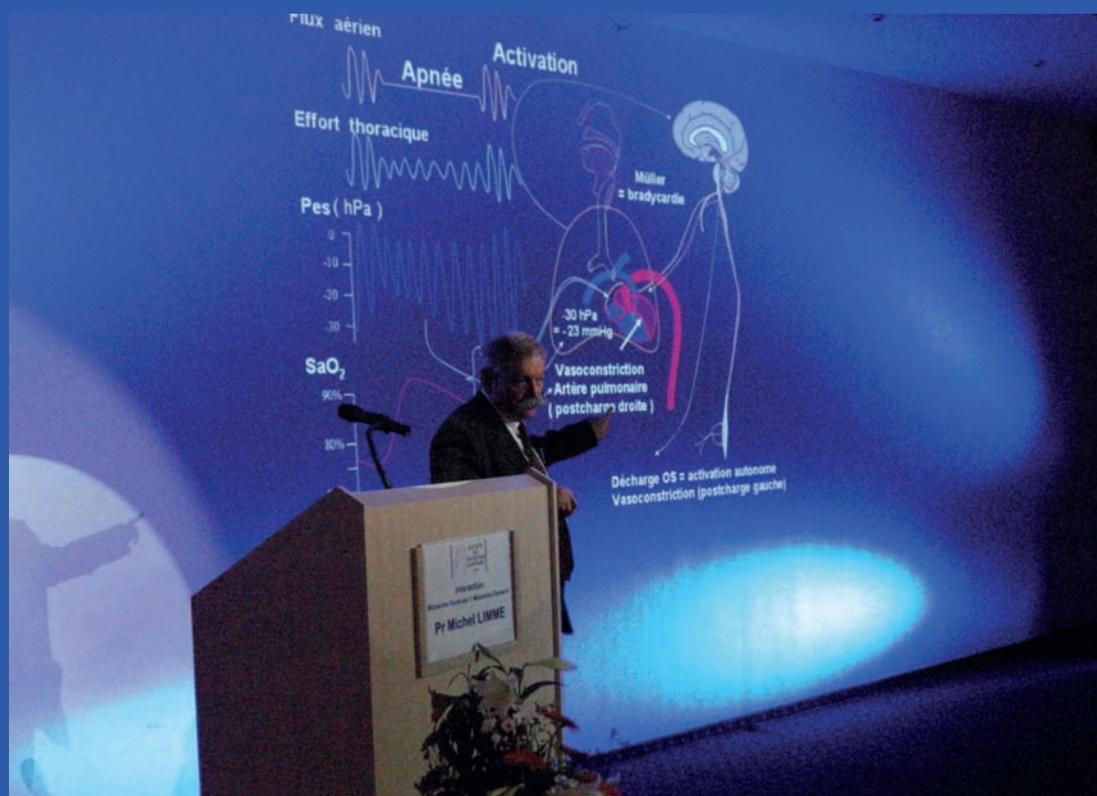
La deuxième partie de la matinée nous permit de retrouver la verve du Professeur Michel Limme, grande figure de l'Université de Liège, pour nous entretenir d'un sujet encore méconnu : celui des apnées obstructives du sommeil. Le Professeur Limme, par son langage imagé et la qualité de son exposé, a réussi à retenir toute notre attention sur ce sujet délicat, pas un ronflement dans la salle...

En début d'après-midi, nous avons eu le plaisir de retrouver le Professeur Hervé Reyckler, de l'UCL. Comme à son habitude, le Professeur Reyckler nous gratifia d'une conférence très claire et bien structurée sur le sujet difficile des patients cancéreux et de leurs traitements dentaires.

Cette journée excessivement intéressante se termina par l'intervention passionnante d'un homme passionné, le Docteur Eric Fossion. Sujet d'une actualité brûlante, les nécroses iatrogènes des maxillaires, et surtout celles dues à la prise de biphosphonates. Si nous ne devons retenir qu'une seule chose de l'exposé, ce serait l'importance primordiale du diagnostic.

Cette journée de conférences, excessivement riche en informations, a réjoui l'ensemble des participants !

OC





# Souriez.be

Ce 6 décembre, la FONDATION pour la SANTE DENTAIRE présentait en première projection un DVD de petites séquences vidéos ayant pour thème la prévention de la carie de la petite enfance (nous en reparlerons prochainement).

La Fondation a profité de l'évènement pour dresser le bilan de 5 années de campagne "Sourire pour Tous", et pour remettre à cette occasion des trophées tout symboliques à différents partenaires impliqués dans les actions menées, sous forme de "Sourires d'Or".

Ce samedi de St Nicolas était aussi l'occasion pour faire se rencontrer les collaborateurs, les partenaires institutionnels ainsi que des membres de la presse.

A noter le SOURIRE d'OR remis à la Société de Médecine Dentaire asbl en remerciement du support qu'elle apporte aux actions de la FONDATION.





# De sérieux problèmes de gencives...

Gel dentaire € 4.<sup>20</sup>  
Bain de bouche € 4.<sup>40</sup>  
Spray € 5.<sup>77</sup>



## ...nécessitent des solutions radicales

Le bain de bouche Corsodyl: la référence pour le traitement des sérieux problèmes de gencives. De surcroît, l'efficacité de la chlorhexidine à 0,2 % a été prouvée dans plus de 200 études cliniques. Il existe d'autres produits Corsodyl comme le gel dentaire ou le

spray buccal pour les problèmes plus locaux qui ont également prouvé leur efficacité. Souhaitez-vous en savoir plus? Nos spécialistes Corsodyl se feront un plaisir de vous aider à déterminer les solutions appropriées aux différents problèmes de gencives rencontrés.



THE STANDARD



GlaxoSmithKline Consumer Healthcare s.a. • Dental Marketing • Rue du Tilleul, 13 • B-1332 Genval • 02 656 27 03

### Caractéristiques du produit en raccourci Corsodyl bain de bouche, spray et gel dentaire.

**COMPOSITION** Bain de bouche et spray: Chlorhexidin. Digluconas 0,2 % m/v, gel dentaire: Chlorhexidin. digluconas 1 % w/w

**INDICATIONS** La solution de Corsodyl est indiquée dans la prévention et le combat de la plaque dentaire, dans le traitement de la gingivite simple ou ulcéreuse, dans le traitement des parodontopathies d'origine infectieuse telles que les stomatites sur prothèse, comme désinfectant lors des interventions parodontales et en présence d'aphtes ulcérés ou dans d'autres infections oropharyngées, notamment les candidiases. Le spray est indiqué lorsque le rinçage de la bouche est déconseillé, à la suite d'interventions parodontales ou chez les patients handicapés physiquement. Corsodyl gel dentaire est indiqué dans le traitement de la gingivite marginale et ulcéreuse, peut être également utilisé après une intervention parodontale pour favoriser la guérison de la gencive, est utile pour le traitement d'ulcères récurrents et d'infections buccales à candida (par ex stomatites et aphtes) et peut être également utilisé pour la prévention des caries, lorsque les méthodes conventionnelles sont insuffisantes en raison d'une susceptibilité élevée à la carie ou d'une impossibilité à utiliser des méthodes habituelles.

#### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

**Bain de bouche** : Se rincer la bouche deux fois par jour durant 1 minute avec environ 10 ml de la solution (= un bouchon doseur rempli) ou conformément aux indications du médecin/dentiste, **Spray** : Vaporiser sur les dents deux fois par jour ou selon l'avis du médecin/dentiste. La quantité maximale est de 12 vaporisations (0,14 ml/vaporisation), deux fois par jour.

**Gel dentaire** : • problèmes gingivaux et parodontaux, se brosser les dents 2 fois par jour pendant 2 semaines avec 2,5 cm de gel déposés sur la brosse, pendant une durée d'au moins 1 minute ou selon l'avis du médecin ou du dentiste. • le traitement des aphtes, 2,5 cm de gel seront appliqués au niveau des muqueuses au moyen de l'index, 2 fois par jour. • caries dentaires, 2,5 cm de gel sont placés dans la gouttière préformée et appliqués quotidiennement sur les dents, de préférence le soir, et maintenus pendant 5 minutes. Le traitement sera poursuivi pendant 2 semaines et éventuellement renouvelé après 3 ou 4 mois. Simultanément, d'autres mesures préventives doivent être prises, comme la diminution de prise de sucre et le brossage des dents deux fois par jour à l'aide d'un dentifrice contenant du fluor. L'application professionnelle de fluor et la fermeture des interstices peuvent également se révéler utiles dans le cadre de cette prévention. • En cas de stomatite sous prothétique à Candida, environ 2 cm de gel sont appliqués au niveau de l'intrados de la prothèse complète qui sera maintenue pendant 10 minutes en bouche, avant d'être enlevée et rincée. Avant de réinsérer la prothèse, la bouche sera également rincée à l'eau. L'utilisation chronique de Corsodyl nécessite un contrôle régulier par un médecin ou un dentiste. Pour le traitement d'une gingivite, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant un mois.

**CONTRE-INDICATIONS** Hypersensibilité à la chlorhexidine ou l'un des excipients. Comme il est de règle pour la plupart des antiseptiques, Corsodyl ne peut être mis en contact avec le tissu cérébral, les méninges, le canal médullaire vertébral ou l'oreille.

**EFFETS INDESIRABLES** Au cours d'un usage répété, une coloration brunâtre des dents et de la langue peut apparaître. La coloration de la langue disparaît après l'arrêt du traitement. La coloration des dents peut être évitée en se brossant les dents avec un dentifrice traditionnel avant d'utiliser Corsodyl. Si l'utilisation d'un dentifrice est insuffisante ou impossible, le détartrage ou le polissage des dents peut être utile. Certains matériaux d'obturation et de prothèse sont également susceptibles de présenter le même type de coloration. Une attention particulière doit être apportée lors d'obturations esthétiques ou de prothèses des dents antérieures. En début de traitement peut apparaître une perturbation du goût. Une sensation de brûlure de la langue peut exister. Ces symptômes disparaissent le plus souvent si l'on poursuit le traitement. Des effets indésirables dus à la chlorhexidine peuvent se présenter occasionnellement. Il s'agit de réactions allergiques (érythème, urticaire, dyspnée, choc anaphylactique) ou d'irritations cutanées. Corsodyl solution peut induire d'une desquamation (écaillage) orale, l'utilisation peut habituellement être poursuivie en diluant la solution (diluer 5 ml de solution Corsodyl dans 5 ml d'eau). Il est parfois nécessaire d'arrêter le traitement. Très exceptionnellement un gonflement des glandes salivaires a été rapporté. Celui-ci disparaît à l'arrêt du traitement.

**NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** • Bain de bouche 981 IS 146 F11 • Spray 981 IS 144 F11 • Gel dentaire 981 IS 153 F7

**CONDITIONNEMENT ET STATUT LEGAL DE DELIVRANCE** • Bain de bouche : flacon 200 ml, libre; • Spray : 60 ml, libre; • Gel dentaire : tube 50 g, libre.



## **AVANTAGES** complémentaires pour les **MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE** grâce aux terminaux **ATOS WORLDLINE** **Confort de paiement, pour le dentiste comme POUR LE PATIENT !**

*Les dentistes doivent consacrer de plus en plus de temps à la perception et à l'administration de leurs honoraires en cash et aux patients qui 'oublie' de payer. Les terminaux de paiement éliminent d'emblée une série d'inconvénients liés à l'argent cash. La Société de Médecine Dentaire est parvenue à négocier, en exclusivité pour ses membres, des avantages complémentaires auprès du leader de marché en matière de terminaux et de gestion des transactions, Atos Worldline, connu pour ses terminaux Banksys et ses cartes BCC. Nos membres peuvent acheter ou louer des terminaux Banksys pour cartes de crédit et de débit auprès de cette entreprise à des conditions avantageuses. Le Point a rencontré Evelyne Reins, Account Specialist Partnership chez Atos Worldline.*

### **Pourquoi les dentistes ont-ils tout avantage à opter pour un terminal de paiement ?**

Les terminaux de paiement permettent avant tout au dentiste en exercice de se recentrer sur son activité première : soigner ses patients. Nos terminaux lui procurent au premier chef un gain de temps, car le patient paie immédiatement le montant juste. Plus besoin de chercher la monnaie. Le dentiste ne doit plus assurer le suivi des impayés par des coups de téléphone, des rappels ou des contrôles administratifs. Tous les dentistes le savent, le nombre de patients qui ne paient pas ou paient tardivement à l'issue d'une consultation ne cesse d'augmenter. Un paiement immédiat au moyen d'un terminal constitue donc la solution idéale. Le patient peut régler immédiatement les soins à l'aide de sa carte de débit (Bancontact-MisterCash) ou de sa carte de crédit (type Visa MasterCard) et n'a donc aucune raison de se soustraire à un paiement instantané.

### **Y a-t-il encore d'autres bénéfices pour le dentiste ?**

Oui. Un terminal de ce genre accroît son confort et sa sécurité. Le dentiste conserve notamment moins d'argent liquide à son domicile, ce qui réduit sensiblement le risque de cambriolage (ou d'agression lorsqu'il se rend à la banque). Les allers-retours à la banque sont donc moins fréquents. Cette solution représente donc un gain de sécurité pour le dentiste et sa famille.

Enfin, un terminal de paiement apporte également un plus grand confort en termes de gestion financière, car il facilite la comptabilité du cabinet, dans la mesure où les relevés périodiques améliorent la transparence dans le cadre de ses obligations administratives.

### **Quelles facilités ces terminaux offrent-ils aux patients ?**

La grande majorité des patients sont déjà familiarisés avec les paiements par carte. Ils savent comment cela fonctionne. En outre, la notoriété des terminaux Banksys fait que le patient pourra confirmer le paiement en toute confiance. Le patient lui aussi trouvera sans aucun doute un bénéfice à payer sur-le-champ la somme due, puisqu'il s'évitera ainsi distractions et

oublis gênants ! Autre avantage pour le patient : il pourra choisir de payer le dentiste à l'aide d'une carte de crédit ou d'une carte de débit.

### **En quoi consiste exactement l'offre faite à nos membres ?**

Atos Worldline offre aux membres de la Société de Médecine Dentaire la possibilité d'acheter ou de louer un terminal à un tarif avantageux. Il s'agit de deux de nos terminaux les plus récents, de surcroît très simples d'emploi. Soit le dentiste opte pour un terminal fixe XENTA, qui se placera de préférence sur un comptoir administratif central. Le terminal mobile XENTISSIMO peut être facilement déplacé d'une pièce à l'autre, car il fonctionne sans fil. Il convient donc parfaitement à des dentistes exerçant dans plusieurs cabinets, par exemple.

### **Faut-il prévoir des aménagements spéciaux pour utiliser un tel terminal ?**

En principe, une ligne téléphonique ou un raccordement internet suffit. Ce dernier, en particulier, vous permet d'accepter des paiements sur-le-champ, en toute sécurité et sans interruption de vos communications téléphoniques. Atos Worldline se charge de l'installation de ce terminal et vous en explique le fonctionnement.

### **Quel tarif spécial Atos Worldline propose-t-il à nos membres ?**

Le 23 janvier, la Société de Médecine Dentaire organise une séance de présentation professionnelle en collaboration avec Atos Worldline. Les tarifs préférentiels à l'usage des membres seront divulgués à cette occasion.

### **Merci de tout cœur pour cette interview, Madame Reins. Nous vous retrouverons donc avec plaisir ce vendredi 23 janvier.**

Pour plus d'informations sur la séance du 23 janvier, voir page 44

**Evelyne Reins**

*Account Specialist Partnership*

Plus d'infos, veuillez contacter le service Telesales au 02/727 70 00  
[www.atosworldline.be](http://www.atosworldline.be)



En tant que professionnel  
de la santé, vous connaissez  
mieux que personne  
l'importance d'un service  
personnalisé.

Pour toujours mieux accompagner les PME et indépendants, Belgacom a mis en place les Bizz Corners, des espaces réservés aux indépendants et PME dans les Belgacom shops. Chaque professionnel pourra compter sur les conseils d'un vrai Bizz Expert pour trouver les solutions télécoms les mieux adaptées à son activité. Avec ou sans rendez-vous. Une information au sujet d'internet? Des explications sur les plans

avec



C'est pourquoi nous avons créé dans nos magasins, le Bizz Corner, un espace dédié aux indépendants et aux professions libérales.



tarifaires fixes et/ou mobiles? La présentation d'une solution plus complexe comme celle d'un central téléphonique? Quelle que soit votre question, vous trouverez la réponse dans votre Bizz Corner.

Pour découvrir le Bizz Corner Belgacom le plus proche de chez vous, surfez sur [www.bizzcorner.be](http://www.bizzcorner.be)



VOUS EMMÈNE



indexation

non-indexation

**NOUVEAU**

## DECOUVREZ LA NOUVELLE GENERATION ANKYLOS® : ANKYLOS® C/X avec l'option d'indexation et bien plus encore ...

Le nouvel implant ANKYLOS® C/X avec sa connexion conique spécifiquement développée pour la préservation des tissus vous plonge dans la technologie implantaire de l'avenir :

- Indexation ou non-indexation avec un seul et même implant
- Nouveau système de mise en place simplifié
- Concept prothétique optimisé
- Double emballage stérile parfaitement sûr avec son « implant-shuttle »

Intéressé ?

Internet : <http://ankylos.dentsply-friadent.com>

Téléphone : 03-458 41 71

**ANKYLOS®** | DENTSPLY  
FRIADENT

# articles scientifiques

## S o m m a i r e

- 21** Interceptions orthodontiques (2<sup>ème</sup> partie)  
S GIOT-WIRGOT, M CHAREZINSKI
- 27** Borne Interactive  
Dr Serge BROKA, Anouck HOUBA
- 35** Le Schéma Thérapeutique  
P DIEUDONNÉ, A PIRON

# Retrouvez le sourire avec

# Eludril

Chlorhexidine 0,10 %

Antiseptique de référence

- ▶ Actif sur l'ensemble des germes pathogènes de la cavité buccale<sup>(1-5)</sup>
- ▶ Réduit l'inflammation gingivale<sup>(6)</sup>
- ▶ Diminue l'indice de plaque<sup>(6)</sup>

▼

*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/Juillet. - (5) S. Macneill, 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. Bonesvoll.-Oral pharmacology of chlorhexidine. J. Clin. Periodontol 1977 n°5.



PIERRE FABRE  
ORAL CARE

# INTERCEPTIONS ORTHODONTIQUES et implications pour le dentiste généraliste

Sophie Giot-Wirgot et Michal Charezinski

2<sup>ème</sup> partie



## Conduite à tenir en dentition lactéale entre 3 et 6 ans

Le dépistage doit se focaliser sur les fonctions du jeune patient. Les questions à se poser sont :

« L'enfant respire-t-il par le nez ? Sa mastication est-elle physiologique ? Sa langue a-t-elle une bonne mobilité ? L'enfant garde-t-il une parafonction de type succion du pouce ou de la tétine ? ».

La correction des problèmes fonctionnels respiratoires relève du médecin ORL qui fera un examen complet afin de déterminer la nécessité de dégager les voies respiratoires c.à.d. d'enlever les amygdales et/ou les végétations. Le dialogue avec le médecin s'avère souvent constructif car il arrive que ce dernier ne soit pas conscient de la répercussion de la respiration buccale sur la croissance dento-faciale.

La prévention et la correction des articulés croisés à cet âge consiste dès que possible à motiver le patient à manger des aliments durs et à pratiquer, selon les principes de Planas, la « mastication unilatérale alternée ». Cette mastication physiologique se définit par des mouvements masticatoires latéraux alternés de même amplitude. En denture lactéale, une bonne fonction masticatoire stimule l'expansion maxillaire (apparition de diastèmes) et aboutit à une usure symétrique à plat des faces occlusales. Le dentiste est à même de dépister les mouvements asymétriques ainsi que les manques d'usure et de procéder à des meulages à plat, principalement des canines. Cette technique permet de résoudre en quelques mois une bonne partie des articulés croisés.



Articulé croisé unilatéral avec déviation mandibulaire vers la gauche dont l'importance nécessite une expansion orthodontique

Lorsque l'articulé croisé persiste ou se présente en denture mixte précoce, le traitement le plus recommandé est l'expansion maxillaire lente via une plaque à vérin, un arc palatin (arc « W » ou Quadhelix) ou encore un disjoncteur palatin.

L'examen clinique peut mettre en évidence une hypomobilité de

la langue à cause d'un frein lingual court. Le jeune patient est dès lors référé pour une frénectomie, suivie d'une rééducation logopédique qui permettra à la langue de jouer pleinement son rôle.

A partir de 3 ans, il est conseillé d'arrêter les habitudes de succion du pouce ou de la tétine. En effet, les études scientifiques ont clairement fait le lien entre ces parafonctions et l'apparition d'articulé croisé, d'open bite ou encore de proversion incisive. De plus, ces malocclusions dentaires s'aggravent avec la durée de succion et contrairement à l'idée reçue l'auto-correction n'est pas la règle après un arrêt au-delà de 4 ans. Le sevrage peut être obtenu de diverses manières : discussion, récompense, responsabilisation (ex : l'enfant signe le contrat de « Mr Pouce » et s'engage à arrêter son tic) ou encore des accessoires dissuasifs (ex : sparadrap, gant, produit amer sur le pouce). Dans un second temps, un écran buccal peut être proposé à l'enfant pour remplacer la tétine.

Outre ces considérations fonctionnelles, il est évidemment recommandé au dentiste de préserver au maximum la denture lactéale. Le recours au pédodontiste s'avère particulièrement indiqué pour les enfants difficiles. Certaines situations d'édentation prématurée requièrent un mainteneur d'espace (p.ex. plaque à vérin avec dents prothétiques suite à la perte traumatique des incisives) et l'avis de l'orthodontiste est recommandé.



Cas de proglissement antérieur résultant en partie de l'édentation postérieure non réhabilitée

## Conduite à tenir en dentition mixte entre 7 et 12 ans

A ce stade, le dentiste doit être vigilant pour détecter une série d'anomalies dentaires ou squelettiques, sans passer à côté d'éventuels déséquilibres fonctionnels. Voici la série de questions qui doivent guider le praticien lors de l'examen de l'enfant :

« Les fonctions de l'enfant (respiration, mastication, mobilité linguale, parafunctions) sont-elles correctes ? Existe-t-il une interposition linguale en déglutition ou en phonation ? Le frein labial supérieur est-il fibreux et associé à un diastème interincisif persistant ? »

« Un encombrement dentaire est-il présent ? Y a-t-il des anomalies d'éruption (incisive centrale supérieure) ou de chemin d'éruption (canine supérieure) ? Un articulé croisé dentaire est-il objectivé ? Des molaires ou des canines de lait risquent-elles d'être perdues précocement ? Des molaires de lait sont-elles ankylosées ? »

« Y a-t-il une béance ? La mandibule est-elle verrouillée en position de classe II par une supraclusion incisive ? »

La correction des problèmes fonctionnels reste une priorité. L'accent est mis durant la denture mixte sur la logopédie, indiquée à cet âge, afin de normaliser la position linguale en déglutition et en phonation. Quant au sevrage rebelle de la succion, l'orthodontiste peut en dernier recours placer une grille anti-pouce. De même, une pulsion linguale rebelle peut dans certains cas être traitée par le placement d'une grille anti-langue ou d'une enveloppe linguale nocturne.



Caractéristiques d'une interposition linguale malgré plusieurs rééducations logopédiques. La mise en place d'une enveloppe linguale nocturne est nécessaire

C'est également le moment de vérifier si une **frénectomie labiale supérieure** est indiquée. C'est le cas si un diastème interincisif est associé à un frein fibreux qui s'interpose entre les incisives. Idéalement, on réalise la frénectomie au moment de la sortie des canines ou des incisives latérales pour profiter de la force éruptive pour fermer le diastème. Deux plaquettes collées sur les incisives permettent souvent une fermeture rapide d'un diastème important.

Il est à noter que le **diastème interincisif** peut avoir d'autres causes comme un odontome, une agénésie d'incisive latérale, une proversion incisive ou une microdontie.

Pour rappel, il est proscrit de conseiller au patient l'utilisation d'un élastique autour des incisives pour fermer le diastème. Le glissement de l'élastique dans le parodonte est à l'origine de situations dramatiques de perte d'incisives.



Destruction du parodonte des incisives par un usage inconsidéré d'élastiques

La correction précoce de l'encombrement dentaire, objectivée par les malpositions incisives et les superpositions de germe sur la radiographie panoramique, permet de prévenir certaines inclusions dentaires (ex : canine supérieure) et de diminuer le nombre de traitements extractionnels. En fonction de l'ampleur de l'encom-

brement, différentes possibilités thérapeutiques existent.

Dans le cas d'encombrement léger, un simple mainteneur d'espace ou des meulages proximaux sont des solutions de choix. Le principe étant d'utiliser dans ces 2 cas l'espace du « lee way ». Afin de conserver cet espace, il est important de préserver l'intégrité des molaires de lait et de placer le mainteneur d'espace avant leur exfoliation.

Dans les cas d'encombrement moyen à sévère, deux choix s'offrent au praticien, faire de l'expansion précoce ou opter pour un traitement extractionnel en denture mixte tardive ou définitive. L'impact de ce choix sur les tissus mous du patient doit être évalué et un bilan radiographique complet par un orthodontiste est nécessaire à ce stade.

Dans les cas d'encombrement très sévère, le traitement extractionnel est souvent inévitable. Certains orthodontistes préconisent dès lors des extractions pilotées qui permettent d'accélérer l'éruption de la première prémolaire en vue de son extraction.



Encombrement très sévère : Ectopie des canines, déviation des milieux

Dans tous les cas, qu'il y ait expansion ou non, la **surveillance de la canine maxillaire** par radiographie panoramique de contrôle dès 9 ans est très importante. Lorsque l'angle formé entre la canine et la latérale définitive est égal ou supérieur à 25-30° et lorsque la couronne du germe de la canine se superpose à la racine de l'incisive latérale, le risque d'inclusion est réel et une prise en charge orthodontique interceptive peut être indiquée.

De même, l'étiologie d'un retard d'éruption d'une **incisive centrale** doit être recherchée. L'inclusion peut s'expliquer par la présence d'un odontome ou un antécédent de traumatisme. La traction de l'incisive incluse est fréquemment proposée par l'orthodontiste.

La **correction des articulés croisés** doit être précoce, surtout lorsque elle s'accompagne de déviation mandibulaire. Il faut garder à l'esprit qu'en cas d'abstention de traitement, cette déviation mandibulaire fonctionnelle risque de se figer et de devenir anatomique en denture définitive. Par conséquent, le traitement risque de devenir orthodontique et chirurgical.

L'origine squelettique ou dentaire de ces articulés croisés doit être identifiée. Un articulé croisé isolé est purement dentaire, alors qu'un articulé croisé étendu implique le plus souvent une origine squelettique.



Cas d'articulé croisé dentaire et squelettique

L'**articulé croisé latéral** sera fréquemment traité par un protocole d'expansion maxillaire supérieure.

Le disjoncteur palatin est recommandé en raison de son effet

squelettique d'ouverture de la suture médiane palatine. D'autres appareils, tels le quadhelix, l'arc « w » ou encore des plaques à vérin, ont un effet plutôt dentaire.



Effet clinique et radiographique d'un disjoncteur

L'articulé croisé antérieur unitaire peut être parfois simplement corrigé par une pression sur la dent à l'aide d'une spatule lorsque celle-ci vient de commencer son éruption. Dans d'autres cas, un appareil orthodontique est utilisé



Cas d'articulé unitaire nécessitant une prise en charge orthodontique

Les pertes dentaires prématurées concernent principalement les secondes molaires et les canines lactéales inférieures. Les molaires de lait peuvent tomber précocement suite à des caries ou des résorptions précoces (ex : perte de la deuxième molaire lactéale suite à l'éruption de la première molaire définitive). Les premières molaires définitives se mésialisent dès lors et rendent l'éruption de la deuxième prémolaire très difficile à moins qu'un mainteneur d'espace ne soit placé au préalable. Il existe différents types de mainteneurs : unitaire ou bilatéral, fixe ou amovible.



Nécessité d'un mainteneur d'espace afin de favoriser l'éruption des 34 et 35

La perte des canines de lait est due la plupart du temps à une résorption de leurs racines lors de l'éruption des incisives latérales, dans un contexte de dysharmonie dento-maxillaire.

La perte unilatérale d'une canine de lait s'accompagne d'une déviation de la ligne médiane, d'une asymétrie de l'arcade dentaire et d'un manque de place pour la canine définitive homolatérale. Afin d'éviter cette situation, l'extraction de l'autre canine est tout à fait indiquée. Un mainteneur d'espace se chargera de maintenir la position des incisives, à moins que des extractions de prémolaires soient déjà envisagées.

Une situation de perte bilatérale des canines de lait sans contrôle par un mainteneur d'espace s'accompagne d'un recul en bloc des quatre incisives (surtout si les muscles orbiculaires sont toniques) et d'une perte de place pour les 2 canines définitives. L'orthodontiste devra faire le choix entre la récupération orthodontique de l'espace perdu ou des extractions ultérieures de prémolaires.



Cas d'articulé croisé avec perte unilatérale de la 73 et interposition linguale



Même cas après expansion, extraction de la 83 et rééducation linguale

La compensation et la correction des ankyloses de molaires de lait est nécessaire sous peine de voir la dent s'enfouir sous la gencive et les dents adjacentes se verser dans l'espace vacant. Ce phénomène résulte de la disparition du ligament parodontal et provoque une ankylose c.à.d. une soudure entre la racine et l'os. L'extraction de la dent ankylosée est incontournable mais la plus tardive possible. Tant que le parodonte n'est pas trop endommagé, une superstructure en composite collée sur la face occlusale de la dent permet le maintien d'une occlusion fonctionnelle et de l'espace.

Enfin, comme décrit précédemment, les causes de béance doivent être traitées et le verrouillage mandibulaire par supraclusion antérieure levé par un traitement orthodontique d'ingression incisive.

## Conduite à tenir en dentition définitive à partir de 11-12 ans

C'est en général le moment des corrections définitives des malpositions dentaires, des formes d'arcades et des décalages squelettiques sagittaux. Le patient est appareillé en fonction de la correction à effectuer.

Dans le cas de traitements orthopédiques de classe II par propulsion mandibulaire, le traitement débute généralement dans l'année qui suit la chute des deuxièmes molaires de lait. Ce moment correspond à la période précédant le pic pubertaire de croissance et peut être évalué via l'analyse de la maturation des vertèbres cervicales sur une téléradiographie de profil.

Dans le cas de traitements orthodontiques, on attend l'éruption des deuxièmes molaires définitives pour appareiller l'ensemble des arcades dentaires.

En fin de traitement, l'orthodontiste place une contention fixe ou amovible, surveille la stabilité générale et suit l'éruption des dents de sagesse. Le contrôle de suivi post-thérapeutique est étalé sur une période d'environ deux ans.



## En conclusion, voici le résumé de l'approche interceptive :

### Enfant de 3 à 6 ans :

- 1/ Interception Fonctionnelle :
  - a/ Respiration → ORL
  - b/ Mastication → Aliments durs + Meulages des canines lactéales
  - c/ Mobilité linguale → Frénectomie + petite LOGOPEDIE
  - d/ Succion pouce ou tétine → Arrêt ou Ecrans buccaux via ORTHODONTIE
- 2/ Articulé croisé → Meulages sélectifs ou ORTHODONTIE

### Enfant de 7 à 12 ans :

- 1/ Interception Fonctionnelle :
  - a/Respiration, Mastication, Parafonctions → ORTHODONTIE, ORL, ...
  - b/ Déglutition, Phonation → LOGOPEDIE
  - c/ Frein labial → frénectomie + éventuellement ORTHODONTIE
- 2/ Encombrement dentaire → ORTHODONTIE
- 3/ Anomalies d'éruption → Rx Panoramique pour bilan canine ou incisive + ORTHODONTIE
- 4/ Articulé croisé dentaire latéral ou antérieur → ORTHODONTIE
- 5/ Perte prématurée de molaires et canines de lait → ORTHODONTIE
- 6/ Ankylose des molaires de lait → ORTHODONTIE
- 7/ Béance et supraclusion (verrouillage mandibulaire) → ORTHODONTIE

### Enfant à partir de 12 ans :

- 1/ Traitement définitif orthodontique ou orthopédique de classe II (pic de croissance)
- 2/ En post-traitement, surveillance de la stabilité et des contentions, suivi des dents de sagesse

## Bibliographie

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent ; juin 2002  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_267502/orthopedie-dento-faciale-indications-recommandationspdf](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_267502/orthopedie-dento-faciale-indications-recommandationspdf).

Amoric M. Orthopédie dento-faciale. Appareillage et méthodes thérapeutiques. Généralités, choix, décisions. Encycl Med Chir Odontol stomatol 1999 ;23-460-A-10 :1-5

Ericson S, Kuroi J. Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of the primary canines. European Journal of Orthodontics 1988; 10: 283-295

Farge P, Huet A. Quand conseiller un orthodontiste ? Arch Pediatr 2001 ; 8(6) :655-60

Graber T, Vanarsdall R. Orthodontics : current principles and techniques. Ed. Mosby; St Louis 2000

Mc Namara J, Brudon W. Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. Ed. Needham Press; Ann Arbor 2002

Proffit W, Fields H, Sarver D. Contemporary orthodontics - 4th edition. Ed. Mosby Elsevier; St Louis 2007

Planas P. La réhabilitation neuro-occlusale. Ed.Masson ; Paris 1992

Tulloch J, Proffit W, Phillips C. Permanent dentition outcomes in a two-phase randomized clinical trial of early Class II Treatment. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2004; 125: 657-667

Warren J, Bishara S, Steinbock K, Yonezu T, Nowak A. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. Journal of American Dental Association 2001; 132: 1685-1693

## ERRATUM

une erreur s'est glissée dans la mise en page de la première partie de cet article paru dans LE POINT 211. Une photo de la page 40 a été remplacée par erreur. Vous trouverez ici la version correcte.



Patiente présentant une CI III avant la traction au masque de Delaire

Même patiente, post-traitement en denture définitive

WRIGLEY'S SANS SUCRES • ZONDER SUIKERS

# FreeDENT<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>**

Agit pour la prévention avec la Société de Médecine Dentaire

## Optiview | Confort. Accès. Ecartement sans égal.



### Une visibilité parfaite, un confort irréprochable en plus!

- **Ecartement des tissus péri-buccaux.** Optimise la visibilité et l'accès au champ opératoire.
- **Placement passif.** Sa conception tri-dimensionnelle, flexible et stable, facilite la pose et la dépose.
- **Un confort amélioré pour le patient.** Sa conception anatomique assure un grand confort, même durant de longues séances de soins, et facilite le placement de la pompe à salive.

## OptiDam™ | La première digue 3D à ergots.



### Travail rapide et efficace

- OptiDam crée un champ opératoire sec et propre, pour des soins dentaires sûrs. La zone de traitement restant parfaitement sèche, les matériaux sensibles à l'humidité peuvent être utilisés correctement.
- OptiDam isole la dent à soigner de tous les tissus mous et assure ainsi une excellente accessibilité: vous ne serez plus gênés par la langue, la joue, la lèvre ou la gencive.
- OptiDam offre protection tant au patient qu'au dentiste: Il n'y a pour le patient aucun risque d'aspiration ou d'ingestion de corps étranger.

## Oral Health Examination Kit | Stérile. Jetable. Pratique.



### Plateau d'examen diagnostique

- **Prêt à l'emploi.** Réduit le temps de préparation.
- **Hygiénique.** Élimine les problèmes liés à la contamination croisée. Le plateau est utilisé une seule fois avant d'être jeté.
- **Pratique.** Recommandé pour une utilisation de routine, en cas de réduction du personnel ou de panne d'autoclave. Idéal aussi pour des visites à domicile et avec les patients à risque.
- **Gain de temps.** Réduction du temps consacré à la stérilisation et à la manipulation d'objets pointus.

## TempBond | La référence en ciment provisoire.



### Provisional Cement

- **Différentes formules.** Original, NE et Clear couvrent tous vos besoins en matière de soins provisoires.
- Différents conditionnements. Unidose®, tubes et seringue automélangeuse.
- **Fluide, mélange facile.** Consistance optimale pour une assise complète et solide des restaurations.
- **Collage très performant.** Parfaitement étanche. Empêche la sensibilité au froid et au chaud.

# UTILISATION D'UNE BORNE D'INFORMATION INTERACTIVE EN SALLE D'ATTENTE

## ENQUETE AUPRES DE 500 PATIENTS CONSECUTIFS

Dr Serge Broka, Anesthésiste-Réanimateur  
Anouck Houba, Parodontologue Exclusive

### Introduction

Une borne d'information interactive (Solo®, See&Touch S.A, Belgique) fut installée dans la salle d'attente d'un cabinet de parodontologie en avril 2006. L'objectif de cette démarche était double :

- Optimiser l'information prodiguée aux patients, en mettant à leur disposition un support audiovisuel clair, de courte durée, individualisé par thèmes, accessible de manière répétitive, et dont l'utilisation serait à la fois facile et intuitive.
- Optimiser l'activité du praticien lors de la consultation, en minimisant le temps consacré aux informations systématiques et/ou redondantes.

Le modèle de borne choisi incorpore un ordinateur miniaturisé protégé par un châssis métallique inviolable, et bénéficie d'un écran tactile infrarouge de 19 pouces permettant l'interactivité avec l'utilisateur. Le système s'active et se désactive automatiquement à heures fixes (Figure 1).



Figure 1

Une application informatique fut spécifiquement développée afin de proposer une interface d'accueil intuitive permettant le visionnage aisé de vidéos didactiques. Chaque vidéo est représentée sur l'écran d'accueil par un titre, une image significative du film et un

bouton de lancement. Un contact avec le bouton de lancement démarre la vidéo. A la fin de celle-ci, ou si l'écran est touché en cours de lecture, le système revient automatiquement à l'écran d'accueil. La figure 2 illustre la présentation graphique de l'écran d'accueil, configuré ici pour un choix possible de 9 vidéos. Le fond d'écran est modifiable aisément, permettant ainsi d'adapter l'environnement graphique aux différents praticiens qui se partageraient une même salle d'attente. Le lancement automatique d'une vidéo peut être programmé à intervalle fixe ou déclenché par un capteur de mouvement intégré au système. Entre deux lectures de vidéo, la borne peut servir à la sonorisation de la salle d'attente en diffusant un fichier musical prédéfini ou en se connectant à une web-radio via le réseau wifi interne du cabinet. Enfin, l'application incorpore un enregistrement automatique de l'utilisation de la borne permettant de tracer l'utilisation individuelle des vidéos, et de savoir dans quelles proportions les vidéos ont été visionnées jusqu'à leur fin ou interrompues en cours de lecture.



Figure 2

Après deux ans d'utilisation et de mise au point de l'application informatique, il fut décidé de proposer aux utilisateurs une enquête visant à répondre aux questions suivantes :

- Quel est réellement le degré d'utilisation de la borne par les patients ?
- Quel est le profil des utilisateurs ?
- Quel est le feed-back des utilisateurs vis-à-vis de ce moyen d'information ?
- Quel est le feed-back des utilisateurs vis-à-vis des films visualisés ?

### Méthode et résultats

Un questionnaire sous format papier fut distribué systématiquement à 500 patients consécutifs au terme de la consultation. Un seul praticien du centre était investi dans cette étude. L'enquête proposée est reproduite en figures 3 et 4. Au moment de l'enquête, 4 vidéos didactiques étaient disponibles sur la borne, d'une durée moyenne de 4 minutes. Ces vidéos ont été produites par une société indépendante selon les recommandations du cabinet. Une évaluation par les patients était prévue pour chacune d'entre elles (figure 5). Un film de détente constitué d'images sous-marines était également proposé aux patients. Ce dernier film ne fit pas l'objet d'évaluation, mais la pertinence de la présence de film(s) de détente en salle d'attente fit l'objet d'une question spécifique dans l'enquête.

**Madame, Monsieur,**

**Ce cabinet est équipé d'une borne d'information interactive laissée à votre disposition en salle d'attente.**

**Nous aimerions avoir votre avis sur la pertinence de ce moyen d'information, et vous remercions d'accepter de répondre à ce questionnaire.**

Vous êtes :  un nouveau patient  
 un patient déjà venu préalablement dans ce cabinet

Votre âge : .....

Votre sexe :  féminin  
 masculin

Votre profession :  employé  
 indépendant  
 libéral  
 ouvrier  
 retraité  
 autre  
 sans profession

Avez-vous utilisé la borne d'information interactive située dans la salle d'attente ?  
 oui  
 non

**Si vous n'avez pas utilisé la borne :**  
 C'est parce que :

vous ne l'avez pas remarquée  
 vous n'en avez pas eu le temps  
 la borne était occupée par un autre patient  
 la borne ne fonctionnait pas  
 vous en connaissiez déjà le contenu  
 vous n'en ressentiez pas le besoin  
 .....

(si vous n'avez pas utilisé la borne, le questionnaire s'arrête ici pour vous)

Figure 3

**Si vous avez utilisé la borne :**

L'avez-vous fait :  spontanément  
 à la demande du personnel du cabinet

Avez-vous déjà utilisé des bornes d'information interactives ?  
 oui  non

Si oui, où ?  
 .....

Avez-vous trouvé le concept intéressant ?  oui  non

L'utilisation de la borne vous a-t-elle paru aisée ?  oui  non  
 Si non, pourquoi ?  
 .....

La présence de film(s) de détente vous semble-t-elle utile ?  oui  non

L'existence d'une borne d'information interactive dans la salle d'attente influence-t-elle l'image globale que vous avez du cabinet ?  oui  non

L'idée que vous avez aujourd'hui de votre pathologie et/ou de ses traitements a-t-elle été améliorée par l'utilisation de la borne ?  oui  non

Avez-vous des sujets que vous souhaiteriez voir abordés par ce moyen d'information ?  
 .....  
 .....

Avez-vous des commentaires ou des suggestions ?  
 .....  
 .....

Figure 4

**Pourriez-vous à présent commenter chacun des films proposés dans la borne :**

« Film »

Avez-vous visionné ce film ?  oui  non  
 L'avez-vous visionné dans son intégralité ?  oui  non

Veillez grader pour ce film sur une échelle de 1 (= très mauvais) à 5 (= très bon) :

- La pertinence du sujet abordé : (1)      (5)

- La clarté de l'information : (1)      (5)

- La durée du film : (1)      (5)

- Votre appréciation globale du film : (1)      (5)

Figure 5

Sur les 500 questionnaires distribués, 25 furent écartés pour des raisons techniques (réponses illisibles ou incomplètes).

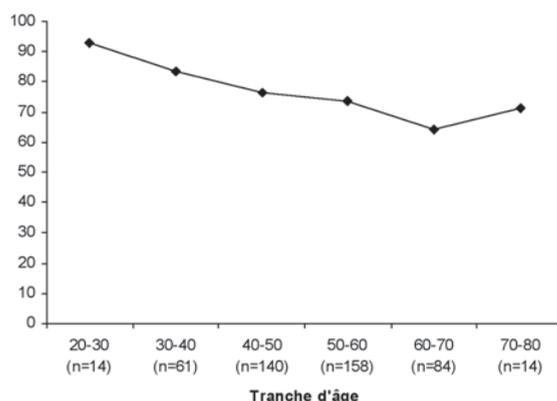
Les 475 restants (95.0%) furent considérés pour l'analyse. On y constate que la borne fut utilisée par 74.1 % des patients.

Le tableau 1 distingue les caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles des groupes de patients ayant - ou n'ayant pas - utilisé la borne.

	Ont utilisé la borne	N'ont pas utilisé la borne
n (%)	352 (74.1)	123 (25.9)
Age	49.3 ± 11.3	52.5 ± 9.89
Sexe (H/F) (%)	32.7 / 67.3	32.5 / 67.5
Nouveau patient / Patient connu du cabinet (%)	35.5 / 64.5	4.9 / 95.1
Employé (%)	44.6	31.7
Indépendant (%)	3.5	13.9
Profession libérale (%)	9.9	3.2
Ouvrier (%)	5.7	6.5
Retraité (%)	19.0	24.4
Autres professions (%)	9.1	8.9
Sans profession (%)	8.2	11.4

Tableau 1

On observe sans surprise dans le groupe des patients ayant utilisé la borne, une proportion significativement supérieure de patients fréquentant le cabinet pour la première fois (35.5% versus 4.9%). On remarque également, et sans pouvoir l'expliquer, que la répartition des groupes socio-professionnels n'est pas homogène dans les deux groupes. Le graphique 1 illustre le pourcentage d'utilisation de la borne dans les différentes tranches d'âge des patients. Il apparaît que celui-ci décroît de manière sensible en fonction de l'âge.



Graphique 1

Le tableau 2 liste les raisons avancées par les patients pour expliquer qu'ils n'aient pas utilisé la borne. On y constate que 28 patients (22.8% des patients de ce groupe) déclarent n'avoir pas remarqué la présence de la borne, et que 50 autres (40.7% des patients de ce groupe) ne ressentaient pas le besoin de l'utiliser.

n	123
N'a pas remarqué la présence de la borne (%)	22.8
N'a pas eu le temps nécessaire pour l'utiliser (%)	17.1
La borne était utilisée par un autre patient (%)	4.1
La borne n'était pas fonctionnelle (%)	5.7
En connaissait déjà le contenu (%)	0.8
Ne ressentait pas le besoin de l'utiliser (%)	40.7
Autre	8.9

Tableau 2

Le tableau 3 individualise le groupe des patients ayant utilisé la borne, et rapporte le feed-back des ces patients vis-à-vis de celle-ci. On remarque en particulier que 77% des patients ayant utilisé la borne déclarent n'avoir jamais utilisé précédemment ce moyen d'information. Dans le sous-groupe des patients ayant utilisé la borne spontanément (n=198), ce pourcentage atteint 78.9 %.

n	352
Utilisation spontanée / à la demande du personnel (%)	56.3 / 43.7
Avait déjà utilisé une borne interactive oui / non (%)	23 / 77
A trouvé le concept intéressant oui / non (%)	99.7 / 0.3
A trouvé l'utilisation aisée oui / non (%)	98.3 / 1.7
A trouvé utile la présence d'un film de détente oui / non (%)	81.8 / 12.8
La présence de la borne a-t-elle influencé l'image globale du cabinet oui / non (%)	69.9 / 30.1
L'utilisation de la borne a-t-elle modifié la perception de la pathologie ou de ses traitements oui / non (%)	77 / 23

Tableau 3

Le tableau 4 rapporte la fréquence d'utilisation de chacun des films présents dans la borne au moment de l'enquête et la proportion des films visionnés entièrement (Film 1 : « La parodontite » ; film 2 « Techniques de brossage » ; film 3 : « La Parodontologie dans le paysage de la médecine dentaire », film 4 : « La sédation en cabinet dentaire »). Le tableau 5 synthétise les appréciations des films en matière de pertinence du sujet abordé, de clarté de l'information, de durée et d'appréciation globale du film, graduées de 1 (très mauvais) à 5 (très bon).

	Film visionné		Visionné entièrement	
	Oui	Non	Oui	Non
Film 1 (%)	82.4	17.6	93.8	6.2
Film 2 (%)	83.0	17.0	96.6	3.4
Film 3 (%)	66.8	33.2	92.3	7.7
Film 4 (%)	32.1	67.9	93.8	6.2

Tableau 3

	Pertinence					Clarté					Durée					Appréciation				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Film 1 (%)	0	0	3.5	12.1	84.4	0	0	1.7	15.5	82.8	0.4	1.4	7.2	20.7	70.3	0	0.7	4.9	19.0	75.4
Film 2 (%)	0	0	1.0	15.1	83.9	0	0	1.4	13.7	84.9	0.3	1.0	5.5	20.2	72.0	0	0.3	2.0	20.6	77.0
Film 3 (%)	0.4	0.4	3.8	15.3	80.1	0.4	0.4	3.4	15.7	80.1	0.4	1.7	6.0	19.6	72.3	0.4	0.4	3.8	17.9	77.5
Film 4 (%)	0	1.8	2.7	18.6	76.9	0	0.9	6.2	17.7	75.2	1.8	1.8	3.5	21.2	71.7	1.8	0.9	7.1	15.9	74.3

Tableau 4

Enfin, l'analyse du compteur statistique de la borne permet de comptabiliser une moyenne de 23.3 lectures de vidéos par jour durant la période d'investigation, correspondant à une durée cumulée de 93.1 minutes de fonctionnement par jour.

## Discussion

La première utilisation d'une borne interactive à des fins d'information remonte à 1977. Elle fut développée par Murray Lappe, à l'époque étudiant en Médecine à l'Université de l'Illinois (Urbana-Champaign, USA), dans le but d'informer les étudiants et les visiteurs sur l'organisation du campus. Aujourd'hui, des bornes interactives sont trouvées dans une grande variété d'environnements différents, et leur potentiel a évolué de manière spectaculaire depuis leur connectabilité à l'internet. Dans le domaine médical, leur utilisation reste malgré tout timide, et la littérature demeure discrète sur ce sujet. De plus, les systèmes informatiques adaptés sont rares, justifiant que nous développions notre propre application et confirmant encore la faible utilisation de ce type de média dans nos salles d'attente.

Dès le début de notre expérience cependant, l'impression générale était encourageante et l'intérêt des patients semblait certain. Plus objectivement, la présente enquête démontre non seulement l'utilisation importante de la borne (74.1% des patients en salle d'attente), mais également l'avis quasi unanime des patients quant à l'intérêt de ce mode d'information (99.7%), quant à son influence sur la perception de la pathologie ou de ses traitements (77%), ou accessoirement sur l'image globale du cabinet (69.9%). Ce constat est cohérent avec de précédentes publications, telle que par exemple celle de Nicholas et al. (1) qui rapportaient l'expérience de l'installation de bornes dans deux hôpitaux anglais, et la satisfaction globale de plus de deux tiers des patients interrogés.

Ainsi que l'avaient déjà décrit Greenwood et al. (2), nous avons confirmé que le fait de n'avoir jamais consulté de borne interactive au préalable (77% de nos patients) ne constituait absolument pas un frein à son utilisation. Il est probable que ceci ait été favorisé par la facilité d'utilisation de notre interface tactile, rapportée par 98.3% des utilisateurs.

La proportion importante de nouveaux patients dans le groupe ayant utilisé la borne (35.5%, versus 4.9% dans le groupe n'ayant pas utilisé la borne) est à considérer avec nuance car le personnel du cabinet avait, au moment de l'enquête, déjà prit l'habitude de proposer systématiquement la lecture de certaines vidéos concomitamment à la première consultation. Par contre, il est plus étonnant de constater que 64.5% des patients ayant utilisé la borne étaient des patients connus du cabinet, alors que nombre d'entre eux devaient en conséquence déjà en connaître le contenu. Cela suggère donc qu'une partie de ceux-ci ont revisité la borne à l'occasion de leur nouvelle consultation. La présente enquête ne peut malheureusement répondre précisément à cette question, mais on constate néanmoins la très faible quantité de patients (0.8%) déclarant ne pas avoir utilisé la borne parce que le contenu leur en était déjà connu. Cette question est d'un intérêt majeur, car il est certain que la répétition de l'information est un facteur déterminant dans la mémorisation de celle-ci, avec les conséquences que l'on peut en attendre sur la compréhension de la pathologie et/ou la compliance aux traitements. Tel constat a déjà été

rapporté précédemment. Citons par exemple Goldschmidt et Goodrich (3), qui démontraient une augmentation de 24% du taux de vaccination antigrippale après l'installation d'une borne d'information dans une salle d'attente de médecine générale, ou encore Gerber et al. (4) qui démontrèrent une augmentation de la sensibilisation aux complications de la pathologie dans une population de patients diabétiques après l'installation de bornes dans des salles d'attente hospitalières.

Le graphique 1 met en évidence une fréquence d'utilisation de la borne inversement proportionnelle à l'âge. Cette tendance n'est cependant pas clairement décrite dans la littérature. A tout le moins, cette observation justifie probablement une attention particulière à la motivation des patients les plus âgés et à leur accompagnement au cours des premières manipulations.

L'analyse du tableau 2 attire l'attention sur la proportion de patients ayant déclaré n'avoir pas utilisé la borne parce que ne l'ayant pas remarquée, ou n'ayant pas ressenti le besoin de l'utiliser (respectivement 5.9% et 10.5% de l'ensemble des patients). Étonnamment, la même observation avait déjà été faite par Williams et al. en 2003, dans des proportions similaires (5).

En ce qui concerne l'amélioration de la visibilité de la borne, et après s'être assuré d'avoir déterminé le meilleur endroit pour la placer, on peut se poser la question de l'opportunité d'implémenter un message d'invite lancé à intervalle fixe ou déclenché par un capteur de mouvement. Jugeant néanmoins cette démarche trop agressive, nous n'avons à ce jour pas opté pour cette solution.

Concernant les patients qui ne ressentaient pas le besoin d'utiliser la borne, la présente enquête ne nous apporte pas d'information supplémentaire. Rappelons cependant que Williams et al. avaient souligné qu'une partie significative de leurs patients jugeait que l'information devait plutôt venir du praticien lui-même (5). Cette conviction pourrait évidemment justifier de ne pas avoir l'envie d'utiliser une borne d'information. En conséquence, on ne peut qu'insister sur la nécessité d'expliquer aux patients la complémentarité entre l'information contenue dans une borne interactive et la consultation qui lui fait suite.

L'enregistrement automatique de l'activité de la borne nous démontre qu'en moyenne 23.3 vidéos ont été visualisées par jour. Considérant une journée classique de 8 heures, cela équivaut à 2.9 vidéos à l'heure. L'enquête nous apprend par ailleurs que seuls 4.1% des patients rapportèrent n'avoir pu utiliser la borne parce qu'elle était occupée par un autre patient. On peut donc considérer que l'accès à l'information a été facile. Néanmoins, ces données devraient sans doute être prises en considération si l'on imaginait l'implantation de borne similaire dans des cabinets de groupe. Théoriquement en effet, ces chiffres devraient alors être multipliés par le nombre de praticiens consultant de manière simultanée en partageant la salle d'attente, approchant alors le seuil à partir duquel l'encombrement de la borne deviendrait un facteur limitant de son utilisation. Il est évident qu'alors, la durée des vidéos deviendrait également un facteur essentiel à gérer.

En moyenne, la durée totale d'utilisation a été de 93 minutes par jour. On est en droit de s'interroger sur l'impact final de

cette donnée sur l'organisation d'un cabinet. Il aurait été intéressant de quantifier l'influence de la borne sur la durée de la consultation, mais cela n'était pas l'objectif de la présente enquête. Subjectivement cependant, le praticien ayant contribué à l'étude déclare n'avoir pas modifié ses habitudes de durée de consultation. Par contre, il lui paraît évident que la consultation est qualitativement influencée par l'information reçue préalablement en salle d'attente. En effet, le petit délai de réflexion séparant inévitablement le visionnage des vidéos de la consultation permet aux patients d'affiner leur réflexion vis-à-vis de leur pathologie ou de ses traitements, les amenant à une meilleure compréhension de leur problématique et une communication ultérieure plus efficace avec le praticien. En outre, les éléments développés oralement au cours de la consultation seront déjà une première répétition de l'information prodiguée par la borne, favorisant ainsi sa mémorisation.

Les tableaux 4 et 5 démontrent que, globalement, la satisfaction des patients vis-à-vis des vidéos présentées est bonne. En outre, on constate que les vidéos sont visionnées jusqu'à leur fin dans 92.3 à 96.6% des cas, ce qui est une condition essentielle dans le cadre d'un projet d'information. Enfin, 81.8% des patients ayant utilisé la borne ont trouvé utile la présence d'un film de détente. Sans contester le caractère ludique et relaxant de celui-ci, le nombre de lectures de ce film soulève deux questions potentiellement contradictoires.

D'une part, un film de détente augmente manifestement l'utilisation de la borne, limitant ainsi théoriquement le nombre de patients qui ne la remarqueraient pas, et favorisant probablement la découverte

## Conclusions

Dans une démarche d'optimisation de l'information aux patients, l'intérêt de l'existence d'une borne d'information interactive en salle d'attente ne fait plus aucun doute. La présente enquête démontre en outre que la nouveauté de ce type de média pour un grand nombre de patients ne limite pas du tout son utilisation. Au-delà de l'investissement en temps et en matériel qu'une telle démarche implique, et au terme de près de trois années de recul d'utilisation, les auteurs confirment leur satisfaction et leur volonté de poursuivre le développement de ce support didactique, qui a aujourd'hui pris une place importante dans la vie de la salle d'attente, mais aussi dans

spontanée des vidéos didactiques.

D'autre part, durant le même temps, la borne n'est pas accessible à l'information, ce qui la détourne alors de sa vocation première. La limitation de la durée du film de détente constitue dès lors probablement le meilleur moyen de contrôler cet inconvénient.

## Références

- (1) Health information : an evaluation of the use of touch screen kiosks in two hospitals. Nicholas D, Huntington P, Williams P, Vickery P. Health Info Libr J. 2001, 18(4):213-9.
- (2) Touch-screen computer systems in the rheumatology clinic offer a reliable and user-friendly means of collecting quality-of-life and outcome data from patients with rheumatoid arthritis. Greenwood MC, Hakim AJ, Carson E, Doyle DV. Rheumatology 2006, 45(1):66-71.
- (3) Development and evaluation of a point-of-care interactive patient education kiosk. Goldschmidt L, Goodrich GL. J Telemed Telecare. 2004, 10 Suppl 1:30-2.
- (4) Implementation and evaluation of a low-literacy diabetes education computer multimedia application. Gerber BS, Brodsky IG, Lawless KA, Smolin LI, Arozullah AM, Smith EV, Berbaum ML, Heckerling PS, Eiser AR. Diabetes Care 2005, 28:1574-1580.
- (5) Non use of health information kiosks examined in an information needs context. Williams P, Nicholas D, Huntington P. Health Info Libr J. 2003, 20(2):95-103.

# Surfez et regardez la télé digitale

## Internet Light ou Go

→ Jusqu'à 12 Mbps de vitesse et 25 GB de volume selon la connexion choisie

## Belgacom TV

- Toutes vos chaînes habituelles et plein de chaînes thématiques
- Accès à un vaste catalogue de films et programmes TV
- Location du décodeur incluse



**Promo Belgacom TV:  
Décodeur HD + Comfort View  
gratuits pendant 1 an**



**Belgacom TV est aussi disponible sans internet, uniquement sur votre ligne fixe. Et vous pouvez facilement résilier votre abonnement au câble.**



## Convaincu par Belgacom TV et internet ?

Passez chez Cartronics ou contactez-nous par mail [dentiste@cartronics.be](mailto:dentiste@cartronics.be) afin de recevoir les informations et documents nécessaires.



**Bizz Corner**

belgacom

Partenaire

**Promo Pack valable du 20/11 au 31/01/09:** Pack Internet + TV à € 20,09/mois au lieu de € 50/mois avec Internet Go ou au lieu de € 40/mois avec Internet Light pendant 12 mois pour les nouveaux clients Internet et TV qui disposent ou qui souscrivent à une ligne téléphonique Classic ou pendant 6 mois pour ceux qui ne disposent pas de ligne Classic. Offre valable pour un abonnement de 12 mois sur présentation du bon disponible dans les points de vente. Ce Pack est composé des services suivants qui sont disponibles séparément aux prix respectifs de : € 41,75/mois (Internet Go), € 5/mois (PC Security sur Internet Go) ou € 31,55/mois (Internet Light), € 27,35/mois (Belgacom TV Classic+) et € 6/mois (location du décodeur). Installation : à partir de € 129 ou gratuite en Do-It-Yourself. Modem sans fil gratuit : pour les nouveaux clients Internet et/ou TV. Frais d'activation du Pack : € 50. Contactez-nous pour savoir si Belgacom TV est disponible chez vous et si vous pouvez connecter un second téléviseur.

**Promo décodeur:** 1 an de location du décodeur gratuite valable pour les clients disposant d'une connexion internet chez Belgacom ou qui disposent d'une ligne téléphonique Belgacom Classic qui souscrivent à un abonnement d'un an à Belgacom TV Classic+ entre le 01/01 et le 31/01/2009. Belgacom TV n'est pas compatible avec un abonnement internet d'un autre fournisseur. Prix de l'abonnement Classic+ : € 9,95/mois et 1 an location du décodeur (€ 0 au lieu de € 6/mois).

**Promo Comfort View:** 1 an de Comfort View (€ 0 au lieu de € 1,95/mois). Le pack d'installation en Do-It-Yourself (€ 19) et le modem (€ 99) sont gratuits. Frais d'activation : € 50. Pour plus d'infos ou pour savoir si vous pouvez raccorder un second poste de télévision, contactez-nous.



## Sensodyne, une gamme de soins complète pour les dents sensibles

### Sensodyne Previon F

- $\text{KNO}_3$  contre l'hyper-sensibilité dentaire
- 1400 ppm  $\text{F}^-$  contre les caries coronaires et radiculaires
- Faible abrasivité

### Sensodyne Previon Vitamines+Zinc

- $\text{KCl}$  contre l'hyper-sensibilité dentaire
- 1450 ppm  $\text{F}^-$  contre les caries coronaires et radiculaires
- Faible abrasivité
- Contient du zinc pour son action antibactérienne, contribue à vitaliser et tonifier les gencives

### Sensodyne Previon Gel

- $\text{KNO}_3$  contre l'hyper-sensibilité dentaire
- 1450 ppm  $\text{F}^-$  contre les caries coronaires et radiculaires
- Faible abrasivité
- Gel dentifrice

### Sensodyne Previon Whitening

- $\text{KNO}_3$  contre l'hyper-sensibilité dentaire
- 1350 ppm  $\text{F}^-$  contre les caries coronaires et radiculaires
- Faible abrasivité
- Triphosphate de pentasodium contre les colorations d'origine extrinsèque

### Sensodyne Previon Classic

- $\text{SrCl}_2$  contre l'hyper-sensibilité dentaire
- Sans fluor

Sensodyne protège les dents sensibles au quotidien



GlaxoSmithKline

• Dental Marketing

• [dental.be@gsk.com](mailto:dental.be@gsk.com)

• tél. 02 – 656 27 03

# LE SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE

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

## INTRODUCTION

Au cours des trois premiers articles, nous avons évoqué succinctement les éléments essentiels à la base de notre réflexion en occlusodontie. Nous arrivons maintenant au but final de ce parcours : la démarche clinique de diagnostic et de traitement.

La prise en charge des troubles fonctionnels de l'appareil manducateur (AM) est pluridisciplinaire et chaque thérapeute apporte sa contribution à l'évaluation clinique et aux choix de traitement.

Si l'on devait résumer en un mot la contribution que nous souhaitons apporter, ce serait sans aucun doute le « mouvement ». Notre approche, au-delà de l'occlusodontie traditionnelle, est manuelle. Notre diagnostic et notre traitement sont au service de la mobilité et de la proprioception.

Dans cet article nous proposons une synthèse des éléments essentiels de notre démarche clinique (schéma thérapeutique). En pratique quotidienne, le dentiste généraliste (DG), face à un problème occlusodontique, se pose essentiellement et successivement trois questions fondamentales :

1. Y a-t-il une dysfonction temporo-mandibulaire (D.T.M.), oui ou non ? c'est le diagnostic.
2. Faut-il au préalable traiter d'autres pathologies ? c'est le diagnostic d'exclusion.
3. Que faut-il faire ou ne pas faire ? Quel est le rôle du dentiste ? c'est-à-dire, comment aborder la problématique de la D.T.M. ?

### I. Le diagnostic de la D.T.M.

Pour établir le diagnostic de D.T.M., la démarche habituelle consiste en une anamnèse et un examen clinique. Les stratégies nécessaires sont largement enseignées en école et décrites abondamment dans la littérature.

Pour cette raison évidente nous n'y reviendrons pas. Notons simplement que les symptômes cardinaux évoqués de manière récurrente sont : douleurs, impotence fonctionnelle, perturbations de la cinématique et perturbations neuro-conjonctives.

### II. Le diagnostic d'exclusion

Dans ce domaine, le « guide-line » classique de l'occlusodontiste permet de repérer les pathologies diverses présentes simultanément et qui seraient susceptibles d'être responsables en partie plus ou moins importante d'une D.T.M.

Les pathologies peuvent être liées à l'appareil manducateur (dents, parodontie, os...) mais également liées à la proche périphérie et/ou au corps plus globalement. Elles concernent les structures, les fonctions et sont de natures

variées (infectieuses, immunologiques, traumatiques, inflammatoires, neurologiques, vasculaires, endocriniennes...). Il convient bien entendu de les traiter préalablement.

Lorsque ces pathologies sont résolues il reste, en principe, la D.T.M. mécanique au sens tenségral. Il est à remarquer que la D.T.M., dans le cas le plus simple, pourrait disparaître après traitement de ces différentes pathologies.

Si tel n'est pas le cas, comment aborder la dysfonction mécanique tenségrale résultante ?

### III. Comment aborder la problématique de la D.T.M. ?

À ce stade, après détection et traitement des pathologies annexes, nous sommes en présence de la D.T.M. mécanique. Cette D.T.M. est totale tenségralement au sens où elle intéresse l'AM, le complexe crânio-hyo-laryngo-mandibulo-lingual (CCHLML) et le corps global. Elle est neuromusculo-conjonctive et fait intervenir tous les éléments du tissu conjonctif (os, articulation, conjonctif...) mobilisés par la musculature sous la direction du système nerveux central (SN) (cf. les 3 premiers articles).

En situation physiologique et a fortiori pathologique, le plus important du point de vue mécanique (tenségral) est la relation statique et dynamique entre les différents éléments du système assurée par la normo-fonction des éléments musculo-conjonctifs.

L'AM dans un contexte global n'échappe pas à la règle. Pour les fonctions extrinsèques de l'AM (gestion du free way space), la relation mandibulo-maxillaire est fondamentale. Pour les fonctions intrinsèques, elle l'est tout autant en y ajoutant pour certaines un contact dento-dentaire (déglutition et mastication principalement). Pour simplifier, nous traiterons séparément les fonctions sans contact et celles avec contacts dentaires.

- a) Fonctions sans contact, essentiellement :
  - FWS dans l'équilibre postural global,
  - phonation,
  - déglutition langue interposée.
- b) Fonctions avec contacts essentiellement :
  - mastication,
  - déglutition physiologique,
  - équilibration posturale,
  - effort intense,
  - contrainte émotionnelle temporaire.

### A) Les fonctions sans contact dento-dentaire

La posture de la mandibule au sein du CCHLML et du corps global est véritablement la clé du système. Comme nous l'avons décrit (cf. article précédent), la pièce mandibulaire est maintenue dans l'espace par ces multiples haubans musculo-conjonctifs et aponévrotiques aux éléments du CCHLML

qui eux-mêmes sont intégrés dans le conjonctif tenségral global.

Une bonne posture mandibulaire est celle qui aboutit à une bonne relation mandibulo-maxillaire (M/M) dans les trois dimensions de l'espace (transversale, sagittale, frontale) ce qui induit une DVR harmonieuse et un FWS fonctionnel.

Il est clair que :

- Pour obtenir une bonne relation M/M, il faut que la posture mandibulaire propre soit adéquate.
- Pour que cette posture mandibulaire soit adéquate, il faut que tous les haubans qui s'y attachent (A.T.M., muscles, tendons, ligaments) soient dans une tension juste et équilibrée.
- Il faut également que toutes les autres pièces squelettiques du CCHLML sur lesquelles ces haubans s'attachent soient elles-mêmes bien positionnées et libres dans leurs mouvements. Ce qui revient à dire que leurs propres haubans soient également en tension juste et équilibrée.
- Il en va de même pour les éléments du CCHLML par rapport aux éléments du corps global et au sein de celui-ci.

Nous comprenons donc aisément que tout est question de justesse et d'équilibre au sein des tendeurs (muscles, tendons, ligaments...) et des liens (articulaires) qui unissent les barres (os) du complexe tenségral global (appareil locomoteur).

Il devient donc évident que, pour un bon équilibre postural, nous devons diagnostiquer et traiter les déséquilibres tensionnels car ils sont responsables du mauvais positionnement relatif des pièces du squelette et plus précisément en ce qui concerne la relation M/M.

C'est pour cette raison que nous proposons d'adjoindre à la démarche classique de l'occlusodontiste, un « examen manuel musculo-conjonctif » ainsi que l'observation visuelle de la posture et de la dynamique myofasciale.

### 1) L'examen manuel musculo-conjonctif

Il se fait par une mobilisation myofasciale très douce et répétitive des différentes structures à la recherche des restrictions tissulaires et d'un état de tension anormale. Cette recherche des restrictions de mobilité musculo-conjonctive et des dysfonctions neuromusculaires se fait au niveau de l'AM et du CCHLML. La qualité de perception de l'information dépend de la propre sensibilité du thérapeute, elle devrait permettre de détecter des dysfonctions mineures.

Cet examen doit être systématisé. Il intéresse les constituants du CCHLML selon le mode opératoire suivant :

- mobilisation des pièces osseuses et appréciation de la facilité de déplacement (mandibule, thyroïde, cartilage, hyoïde, colonne cervicale, tête, ceinture scapulaire),
- palpation de l'état de tension des éléments musculaires,
- facilité de pénétration des différents espaces entre les pièces osseuses et cartilagineuses.

Le but est de déterminer :

- le type de tissu restrictif localement (muscle, membrane, articulation...) et globalement (chaîne musculo-aponévrotique posturale et chaîne fonctionnelle dynamique),
- l'intensité de cette restriction représentée par exemple sur une échelle (de 0 à 3) ou (+, ++, +++),
- la cartographie de ces restrictions sur un schéma personnalisé consultable à tout moment.

## 2) L'observation posturale et fonctionnelle globale

### a. Observation visuelle de la posture (biotypologie fonctionnelle)

Elle nous intéresse essentiellement à plusieurs niveaux car elle permet :

- de mettre en évidence la restriction de certaines chaînes musculo-aponévrotiques posturales,
- de visualiser la biotypologie posturale souvent révélatrice du type de dysfonction dans le cadre d'une D.T.M. (cf. article sur la gestion du FWS.),
- de restituer la posture des maxillaires entre eux et de la mandibule par rapport au crâne dans l'ensemble de la posture globale,
- de déceler d'éventuelles discordances au niveau postural entre l'AM, le CCHLML et le corps entier, par exemple : classe II-III avec effacé-accentué de courbure vertébrale (cf. article sur la gestion neuromusculaire du FWS).

Cette observation de la posture renseigne sur la manière dont le corps s'est formé et a développé des adaptations.

### b. Observation de la dynamique myofasciale

Il s'agit d'observer le patient lorsqu'il mobilise à la demande certaines chaînes fonctionnelles dynamiques. On notera les modifications de la cinématique, notamment les limitations d'amplitude dans les trois plans et les modifications de trajectoire.

## Discussion à propos de l'observation et de l'examen postural et fonctionnel dynamique

*L'organisation des grandes chaînes de l'organisme est bien sûr « calquée » sur le fonctionnement des « schèmes ». Ces schèmes sont des enchaînements stéréotypés d'actions motrices, produites pas les centres moteurs ou déclenchées par des stimuli externes appropriés. Le fonctionnement biodynamique des schèmes est assuré par un ensemble musculo-aponévrotique organisé en chaînes musculaires.*

*La dysfonction hypertonique de ces grandes chaînes musculaires est souvent calquée sur l'organisation mécanique de ces schèmes. Cependant, il faut toujours garder à l'esprit que, lors d'une restriction localisée (dysfonction), le chemin de compensation choisi par l'organisme est toujours strictement personnel et que l'organisation spatiale des compensations musculaires ne fera pas forcément partie d'un « cliché » standard.*

*Seules l'écoute manuelle et l'observation permettent une lecture fine de la topographie dysfonctionnelle propre à chaque individu ; elle est indispensable pour sortir du piège intellectuel dressé par la connaissance nécessaire des schèmes pathogènes standards établis par les règles statistiques ou par les raisonnements purement mécanistes sur base de l'anatomie descriptive.*

*Nous émettons par conséquent dans notre pratique clinique des restrictions quant à l'interprétation de tests posturaux pour réaliser des ajustements de la posture M/M et des corrections de la relation occlusale.*

*La non-reproductibilité des tests posturaux classiquement utilisés en occlusodontie est un fait avéré et les résultats obtenus lors de leur utilisation sont loin d'être systématiquement ceux prédits dans la littérature à ce sujet. (cfr. 3° article dans « le point 210 septembre-octobre 2008 »).*

*Les données obtenues lors des tests posturaux statiques et/ou dynamiques représentent pour nous un état des lieux à*

*l'instant « t » de l'ensemble tenségral, y compris de l'AM. En ce sens, ils sont précieux en tant que :*

- indication de l'état restrictif de certaines chaînes posturales et/ou fonctionnelles,
- cliché instantané qui permet par comparaison de suivre l'évolution du patient lors du traitement,
- récoltes de données objectives nécessaires à l'historique du patient.

### **Comment alors gérer les relations posturales entre les différents capteurs ?**

La relation entre les différents capteurs est évidente et leurs dysfonctionnements interagissent également. Notons que « capteur » est pris au sens large du terme en tant qu'unité fonctionnelle (somatique, viscérale, neurologique...). Pour gérer efficacement le fonctionnement d'un capteur, nous proposons la stratégie suivante :

1. Examen préliminaire diagnostique du capteur (par exemple, relation mandibulo-maxillaire lors du FWS) sans interférer d'aucune manière et dans les conditions les plus neutres possibles.
2. Court-circuiter momentanément (parfois difficilement) les afférences nociceptives extérieures au capteur qui perturbent la tension neuromusculaire de ses haubans (cf. l'ajustement biodynamique crânio-mandibulaire restreint ABCMR au paragraphe suivant)
3. Ensuite, refaire le même examen diagnostique et comparer les résultats de ces deux examens.

Si le capteur dysfonctionne, cette dysfonction peut avoir deux origines :

- extrinsèque : issue d'une ou plusieurs causes en dehors du capteur,
- intrinsèque : liée aux éléments propres du capteur (par exemple, trismus des muscles mandibulo-moteurs).

Les causes extrinsèques du dysfonctionnement d'un capteur sont toujours multiples, ce qui suggère trois réflexions :

- Il est illusoire de mesurer le dysfonctionnement du capteur en testant seulement un ou même plusieurs capteurs périphériques. À coup sûr, plusieurs causes seront négligées. A fortiori, il est très risqué de corriger le capteur dans ces conditions de testing.
- Nous pensons que, pour diagnostiquer les causes du dysfonctionnement mécanique d'un capteur, il vaut mieux neutraliser les perturbations tensionnelles de ses haubans musculo-conjonctifs, ne serait-ce qu'un court instant, le temps nécessaire à la réalisation du test comparatif. L'ajustement biodynamique crânio-mandibulaire restreint (ABCMR) sera utilisé à cet effet.
- Il nous paraît donc illusoire de vouloir régler le dysfonctionnement mécanique d'un capteur (par exemple, occlusal) en se servant d'un autre capteur - par exemple, occlusal. Cette procédure nous exposerait à deux risques au moins :
  - ° la correction occlusale ne maintient pas ses effets et il faut renouveler les réglages occlusaux,
  - ° si les effets de la correction persistent, le risque est réel de reporter le problème ailleurs dans l'organisme en créant une autre dysfonction adaptative qui, dans

un premier temps, passera malheureusement souvent inaperçue.

Les causes intrinsèques du dysfonctionnement du capteur sont liées aux haubans musculo-conjonctifs mais également à une fonction particulière de contacts entre les dents (le parallélisme est évident avec l'appui sur le sol du capteur podal). Ce qui nous amène à considérer le cas particulier des fonctions avec relations inter-dentaires.

### **B) Les fonctions avec contact dento-dentaire**

À la gestion posturale mandibulaire, s'ajoute ici la contrainte du contact entre les dents. Il y a donc deux équilibres à gérer simultanément :

- l'équilibre postural de la relation M/M (cf. point A),
- l'équilibre occlusal de la relation interdentaire.

Il convient bien entendu que ces deux équilibres s'harmonisent spatio-temporellement.

Quelles sont les situations les plus habituelles où s'exerce cette harmonie ?

- la mastication,
- la déglutition typique.

#### La mastication :

- le contact dento-dentaire intervient quand le bol alimentaire est déjà bien trituré,
- il se fait de manière centripète du côté mastiquant ,
- il nécessite au départ de son action un système postural fin (SPF) et proactif équilibré comme c'est le cas pour tous les mouvements du corps,
- la réalisation du pattern harmonieux nécessite des haubans musculaires et articulaires eutoniques et équilibrés,
- aucune facette dentaire ne doit interférer avec les trajectoires optimales.

#### La déglutition :

- le contact dento-dentaire équilibré et stable en zone d'appui est un impératif ;
- aucune prématurité de contact n'est tolérée en posture globale neutre ;
- lors de la déglutition, la stabilisation de la mandibule est indispensable au travail des muscles de la langue, du plancher buccal et du pharynx. Cette stabilisation bénéficie du contact interdentaire qui arrime la mandibule au maxillaire supérieur et au crâne ;
- dans la déglutition dite dysfonctionnelle, l'absence de contact réduit à néant la stabilisation de la mandibule par l'occlusion, celle-ci doit se stabiliser par la contraction musculaire sans contact interdentaire ;
- on peut imaginer dans ce cas, un réquisitionnement des muscles positionneurs de la mandibule (en particulier les ptérygoïdiens latéraux (PL) dans le sens transversal) mais également des muscles des systèmes de compensation cervicaux et oro-faciaux.

Les exigences musculo-conjonctives pour assurer ces fonctions sont de deux ordres :

- 1) Au départ du mouvement, il faut que le SPF soit équilibré, c'est-à-dire accompagné :
  - d'un tonus musculaire idéal,
  - d'un positionnement optimal des pièces osseuses.

De cette façon, le système proactif (prêt à l'action) est lui-même mieux équilibré.

2) Il faut que la contraction phasique qui s'ensuit se fasse dans les meilleures conditions pour réaliser la fonction :

- il faut des muscles eutoniques, débarrassés de toutes contractures.

Quant aux exigences dentaires, elles sont nécessaires à l'harmonie des contacts en mastication et en déglutition :

- en mastication, pour la congruence parfaite des facettes nécessaires au cisaillement et à l'écrasement du bol alimentaire,
- en déglutition, pour une stabilisation de la mandibule sans équivoque ni travail supplémentaire dès le premier contact.

Il est impératif que ces deux types d'exigence coïncident et s'harmonisent, ce qui pose un problème supplémentaire lors des fonctions de contact. D'où la question fondamentale en cas de dysharmonie : si les rapports occlusaux sont incorrects (prématurités ou interférences), quel est le responsable ? La posture mandibulaire ou les dents ?

Ce cas de figure est très fréquent en pratique courante et davantage en occlusodontie. En effet, prenons l'exemple plus simple de la déglutition physiologique. Une prématurité de contact est-elle due à un défaut (dentaire) structurel ou à un mauvais positionnement de la mandibule lors de son ascension vers le maxillaire supérieur ? En dentisterie, deux voies sont envisagées pour résoudre ce problème :

- 1) les tests posturaux et le réglage du capteur occlusal selon l'interprétation des résultats : nous avons dit ce que nous en pensons (cf. 3<sup>o</sup> article).
- 2) le recours à un thérapeute manuel pour diagnostiquer et traiter les problèmes posturaux : c'est une voie très intéressante qui est cependant peu praticable par le dentiste dans le décours d'une consultation.

*La fonctionnalité propre d'un capteur (occlusal, podal, oculaire...) ne peut être testée, rappelons le, que si le capteur est libéré momentanément de ses entraves externes. Cette libération doit, pour nous, être manuelle.*

Nous proposons une stratégie simple et praticable immédiatement par le dentiste en cabinet. Il s'agit, dans le diagnostic interceptif, d'un ajustement biodynamique crânio-mandibulaire restreint A.B.C.M.R. qui a pour but de lever, du moins provisoirement, les restrictions de mobilité musculo-conjonctive liées à l'appareil manducateur. Cependant, n'imaginons pas que ces simples manœuvres vont résoudre les restrictions. Le but réel et réaliste est de les lever pendant un court instant ; juste le temps de réaliser un test comparatif.

La procédure se déroule en trois temps :

- 1) Test proprioceptif occlusal initial (TOI)
- 2) ABCMR de prénormalisation (ABCMR)
- 3) Test proprioceptif occlusal comparatif (TOC)

### 1) Test occlusal initial (TOI)

C'est un test diagnostique interceptif qui se réalise en position debout, assise (sans appui du dos) sur une chaise ou une table et en position couchée dans le fauteuil dentaire :

- le regard est droit devant soi et porte au loin ;
- la posture globale est libre, confortable et sans mouvement parasite ;
- Nous réalisons une éducation proprioceptive du patient

au ressenti occlusal en occlusion myo-déterminée (OM) évidemment (c'est un point essentiel de la procédure) ;

- le patient ensuite ferme quelquefois la bouche avec un contact franc, ferme, sans serrement et de courte durée (poser les dents), dans un but essentiellement perceptif ;
- il lui est enfin demandé son ressenti à propos des contacts occlusaux (répartition, intensité, glissement éventuel).

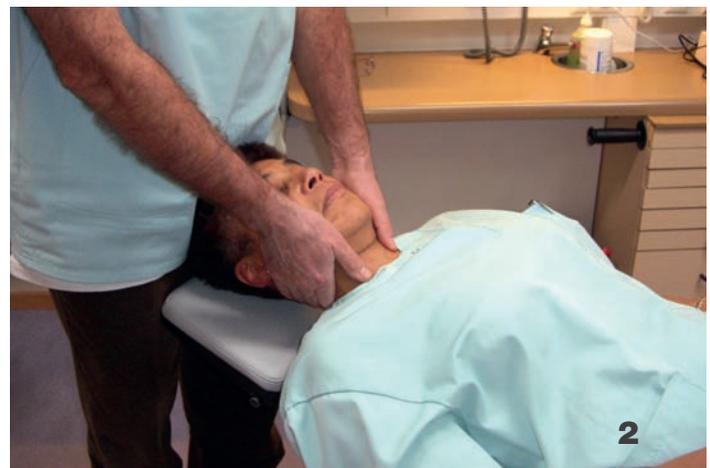
Nous préférons de loin, après éducation proprioceptive, ce ressenti qui discrimine à  $\pm 12$  microns plutôt que l'interposition de papier occlusal qui constitue une intrusion et de toute façon donne une information plutôt géographique.

Attention, pour atteindre cet objectif, il faut utiliser une procédure incitative et un langage approprié où la qualité du questionnement est primordiale. Le risque majeur est « d'inuire » au lieu « d'inviter ». C'est en s'y entraînant au préalable qu'il est possible de bien réaliser cette procédure.

### 2) A.B.C.M.R. à but diagnostique

Il se réalise en décubitus dorsal dans le fauteuil. Il s'agit d'un ensemble de gestes techniques manuels regroupés dans une intention diagnostique. Son apprentissage se fait idéalement en atelier de pratique. Les caractéristiques et un exemple d'organisation de cet ABCMR sont synthétisés dans le schéma ci-dessous :

1. Complexe Occiput-Atlas-Axis (OAA),
2. Colonne cervicale,
3. Système musculo-aponévrotique du cou (SMAC),
4. Sternum
5. K1 1<sup>ère</sup> côte,
6. Chaîne hyoïdienne,
7. Mandibule



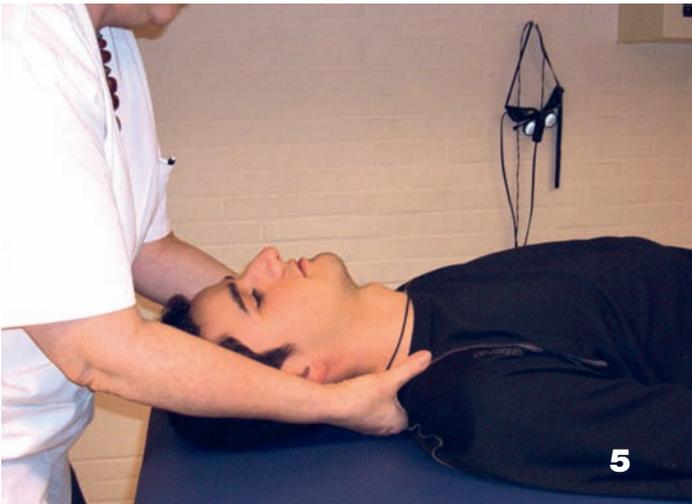


Fig.1 : 1. Complexe OAA, 2. Colonne cervicale, 3. SMAC, 4. Sternum, 5. K1., 6. Chaîne hyoïdienne, 7. Mandibule

Avantages :

- Déprogrammation **neuromusculaire** centripète
- La lésion primaire occlusale éventuelle est « isolée », ce qui diminue la marge d'erreur
- Évaluation **fonctionnelle** évolutive
- Approche **holistique**
- Stimulation de la proprioception = aide active du patient au diagnostic

Pour l'ABCMR, le principe de base des outils employés est la technique de pompage (d'énergie musculaire) selon le rythme tissulaire sauf pour quelques structures où l'usage du rythme respiratoire imposé est préféré.

### 3) Test proprioceptif occlusal comparatif (TOC)

Il se réalise dans les mêmes conditions que le TOI.

#### **Interprétation clinique**

Quelles informations apporte la comparaison des deux tests proprioceptifs occlusaux successifs (TOI & TOC) et comment agir en fonction des résultats obtenus pour quelques cas de figure habituellement rencontrés ?

#### **- TOI = TOC = équilibrés**

- ou bien le patient n'a pas de D.T.M.,
- ou bien le problème est une hypertonie globale liée au serrement (et/ou grincement) des dents très souvent dû au stress,
- dans le cas du serrement, la restriction de mobilité sera ressentie plutôt symétriquement et globalement,
- la solution est le traitement étiologique (gestion du stress, exercices proprioceptifs, thérapie de relaxation neuromusculaire et apprentissage de la relaxation).

#### **- TOI ≠ TOC : - TOI = déséquilibré - TOC = équilibré**

- Dans ce cas, la responsabilité de la relation mandibulo-maxillaire, sous l'action centripète issue de la périphérie par rapport à l'appareil manducateur, semble évidente, en tout cas en première intention. (N'oublions pas, à l'inverse, l'influence centrifuge au départ d'un appareil manducateur dysfonctionnel vers la périphérie proche et globale).
- Ce cas de figure est très fréquent.

- La solution est une thérapie globale (par ex. ostéopathie) pour lever les restrictions de mobilité.
- En cours de thérapie, TOI et TOC doivent être réalisés chez le thérapeute au début (TOI) et à la fin de la séance de travail (TOC).
- En fin de traitement, les tests sont refaits au cabinet dentaire.

**- TOI ≠ TOC : - TOI = déséquilibré  
- TOC = déséquilibré mais différemment**

- Le raisonnement est le même que précédemment.
- En fin de traitement manuel global, les tests sont réalisés au cabinet et, s'il persiste un déséquilibre, on peut penser qu'il est d'ordre structurel.
- Des corrections provisoires peuvent être effectuées.
- S'en suit une période de consolidation qui permet au patient de vivre avec les corrections instaurées.
- Ajustement des corrections selon le cas.
- Tests finaux et thérapie manuelle si nécessaire.
- Corrections occlusales définitives.
- Contrôles réguliers.

**- TOI ≠ TOC : - TOI = déséquilibré  
- TOC = déséquilibré de la même façon**

- On serait tenté de conclure d'emblée à un problème de structure (dents).
- La prudence s'impose et c'est là que nous exprimons nos réticences quant à l'utilisation des tests posturaux classiques.
- En effet, il se peut que l'A.B.C.M.R. ne soit pas capable de libérer les restrictions au sein du CCHLML et ce, pour au moins deux raisons évidentes :
  1. les restrictions sont trop intensément fixées et exigent, pour être libérées, un traitement spécifique approprié (hors domaine du dentiste généraliste (DG)),
  2. l'origine des restrictions est en dehors du CCHLML et malgré l'ABCMR, elles refont surface immédiatement en cours de la séance.
- En conclusion, il vaudrait mieux prévoir dans ce cas l'intervention d'un thérapeute manuel avant d'engager la structure (dents) dans des corrections qui pourraient être prématurées et inadéquates.

**Remarque :** dans ces situations de déséquilibre occlusal, le trismus est typiquement présent, il faudra donc aussi gérer le stress.

#### **IV. L'éveil proprioceptif, complémentaire au cabinet dentaire**

Après le diagnostic, il convient d'agir et pour cela l'occlusodontie nous propose des thérapies bien documentées, nettement éprouvées et largement pratiquées. Nous proposons un module complémentaire à cette thérapie classique : l'apprentissage et la pratique d'exercices proprioceptifs.

##### **Les exercices proprioceptifs**

Ils sont pratiqués par les dentistes et les thérapeutes manuels (ostéopathes). Leur but est de déprogrammer les syncinésies dysfonctionnelles et de reprogrammer plus harmonieusement la neuromusculature.

La reprogrammation neuromusculaire d'une fonction doit inscrire cette fonction dans un schème qui a une signification cohé-

rente pour les systèmes de gestion neurologique traités par les niveaux sous-corticaux.

- L'apprentissage doit passer par une phase de conscientisation basée sur la gnose qui permettra d'intégrer les nouveaux patterns (niveau cortical). L'intérêt de ces exercices est évident pour les structures peu fournies en récepteurs somesthésiques et pour les pathologies qui ont diminué la qualité fonctionnelle de ces récepteurs ou de leurs circuits afférents. En effet, ils engagent massivement les récepteurs proprioceptifs.
- Viendra ensuite une phase d'automatisation, pour que ces nouveaux patterns ne nécessitent plus l'intervention corticale.

##### **Les exercices :**

Il est demandé au patient d'effectuer des mouvements mandibulaires lents et de faible amplitude en les associant à des mouvements contraires impliquant d'autres structures du corps.

- Mouvements mandibulaires : latéralités, propulsion, ouverture.
- Exercices de dissociation des mouvements :
  - mandibulaire - oculaire
  - mandibulaire - céphalique
  - mandibulaire - ceinture scapulaire
  - mandibulaire - ceinture pelvienne
  - mandibulaire - posture debout

##### **Modalités d'application :**

Exercices personnalisés

- Amplitude réduite
- Conscientisation des sensations somesthésiques

##### **Avantages et buts :**

- utilisation temporaire (effets secondaires diminués)
- prise en charge par le patient,
- reproduction de la déprogrammation neuromusculaire par le subconscient pendant le sommeil,
- éveil somesthésique,
- finalité : déprogrammation des syncinésies par intégration inconsciente des nouveaux patterns créés lors de son utilisation.

**N.B. :** les exercices peuvent également se faire avec PCR. ; dans certains cas, ils sont facilités par l'usage de celui-ci (constat clinique).

PCR : plan de contact rétro-incisif, bien connu en dentisterie, agrégé au maxillaire supérieur et dont le plan occlusal est parallèle au plan axio-orbitaire.



Fig.2 : PCR

## V. Thérapie complémentaire en ostéopathie

Le but est d'assurer la complémentarité et la continuité de traitement lors du travail conjoint avec un thérapeute manuel. Cette pluridisciplinarité est indispensable pour assurer l'intégration des nouveaux patterns en y associant les fonctions respiratoire, linguale, phonatoire, psychomotrice, psychologique... Les exercices proprioceptifs sont évidemment très utiles à ce niveau également. Nous proposons en sus un outil plus spécifiquement adapté aux D.T.M. : l'ajustement biodynamique crânio-mandibulaire (ABCM).

### L'ajustement biodynamique crânio-mandibulaire

Il est pratiqué par les ostéopathes et est inclus dans la prise en charge holistique propre à chacun. Cet ajustement plus complet comprend 5 temps périphériques - 6 temps mandibulaires - 1 temps en « écoute ».

#### A. Les temps périphériques

1. Les cervicales
2. La base du crâne
3. L'entonnoir thoracique supérieur
4. Les fascias cervicaux
5. Le diaphragme

#### B. Les temps crânio-mandibulaires

6. Le sternum
7. La chaîne linguale
8. La base linguale
9. Les constricteurs
10. Les A.T.M.
11. Plancher buccal

#### C. Les temps d'écoute

12. La base du crâne, la mandibule

L'ajustement biodynamique est un principe qui peut s'appliquer à tous les systèmes fonctionnels adaptatifs comme l'A.T.M., la langue, l'articulation atlas/axis, le diaphragme, le sacrum...

#### Avantages

- évaluation fonctionnelle évolutive
- normalisation évolutive
- approche holistique
- stimulation de la proprioception cénesthésique

#### Indications

- patient stressé ++
- symptomatologie multiple
- restrictions nombreuses
- diagnostic fonctionnel « flou »
- recherche de lésion « primaire »

## VI. Schéma thérapeutique

Pour résumer notre démarche, voici chronologiquement les étapes principales adaptées à la pratique en cabinet dentaire.

### 1<sup>ère</sup> séance

- Diagnostic :
  - anamnèse occlusodontique
  - examen clinique occlusodontique
- Diagnostic d'exclusion :
  - traitement des pathologies annexes éventuelles
- Écoute manuelle
- Observation visuelle de la posture (biotypologie fonctionnelle)

- Observation de la dynamique myofasciale

### 2<sup>ème</sup> séance

- TOI/ABCMR/TOC : il doit être fait en début de séance pour ne pas être perturbé par des interventions en bouche.
- Exercices proprioceptifs
- Recommandations pour la gestion professionnelle du stress et l'apprentissage d'une technique de relaxation
- Référence éventuelle en thérapie manuelle pour A.B.C.M. et AB global

### 3<sup>ème</sup> séance et suivantes

- en occlusodontie en fonction des résultats de la thérapie manuelle et des exercices proprioceptifs.

## VII. Conclusions

Nous proposons un outil complémentaire à la démarche habituellement utilisée en occlusodontie.

Il propose, dans un premier temps d'examiner l'AM en l'isolant au mieux de ses contraintes périphériques (ABCMR) et ensuite dans un deuxième temps de le resituer dans le contexte du corps global afin de définir son rôle (causal ou adaptatif) dans la dysfonction incriminée.

Il nous permet donc de déterminer si la DTM est due à la structure dentaire ou aux rapports intermaxillaires. Il rend possible le choix entre une correction directe ou indirecte de la relation interdentaire et ou un référence à un thérapeute (ostéopathe) qui normalisera la relation intermaxillaire. Il peut aussi être employé comme instrument d'éveil proprioceptif dans les DTM.(trismus du système manducateur et lingual.

Par l'éveil proprioceptif qu'il provoque il constitue de surcroît un outil thérapeutique non négligeable.(prise de conscience de la dysfonction par le patient).

Nous le voulons utilisable par les thérapeutes qui de près ou de loin s'occupent des DTM.

Le toucher manuel est indispensable à l'utilisation de cette approche, il nécessite un apprentissage spécifique différent de celui du DG orienté davantage vers la manipulation instrumentale. Il convient donc de réserver du temps à la réflexion et à l'apprentissage pratique de cette approche.

## Le numéro 1 mondial pour les chirurgiens-dentistes et prothésistes

Soyez présent lorsqu'IDS 2009 ouvrira ses portes, car c'est ici que les chirurgiens-dentistes et prothésistes du monde entier assisteront aux présentations et démonstrations des nouveaux matériels et s'informeront sur les tout derniers développements. Quelque 1.750 exposants de plus de 50 pays vous y attendent avec leurs produits et prestations innovants.

Ce salon leader mondial met l'accent sur une coopération efficace et réfléchie entre dentistes, prophylaxistes et laboratoires. Laissez-vous inspirer par de nouvelles idées pour optimiser votre travail quotidien.

Visitez IDS 2009 – Vous serez en avance sur votre temps.

Plus d'information:

Exposants:

Tél.: 02-517 61 75, Fax: 02-517 66 70

belux@koelnmesse.be

Visiteurs:

Tél.: +31 10 206 4850, Fax +31 10 201 9555

tickets@koelnmesse.nl



# IDS<sup>®</sup> 2009

Gain de temps, gain d'argent!  
Enregistrement et achat en ligne de vos entrées  
[www.ids-cologne.de](http://www.ids-cologne.de)

33<sup>e</sup> Salon international d'Odontologie  
Cologne, du 24 au 28 mars 2009  
24 mars : Journée du commerce spécialisé



**TA-98 CLED**  
20 W de puissance en plus  
Éclairage LED  
Penta-Spray  
Zone de préhension optimisée  
Pour fraise de 19 à 25 mm

De l'inspiration  
à l'innovation.



« People have priority ». Fort de ce principe, W&H a développé deux turbines spéciales : la TA-97 CLED et la TA-98 CLED. La technologie LED offre un éclairage proche de la lumière du jour, une durée de vie dix fois supérieure et un dégagement de chaleur considérablement réduit. La nouvelle tête miniaturisée de la TA-97 assure une meilleure accessibilité aux zones de traitement. Mais que signifie la lettre C ? Elle indique qu'il s'agit d'une version avec roulement à billes en céramique garant d'une très longue durée de vie.

**W&H Benelux**  
Voetballersstraat 36  
2850 Boom, Belgium  
t +32 38444985  
f +32 38446131  
wh@telenet.be wh.com

**syneq**  
Ready for imitation.

# formation continue

## Programme scientifique 2009

- 44** Après-midi professionnelle - Bruxelles
- 45** Ergonomie - Bruxelles
- 46** Agénésies - Charleroi
- 48** 2<sup>ème</sup> Rendez-vous des Cercles - Liège
- 50** Photographie - Bruxelles
- 51** Toxicité - Namur
- 52** Organisation - Bruxelles
- 53** Digue - Bruxelles
- 54** Occlusodontie - La Hulpe

**Gratuit**  
et réservé  
aux membres 2009

formation continue

# PROFESSIONNEL

## 23 janvier 2009

de 14h à 17h30  
Bruxelles - Diamant

### vendredi

**Accréditation demandée : 20 UA dom. 2 - Formation continue : 3h00**



## Après-midi Professionnelle

La formation qualifiante d'assistante dentaire - Didier Eycken

L'accord dento-mutualliste - Michel Devriese

Heurts, bonheurs et malheurs de l'exercice de groupe - Me E. Thiry - M. Devriese

*Les relations contractuelles entre praticiens et leur impact sur leur relation avec les patients*



Didier Eycken  
Président de la Société  
de Médecine Dentaire



Michel Devriese  
Vice-président de la Société  
de Médecine Dentaire  
Mandataire dans de nombreuses  
commissions à l'INAMI et à la  
Santé Publique



Me Eric Thiry  
Avocat spécialisé en droit médical  
Chargé de cours à la Faculté de  
médecine de l'ULB

### Bulletin de participation à renvoyer à

la SMD, Av. De Fré, 191 • 1180 Bruxelles ou à faxer au 02/375 86 12

Inscription à l'après-midi professionnelle le vendredi 23 janvier.

Nom : ..... Prénom : ..... N° INAMI : ..... - ..... - ..... - .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Localité : .....

Tél.: ..... / ..... Fax: ..... / .....

Email: ..... @ .....

Je certifie être membre de la SMD en règle de cotisation 2009. Numéro de membre :

Date ..... / ..... / .....

Signature :

# ERGONOMIE

5 février  
2 avril 2009  
4 juin jeudi

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**



# AGÉNÉSIES

## 5 Mars 2009

### jeudi

de 09h à 17h00  
Charleroi - CEME

**Accréditation demandée : 40 UA dom. 5, 7 - Formation continue : 6h00**

## Introduction

En introduction, nous parlerons de l'épidémiologie des agénésies et des connaissances actuelles en génétique afin d'exposer le contexte étiopathogénique et les éventuelles perspectives d'avenir dans ce domaine.

## Approche chez le jeune enfant

Dans un deuxième temps, nous aborderons une casuistique des agénésies chez les jeunes enfants en denture temporaire et leurs

conséquences en denture définitive, en incluant dans ces cas les agénésies isolées et multiples (syndromes). Leur prise en charge précoce, éventuellement prothétique, sera évoquée.

Enfin, nous terminerons par les aspects plus pratiques quant au suivi de ces cas dans la petite enfance, quant à l'information à donner aux parents et en particulier les types de traitements envisageables à l'âge adulte et leur préparation chez l'enfant.



**Professeur Michel LIMME**  
Professeur d'orthodontie et d'orthopédie dento-faciale à l'ULg  
Chef de service d'orthodontie et d'orthopédie dento-faciale à l'ULg



**Jean-Claude BERNARD**  
Spécialiste agréé en orthodontie et orthopédie dento-faciale  
Chef de clinique au service du Professeur LIMME



**Sylvie PIRE**  
Candidate spécialiste en orthodontie et orthopédie dento-faciale dans le service du Professeur LIMME

## Traitement orthodontique des cas d'agénésies

Le praticien de l'art dentaire est fréquemment confronté aux agénésies d'incisives latérales maxillaires et à celles des prémolaires mandibulaires

L'agénésie dentaire nous place face à un dilemme et la décision thérapeutique des agénésies nécessite généralement une approche pluridisciplinaire. Après le bilan clinique, trois options s'offrent aux praticiens en fonction du contexte occlusal, squelettique et esthétique du patient: la fermeture de l'espace,

le remplacement par restauration prothétique ou l'abstention. L'agénésie de l'incisive latérale maxillaire pose particulièrement le problème de la réhabilitation esthétique du sourire et de la restauration de la fonction. Le choix entre les deux options thérapeutiques que sont la fermeture d'espace ou l'ouverture de celui-ci dépendra de nombreux paramètres : la morphologie et de la teinte des canines, la dysharmonie dento-maxillaire (DDM), la typologie faciale, les moyens financiers du patient.



**Régine GLINEUR**  
DES d'Orthodontie, ULB  
Spécialiste en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Clinique d'orthodontie, Service de Stomatologie Chirurgie Maxillo-faciale  
Hôpital ERASME ULB



**Alain BALON-PERIN**  
Spécialiste en Orthodontie  
DES d'Orthodontie, ULB  
Responsable de la consultation de la Clinique d'Orthodontie, Service de Stomatologie Chirurgie Maxillo-faciale  
Hôpital ERASME ULB



**Michal CHAREZINSKI**  
Spécialiste en Orthodontie  
DES d'Orthodontie, ULB  
Doctorant ULB  
Résident, Clinique d'Orthodontie, Service de stomatologie Chirurgie Maxillo-faciale  
Hôpital ERASME ULB

**Junior Emmanuel DUMU DUNDU**  
Candidat spécialiste du Master Complémentaire d'Orthodontie, ULB  
Clinique d'Orthodontie, Service de Stomatologie Chirurgie Maxillo-faciale  
Hôpital ERASME ULB

## Agénésie des latérales : le choix prothétique

### Implant...

L'exposé envisagera les avantages et inconvénients de l'implant par rapport au bridge collé et répondra aux questions fréquentes sur les implants dans le traitement des agénésies :

Quelles sont les limites d'âge, de place, ...

Faut-il une préparation orthodontique du site pour ouvrir un chenal alvéolaire d'au moins 5,5 mm.

Faut-il une préparation mucogingivale ?

Faut-il une préparation du site osseux par une greffe osseuse ?

Quel timing : pré ou per-implantaire ? Quels matériaux utiliser : os autogène, matériaux de substitution, membrane ?

Quel type d'implants utiliser (« classique », « platformswitch », ...)?

Quel mode de mise en charge et de temporisation ?

Quels sont les résultats à court moyen et long terme ?



**Didier Blase**

LSD UCL 1986

Docteur en science dentaire 2004

Spécialiste en parodontologie 2007

Consultant externe à l'UCL St Luc

ITI fellow

### ou bridge collé ?

Le remplacement de dents absentes peut être effectué à l'aide de plusieurs techniques prothétiques. L'une d'entre elles est la réalisation de bridges collés. L'exposé reviendra d'abord sur les indications et contre-indications générales de ce type de restaurations. Ensuite, un large développement sera consacré à la possibilité, aujourd'hui, d'utiliser des infrastructures en céramique plutôt que métalliques. Cette alternative est-elle avantageuse et Fiable ? Nous tenterons de répondre à cette question en synthétisant les types de céramiques utilisables pour cette indication et en abordant "l'épineux" problème des techniques de liaison de ce type de restaurations aux piliers dentaires.



**Prof. Alain Vanheusden**

LSD, DMD

Chargé de cours à l'Université de Liège

Chef du service de prothèse fixe au CHU de Liège

## Le traitement des agénésies multiples

Les agénésies multiples apparaissent souvent comme des "injustices de la nature" mettant à contribution tous les praticiens qui prennent en charge ces patients édentés partiels malgré eux.

La détection précoce du problème chez le dentiste généraliste et/ou le pédodontiste suppose d'office une prise en charge par un orthodontiste. Sa mission est délicate car il doit positionner correctement les dents présentes par rapport aux zones édentées. Afin d'aboutir à un résultat optimal, il est impératif que le futur intervenant prothétique soit déjà désigné et qu'une réflexion commune de ces deux intervenants définisse le plan de traitement à mettre en œuvre souvent pendant plusieurs années.

Chacun doit savoir ce qu'il peut attendre et espérer de l'autre. Est-ce possible pour l'orthodontiste de corriger tel ou tel défaut et à quelles conditions ? Quel appareillage pour combien de temps ? Lorsqu'un orthodontiste termine son traitement, est-il sûr que le praticien de prothèse pourra apporter une solution prothétique satisfaisante et durable ? A quelles conditions ?... Ce dernier devra ensuite collaborer étroitement avec un intervenant chirurgical pour optimiser les solutions implantaire.

Le but de l'exposé est de répondre à certaines de ces questions par des exemples cliniques illustrés.



**Prof. Alain BRABANT**

Licence en Science Dentaire UCL

Spécialisation en Prothèse dentaire UCL

Doctorat en Science Dentaire UCL

Chargé de Cours clinique en Prothèse fixée à l'UCL

Chef de Clinique dans le Service de Prothèse de l'UCL



Chez nous  
sont compris



Lunch et  
Parking

**Bulletin d'inscription en encart**

# 2ème Rendez-vous DES CERCLES 28 Mars 2009 samedi

de 09h à 17h00  
Liège - Amphithéâtres  
de l'Europe

**Accréditation demandée : 40 UA dom. 4, 6, 7 - Formation continue : 6h00**



Sous l'égide de la Société de Médecine Dentaire - Les bénéfices de cette journée seront reversés aux Cercles

**13 orateurs . 4 thèmes . 3 Cercles . 1 journée pour l'omnipraticien**



Dr. Eric Deroux



Prof. Alain Brabant



Prof. Marc Lamy

## Présentation de cas pluridisciplinaires

de 9h00 à 10h30

Modérateur : J-CL Dabee (ADULg)

**Dr. Eric Deroux** : Stomatologue, Licencié en chirurgie maxillo-faciale, Résident du service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale Cliniques universitaires Erasme.

**Prof. Alain Brabant** : Chargé de Cours clinique de Prothèse fixée et Chef de Clinique dans le Service de Prothèse de l'UCL, Licence en Science Dentaire en 1977 à l'UCL, Spécialisation en Prothèse dentaire en 1980 à l'UCL, Doctorat en Science Dentaire en 2001 à l'UCL.

**Prof. Marc Lamy** : Docteur en Science Dentaire, Chargé de cours à l'ULg, Chef de Service CHU Sart Tilman, Prothèse amovible, prothèse sur implants, occlusodologie, Président du département hospitalier de dentisterie.



Dr. Isabelle Loeb



Docteur Pierre Mahy



M. Geoffrey Lecloux

## Les aménagements osseux pré- et per- implantaire

de 11h00 à 12h30

Modérateur : Sébastien Van Bree (COSUL)

**Dr. Isabelle Loeb** : Spécialiste en Stomatologie Pédiatrique et Chirurgie Maxillo-Faciale, Chef de Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, CHU Saint-Pierre, Bruxelles, 2007.

**Docteur Pierre Mahy** : Médecin spécialiste en stomatologie et chirurgie orale et maxillo-faciale. Chef de clinique adjoint dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale des Cliniques universitaires Saint-Luc.

**M. Geoffrey Lecloux** : Spécialiste en Parodontologie, Chef de Clinique, CHU de Liège, ULg.



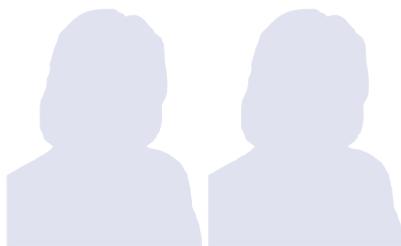
M. Ramin Atash



Prof. Charles Pilipili

## L'enfant âgé entre 6 et 18 ans, victime d'un accident et **perdant une incisive** : que faire ?

de 13h30 à 15h00



Mmes. Danièle Fischer et Annick Urfels

**Modérateur : Pierre Vermeire**

**M. Ramin Atash** : Dentiste LSD, Docteur en Sciences dentaires (ULB), Maître de conférence, chargé d'enseignement des Biomatériaux (ULB) et de la prothèse amovible (ULB), Responsable du département de prothèse (Hôpital Erasme, ULB), Représentant ULB du conseil technique dentaire, DU de soins dentaires sous sédation consciente (Nancy), DU d'implantologie orale (PARIS VI), DU de réhabilitation chirurgicale (Paris VII).

**Professeur Charles Pilipili** : Licencié en science dentaire. Chef de clinique dans le service de médecine dentaire pédiatrique et unité de soins dentaires aux handicapés des Cliniques universitaires Saint-Luc.

**Mmes. Danièle Fischer et Annick Urfels** :



Maître Eric Thiry



Mme. F. Ackermans



M. Pascal Rémy-Paquay

## Volet légal et **assurances**

de 15h30 à 16h30

**Modérateur : J-CL Dabee (ADULg)**

**Maître Eric Thiry** : Avocat spécialisé en droit médical, Chargé de cours à la Faculté de médecine de l'ULB

**Mme. Fabienne Ackermans** : Dentiste généraliste, Docteur en sciences odontologiques - Université Louis Pasteur - Strasbourg, Agrégé de l'enseignement supérieur - UCL.

**M. Pascal Rémy-Paquay** : Dentiste L.S.D., Chef de Clinique CHU de Liège ( Prof. Lamy), Maître de conférence ULG, DES réhabilitation bucco-dentaire, DES Médecine Dentaire d'Expertise, DES Européen en Implantologie.



Chez nous  
sont compris



Lunch et Parking

**Bulletin d'inscription en encart**

# PHOTOGRAPHIE

## 25 avril 2009

de 9h00 à 12h30  
Grand Bigard

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



## Mise en pratique de la **photographie numérique dentaire**

Trucs et astuces faciles pour une communication réussie entre dentiste et prothésiste



**DIDIER DEBECKER**

*Prothésiste, spécialisé en esthétique  
Labo DentisCeram®*

*A suivi de nombreuses formations à l'étranger (M Magne,  
M Allemand & B Guggisberg, E Egenbarth, D Adolfi, Ch Coachman)  
Mentor NobelRondo™  
Passionné par la photographie*



De nombreux praticiens souhaitent améliorer leur communication vers les patients et le laboratoire, la photographie digitale peut les y aider grandement.

Nous avons invité le prothésiste Didier Debecker, qui possède une longue expérience en la matière, à partager ses connaissances en photographie numérique dentaire.

L'équipement nécessaire (quel appareil, quel flash, quel objectif) sera détaillé de façon pratique. Les trucs et astuces pour communiquer efficacement avec le prothésiste seront dévoilés. Didier Debecker abordera également la meilleure manière d'individualiser les détails de teinte et de transparence des couronnes et bridges à partir des images numériques.

Cette formation pratique vous enseignera :

- comment configurer votre appareil photo numérique,
- les meilleurs cadrages pour informer au mieux le prothésiste,
- comment interpréter les images à l'aide de logiciels,
- comment transférer rapidement celles-ci via Internet.

**Bulletin d'inscription en encart**

# TOXICITÉ

## 9 mai 2009

### samedi

de 9h00 à 17h00  
Namur - Cercle de Wallonie

**Accréditation : 40 UA dom. 1 & 2 - Formation continue : 6h00**

## QUELS SONT LES ÉLÉMENTS TOXIQUES RENCONTRÉS AU CABINET DENTAIRE ?

### Introduction

**Prof Alfred BERNARD**  
*Docteur en Médecine,  
Directeur de recherche au FNRS  
Unité de toxicologie industrielle et  
de médecine du travail - UCL*

Les soins apportés en médecine dentaire nécessitent l'utilisation de substances qui ne sont pas sans risque pour le praticien ou le patient. Parmi ces substances, on trouve bien évidemment les composants des matériaux dentaires comme le mercure et les acrylates, les produits de nettoyage et de stérilisation, les anesthésiants et les fines particules libérées lors des travaux de fraisage. Le praticien est en grande partie exposé à ces produits par inhalation ou contact cutanée, ce qui peut déboucher sur des affections cutanée ou respiratoire souvent de nature allergique. Le mercure et les solvants peuvent exercer des effets systémiques en particulier au niveau du système nerveux central. En ce qui concerne les patients, la littérature récente indique que le risque mercuriel est très faible voire inexistant du moins au niveau des principaux organes cibles de ce métal. En revanche il n'existe pas de données épidémiologiques concernant les alternatives à l'amalgame, ce qui serait souhaitable puisque ces produits ou leurs métabolites présentent des propriétés cytotoxiques et génotoxiques. Il existe aussi peu de données concernant les risques du passage transplacentaire des matériaux dentaires, en particulier du mercure. La prudence est donc de mise pendant la grossesse.

### ⇒ Les nuisances sonores au cabinet

**Mme Emily MARKESSIS**  
*Graduée en Audiologie  
MSc en Audiologie - Université de Southampton (GB)  
Doctorat en Sciences Biomédicales (ULB)*

### ⇒ Les risques de l'anesthésie locale

**M Fabrice BOLLAND**  
*Chef de service de parodontologie ULB  
Post-graduat en parodontologie ULg  
Dea implantologie ULg  
Master sédation consciente Univ. Strasbourg  
DU Carcinologie orale Univ. Paris 7*

### ⇒ Les patients allergiques

**Dr Laurence Evrard**  
*Spécialiste en stomatologie*  
**Dr Dominique Parent**  
*Spécialiste en stomatologie*

### ⇒ Le latex

**Dr Dominique TENNSTEDT**  
*Spécialiste en dermatologie  
Chargé d'Enseignement Clinique UCL*

### ⇒ Connaître son matériau et gérer sa polymérisation

**M Julian LEPRINCE**  
*Licencié en Science Dentaire 2006  
Thèse de doctorat sur la "Photopolymérisation  
des résines dentaires" (en cours)*

### ⇒ La toxicité des matériaux d'obturation

**M Ramin ATASH**  
*Docteur en Sciences dentaires (ULB)  
Maître de conférence, chargé d'enseignement des Biomatériaux (ULB) et de la prothèse amovible (ULB)  
Responsable du département de prothèse (Erasme, ULB)  
Représentant ULB du conseil technique dentaire  
DU de soins dentaires sous sédation consciente (Nancy)  
DU d'implantologie orale (PARIS VI)  
DU de réhabilitation chirurgicale (Paris VII)*



Chez nous  
sont compris



Lunch et Parking

# ORGANISATION

## 10 Octobre 2009

### samedi

de 09h à 17h00  
Bruxelles

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

## EXERCER DANS LA SÉRÉNITÉ : DES PISTES À EXPLORER

### 1. La pratique de groupe : une réelle option anti-stress ?

### 2. La sérénité, ça s'organise !



Dr Deborah TIGRID



Dr Jean-Raoul SINTES

**Dr Deborah TIGRID** : Chirurgien-dentiste. Paris V, Enseigne en qualité d'Attaché puis d'Assistante hospitalo-universitaire dans le Service d'Odontologie conservatrice, Fondatrice de Feed-Back Medical.

**Dr Jean- Raoul SINTES** : Chirurgien-dentiste et Consultant Formateur, Diplômé en 1980, Paris V, Lauréat du concours national de Déontologie, CES (biomatériaux, parodontie, prothèse conjointe), Attestation d'expertise médicale et Odontologique, Chargé de la pédagogie de nombreux séminaires au sein de FBM depuis 15 ans

#### Introduction :

Le stress : quel est ce mal étrange ?

Etes-vous stressé ? Etes-vous un bon ou un mauvais stressé ? Avez-vous identifié ce qui vous stresse ? Quelles sont les conséquences du stress professionnel sur la santé physique et mentale de l'individu, et du soignant en particulier ? Quelles sont les stratégies efficaces que nous pouvons développer pour faire face au stress, éviter le blues, l'épuisement et la démotivation qu'il peut générer ?

Quelles solutions pragmatiques pouvons-nous mettre en place pour agir sur les facteurs de stress dans notre environnement professionnel : le temps, l'argent et les relations !

#### ➤ Le stress et nous

- Comprendre le processus du stress : de l'émulation au burn out
- Identifier ses sources de stress : analyser son activité et mieux se connaître
- Définir ses envies et positionner son cabinet

#### ➤ Mettre en place une organisation sereine du temps et des tâches

- Mieux gérer son agenda : les urgences, les retards, les lapins, les imprévus....
- Mieux gérer son temps et son énergie au fauteuil : l'organisation clinique

- Définir et mettre en place des procédures simples et respectées par tous

#### ➤ Favoriser et s'impliquer dans une relation thérapeutique gratifiante

- Accueillir et informer efficacement au sein du cabinet
- Comprendre les attentes de nos patients : y répondre ... mais aussi apprendre à DIRE NON
- Argumenter efficacement nos propositions de traitement et éditer des documents valorisants

#### ➤ Manager son cabinet comme un « chef d'entreprise »

- Faire confiance et déléguer
- Elaborer des ententes financières claires et systématiques avec les patients
- Piloter son activité et non la subir : la meilleure réponse au stress !

#### ➤ Conclusion : qu'allez-vous mettre en place demain pour mieux gérer VOTRE stress ?

Chez nous  
sont compris



Lunch et  
Parking

# DIGUE

## 19 Septembre 2009

samedi de 9h00 à 17h00  
Bruxelles

**Accréditation : 20 UA dom. 4 - Formation continue : 3h00**

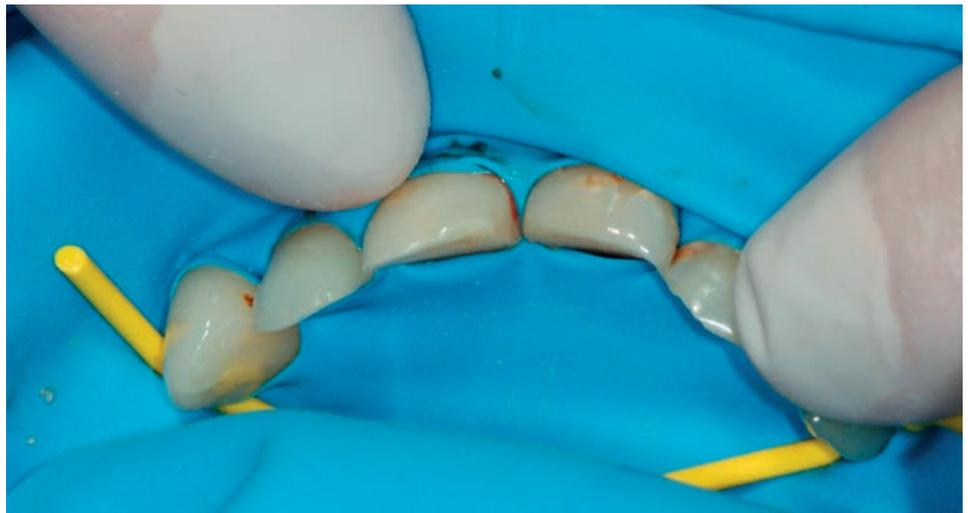
## LA DIGUE : COMMENT LA PLACER, QUAND L'UTILISER ?



**Thierry Charles**  
*Licencié en Science Dentaire ULB 1978*  
*Chargé de cours à l'ULB*  
*Assistant Clinique Erasme*  
*Pratique privée*

Depuis plus de six mois, l'INAMI accorde des honoraires pour l'utilisation d'une technique d'isolation des dents, c'est dire l'importance que revêt l'utilisation de la digue pour nos représentants, grâce auxquels notre nomenclature évolue positivement.

Au cours de cet atelier pratique, vous apprendrez tous les trucs et ficelles pour placer la digue facilement et surtout efficacement. Dans quels cas l'utiliser ? Pour quels traitements ? Comment la mettre en place sur des dents délabrées ? ...



# OCCLUSION

## 27 & 28 Novembre 2009

### vendredi et samedi

de 09h00 à 17h00 - La Hulpe - Dolce

**Accréditation demandée : 2 x 40 UA dom. 7 - Formation continue : 12h00**

## Deux journées de cours pour dentistes et prothésistes



**Docteur José Abjean**  
Professeur Emérite des Universités

L'occlusion se retrouve partout : en prothèse évidemment, en orthodontie où l'on modifie une occlusion pour en obtenir une autre considérée comme « idéale », en dentisterie opératoire, en parodontologie, en implantologie, en médecine dentaire pédiatrique. Et de nombreuses écoles se disputent une vérité scientifique qui, si elle en détient une partie, n'en est pas toujours clinique.

Le concept le plus répandu est le concept gnathologique : fonction canine, classe I en relation centrée, recouvrement de 2 mm, surplomb de 2 mm, concordance des lignes médianes maxillaires et mandibulaires, répartition uniforme des points supports. Mais est-ce là la clé du succès ? Faut-il toujours atteindre cet idéal ? Le pouvons-nous ? Faut-il « formater » tous nos patients dans cette occlusion de convenance ?

Nous vous invitons à reconsidérer tout ce que vous avez appris en occlusion et à découvrir une philosophie de traitement respectueuse de l'individualité de chaque patient. De l'occlusion compréhensible, logique, sans dogme. En suivant une méthode d'analyse et des recommandations basées sur une observation réfléchie et documentées par une carrière entière dédiée à l'occlusion.

Pour le Professeur Abjean, l'occlusion n'est assurément pas une affaire de dogmes : « L'occlusion est construite autour de la fonction que l'on veut obtenir ». Et il le démontre avec des centaines de cas et un suivi de plus de 35 ans...

Fort des succès précédents, nous avons une nouvelle fois invité le Professeur Abjean pour animer ces deux journées à l'attention des dentistes et des prothésistes.

Nous envisagerons comment éviter de perdre les références du patient lors de nos reconstructions prothétiques sur parodonte sain. Comment les retrouver lorsqu'elles ont été perdues.

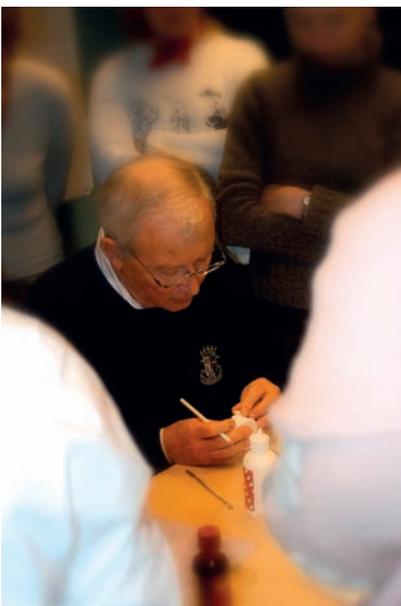
Nous envisagerons également, étape par étape, les reconstructions prothétiques sur parodonte affaibli, en gardant, dans ces conditions particulières, toutes les références du patient. Enfin, nous étudierons le passage de la prothèse sur dents naturelles à la prothèse sur implants.

Deux journées consacrées à l'occlusion.

Deux journées après lesquelles, vous ne regarderez plus vos patients comme avant.

Deux journées après lesquelles, vous ne travaillerez plus comme avant.

Deux journées qu'il est indispensable, vous l'avez compris, de suivre avec votre prothésiste.



Chez nous  
sont compris



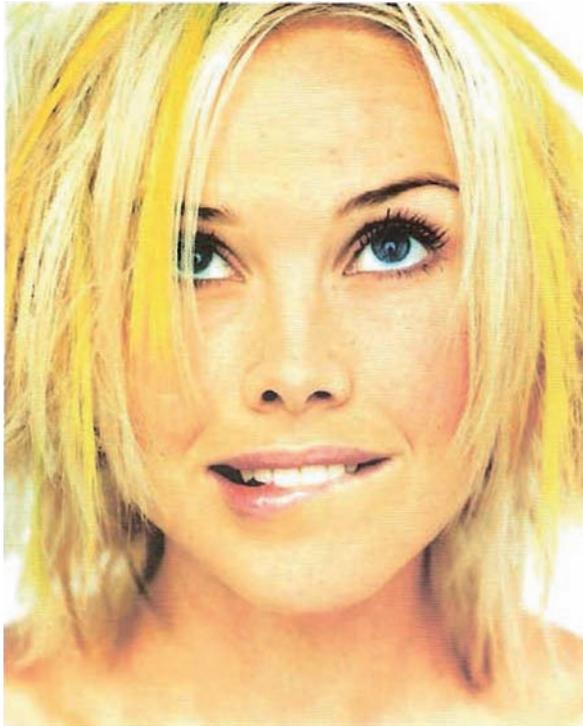
Lunch et  
Parking

**Bulletin d'inscription en encart**

# infos professionnelles

## S o m m a i r e

- 57** Un nouvel accord dento-mutualiste  
M. DEVRIESE
- 58** Attestation de prothèse dentaire  
M. DEVRIESE
- 59** Question d'un membre  
M. DEVRIESE
- 60** Le recours aux soins dentaires pour les enfants...  
M. DEVRIESE
- 61** Recevez l'info professionnelle en temps réel  
O Custers



**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](mailto:info@protectas.be)**

**Nous sommes sur les dents pour votre assurance.**

**PROTECTAS** 



# infos professionnelles

## UN NOUVEL ACCORD DENTO-MUTUALISTE POUR 2009-2010

Ce 3 décembre 2008, la Commission nationale dento-mutualiste a conclu un Accord pour les années 2009 et 2010. A l'heure d'écrire ces lignes, il reste quelques étapes formelles à franchir pour que l'Accord soit approuvé par les Autorités, mais il n'y a doute que les dispositions présentées ci-dessous seront celles qui seront le cadre de notre travail pour les 2 années à venir.

### 1. ACCREDITATION

Le montant de l'honoraire d'accréditation pour l'année 2009 a été fixé à **2.355,74 Euros**.

### 2. HONORAIRES

Tous les honoraires qui étaient fixés fin 2008, sont indexés de façon linéaire de **4,32 %** à partir du 1er janvier 2009.

### 3. NOMENCLATURE

Des nouveautés vont apparaître dans notre nomenclature, à la date du **1<sup>er</sup> mai 2009**.

Nous les détaillons ci-après.

a. Extension de la limite d'âge de **l'examen buccal annuel** (301593) jusqu'au 60<sup>ième</sup> anniversaire.  
*Notre avis : ceci poursuit l'extension de ce code, qui vous vous en souviendrez, a débuté par la tranche d'âge des 18 à 23 ans.*

b. Révision de la nomenclature avec **alignement** des limites d'âges sur le **18<sup>e</sup> anniversaire**. Ceci implique :  
- la suppression des tickets modérateurs entre le 15<sup>e</sup> et 18<sup>ième</sup> anniversaire;  
- l'augmentation de la limite d'âge de et du scellement jusqu'au 18<sup>ième</sup> anniversaire (ainsi que –pour mémoire- de la pulpotomie)  
- l'augmentation de la limite d'âge des extractions jusqu'au 18<sup>ième</sup> anniversaire

*Notre avis: Cela entraîne une simplification administrative au niveau des codes ainsi qu'une augmentation de la couverture, notamment pour les extractions. Toutefois les codes d'obturation de cavités entre le 15<sup>e</sup> et le 18<sup>e</sup> anniversaire subsisteront. En effet, les honoraires pour les moins de 15 ans sont plus élevés, et il n'a pas été admis de porter les honoraires des 15-18 ans à ceux de leur cadets.*

c. L'introduction d'un code de **suture de plaie** après extraction et/ou ablation de racine, pour autant que l'acte en question entre en ligne de compte pour le remboursement.

*Notre avis : ceci compense partiellement la disparition de l'extraction chirurgicale il y a quelques années. Les honoraires seront de ~15,66 € (et de 10,44 € pour la dent suivante).*

d. **Couronnes « pédodontiques»** préfabriquées pour les molaires lactéales et les premières molaire définitives, jusqu'au 18<sup>ième</sup> anniversaire.  
Les honoraires seront de ~104,12 €.

e. Introduction du remboursement de **deux implants dans la mandibule à des fins d'ancrage d'une prothèse amovible totale**, à partir du 70<sup>e</sup> anniversaire.

*Notre avis : ceci constitue bien sûr une petite révolution. Il faudra toutefois veiller à ce que cette technologie particulièrement coûteuse puisse bénéficier aux patients qui en ont réellement besoin. Le cadre réglementaire devra être particulièrement soigné. Il faudra bien entendu prévenir tout dérapage budgétaire dans ce secteur. Les honoraires seront de ~1617,46 € pour les 2 implants et de ~1517,46 € pour les piliers et le système d'ancrage de la prothèse.*

f. **Détartrage étendu jusqu'à la zone sous-gingivale sous anesthésie locale**, à partir du 18<sup>e</sup> jusqu'au 40<sup>e</sup> anniversaire.

*Notre avis : ce dernier projet de l'Accord n'est évidemment pas le moindre. Il s'agit en fait d'introduire les bases d'une véritable nomenclature de la parodontologie moderne. Ce code pourra être attesté dans les traitements de surfaçage radiculaire. Les honoraires seront de ~38 € par quadrant.*

*Le niveau de l'honoraire conventionnel pourrait malheureusement paraître bas pour les cas complexe. Mais une nouvelle étape est ainsi franchie dans le développement d'une nomenclature moderne.*



#### **Le total des ces nouvelles initiatives se monte à 10.665 milliers d'euros.**

L'objectif budgétaire de notre secteur pour 2009 s'élève à 732.060 milliers d'euros dont un montant de 41.460 milliers d'euros a trait à l'intégration des petits risques pour les indépendants.

**Juin 2010** pourrait voir se concrétiser de nouvelle avancée dans l'extension des limites d'âges pour les extractions et pour le surfaçage, l'introduction de codes de chirurgie parodontale, la révision de la nomenclature de radiologie et de prothèse.

D'autres mesures visant à développer la Santé dentaire publique accompagnent l'Accord. Nous en reparlerons prochainement.

#### **4. S'ENGAGER ?**

Les praticiens recevront le texte de l'Accord vers le 8 janvier. Vous aurez un délai jusqu'au début février pour vous manifester éventuellement par rapport à cet Accord (dans les 30 jours de la publication au Moniteur) : Le refuser, s'engager à temps partiel ou s'engager totalement.

Vous êtes nombreux à nous dire qu'au vu des dernières revalorisations –dont les codes de collage- vous envisagez de souscrire à nouveau au système d'Accord. Ce qui arrête certains, c'est de devoir manipuler des cents d'euro. Or il est autorisé d'arrondir.

Certains estiment d'ailleurs que l'un ou l'autre acte a un honoraire conventionné plus élevé que ce qu'ils demandent habituellement. En 2009, le montant du statut social sera de 2.039,12 €, montant qui –nous le rappelons- est net d'impôts !

MD

---

## **ATTESTATION DE PROTHESES DENTAIRES : du neuf dès ce premier janvier**

A partir du 1er janvier 2009, une modification significative intervient dans l'attestation des prothèses : **il ne faudra plus attendre l'étape du contrôle pour pouvoir attester.**

**L'attestation pourra donc avoir lieu dès le jour du placement.**

Trois autres modifications découleront de cette première, à savoir :

- Il a fallu modifier et redistribuer la notion d'étapes et de séances distinctes.
- le formulaire "annexe 56" change.
- une nouvelle disposition précise que les étapes de contrôles et retouches ne peuvent donner lieu à une attestation de soins, dans les 30 jours qui suivent le placement de la prothèse.

### **Etapas et séances**

La simplification est au rendez-vous : dorénavant, on ne fera plus de distinction pour les étapes et séances entre prothèses partielles et complets.

La règle nouvelle règle est : **"réalisées en minimum 4 étapes au cours d'au moins 3 séances distinctes"**.

### **Formulaire**

Le formulaire "annexe 56" change donc au 1er janvier, et ne comporte plus la mention du contrôle dans le petit tableau avec les dates.

Le nouveau formulaire ne comprend plus que : empreintes préliminaires / secondaires/ prise de l'occlusion / essai / placement.

Ce nouveau formulaire est dès à présent en ligne sur notre site internet, à la rubrique "documents" :

<http://www.dentiste.be/documents.htm>

### **Contrôle**

Le Conseil Technique Dentaire a convenu qu'il fallait encadrer cette simplification en précisant que : **" l'intervention de l'assurance pour une nouvelle prothèse comprend la ou les séance(s) de contrôle et le suivi pendant 30 jours à partir du placement de la prothèse"**.

Il est même précisé que pendant cette période de 30 jours, aucune prestation de la rubrique intitulée "Prothèses dentaires amovibles, consultations comprises" ne peut être attestée (comme par exemple une adjonction...!), **à l'exception des prestations de réparation.**



**Question d'un membre :** *j'aimerais connaître les limitations légales du diplôme de dentiste en Belgique, concernant la chirurgie buccale, greffe de gencive, greffe osseuse, pose de biomatériaux, implantologie, "sinus lift", etc.*

Réponse : vous trouverez ci-après les textes légaux qui définissent le champ d'activité des dentistes, dentistes généralistes ET dentistes spécialistes en parodontologie.

**29 MARS 2002. - Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste.**

Publication : 31-05-2002 - Entrée en vigueur : 01-06-2002

Article 1.

§ 1<sup>er</sup>. Sans préjudice des dispositions de l'article 3, alinéa 2 de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et sans préjudice des dispositions des directives européennes 78/686/CEE et 78/687/CEE, le champ d'activité du dentiste généraliste reprend tous les domaines de la science visant le développement, la structure, les caractéristiques, les fonctions et la pathologie de l'appareil masticateur humain, de la prévention et de la thérapie médicale et chirurgicale y afférente.

§ 2. La compétence du dentiste généraliste s'étend à toute la cavité buccale, aux tissus de soutien, aux muscles masticateurs, à l'articulation temporo-mandibulaire et aux tissus mous connexes. Le dentiste généraliste doit pouvoir diagnostiquer toutes les affections bucco-dentaires et être en mesure d'exécuter de manière autonome, c'est-à-dire de manière indépendante et sous sa propre responsabilité des traitements susceptibles d'être appliqués dans tous les domaines de l'art dentaire.

Sa connaissance de l'ensemble de l'art dentaire lui confère la meilleure compétence pour proposer les plans de traitement les mieux adaptés à chaque patient et pour coordonner les interventions des confrères spécialisés auxquels il déciderait de confier certaines parties de ce traitement.

**27 JUILLET 2001. - Arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en parodontologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en parodontologie.**

Publication : 29-11-2001 - Entrée en vigueur : 01-06-2002

Article 1.

§ 1<sup>er</sup>. Sans préjudice des dispositions de l'article 3, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 et sans préjudice des dispositions des directives européennes 78/686/CEE et 78/687/CEE, le champ d'activité du praticien de l'art dentaire porteur du titre professionnel particulier de dentiste spécialiste en parodontologie s'étend à la prévention, au diagnostic, à la planification du traitement et au traitement même de toutes les affections parodontales (en relation avec l'accumulation de plaque ou non, à l'exception de la thérapie des lésions cancéreuses) par la thérapie chirurgicale/non-chirurgicale, la régénération tissulaire parodontologique, le traitement de kystes d'origine parodontale dans la région gingivoalvéolaire, le traitement des problèmes de furcation, l'extraction chirurgicale, les transplantations et réimplantations des dents ainsi que la pose d'implants oraux et leurs pièces intermédiaires à la mandibule et dans le processus alvéolaire des maxillaires. La parodontologie ne contient en aucun cas la restauration prothétique.

§ 2. La compétence du praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en parodontologie comprend les traitements décrits au paragraphe 1<sup>er</sup>, réalisés de manière autonome. En cas d'urgence, et si nécessaire durant le traitement, le dentiste spécialiste en parodontologie peut sortir de son champ d'activité afin de réaliser la pose de restaurations provisoires, la pose de prothèses immédiates provisoires et des couronnes provisoires ou des ponts provisoires.

Il faut de plus tenir compte de l'AR du 30.01.1986 dans son article 15 §12 :

L'intervention de l'assurance est limitée aux prestations prévues à l'article 14, l) (c.à.d. les prestations relevant de la spécialité en stomatologie NDLR), dont le numéro d'ordre est suivi du signe +, lorsqu'elles sont effectuées par un praticien de l'art dentaire dans les limites des prérogatives conférées par les diplômes légaux.



## "SINUS LIFT" et SEMANTIQUE

On nous a rapporté qu'une assurance dentaire privée a remis en cause le remboursement de "sinus lift", car effectué par un dentiste, en prétextant -à tort- que celui-ci n'aurait pas la capacité légale d'effectuer ce genre de traitement!

Nous devons regretter à ce propos les excès de langage mais aussi les écrits établis par le dentiste-conseil de cette assurance qui n'a pas hésité à mettre en cause dans une lettre adressée à des patients la capacité légale du dentiste à effectuer ce type d'acte. Ceci n'a pas manqué de jeter un trouble certain.

La Société de Médecine Dentaire asbl n'a pas manqué de dénoncer les agissements de ce dentiste-conseil à qui de droit.

Toutefois, nous admettons que "sinus lift" est une dénomination qui prête à confusion. "Sinus lift" fait trop référence à une opération du sinus, alors que l'intervention effectuée est en fait une augmentation du volume alvéolaire, juxta-sinusal -il est vrai.

Donc arrêtons de parler de "sinus lift" (terme impropre, car on ne "lève pas le sinus"), mais "d'augmentation osseuse alvéolaire sous-sinusale", ou "d'augmentation osseuse alvéolaire maxillaire supérieur".

Notre champ d'activité ne s'étend clairement pas au sinus. Mais personne ne contestera qu'il est de la compétence du dentiste de -par exemple- fermer une communication bucco-sinusale suite à une extraction. Comme personne ne peut contester la compétence du dentiste à intervenir sur l'os alvéolaire, fut-ce à proximité de la membrane sinusale.

## LE RECOURS AUX SOINS DENTAIRES POUR LES ENFANTS EST IMPORTANT EN CFWB

Par rapport à la moyenne pour le pays, le recours aux soins dentaires par les enfants est de 35% supérieurs dans l'arrondissement de Virton, 33% supérieurs à Bastogne, de 32% à Liège, de 28% à Huy, 20% à Verviers et de 16% à Bruxelles.

Une exception remarquable et notable pour 5 des 7 arrondissements de la province de Hainaut où la consommation est inférieure à la moyenne fédérale : moins 17% à Ath, moins 15% à Mons, moins 14 à Thuin, moins 11% à Soignies et de moins 5% à Mouscron.

Tournai et Namur sont tout juste au niveau de la moyenne fédérale.

Il faut toutefois toujours être prudent avec l'interprétation des chiffres. Ce recours aux soins plus important peut trouver des explications diverses comme un besoin en soins plus ou moins important (épidémiologie), des problèmes liés à la composante socio-économique des populations (frein financier et/ou culturel, moins bonne santé dentaire), de l'offre de soins différente (démographie médicale), d'éventuelle surconsommations médicales du fait des prestataires (surtraitements, surfacturations...) dans des zones à forte démographie.

Prudence, donc. Mais les chiffres n'en demeurent pas moins incontestables et objectifs.

Le but de cette analyse n'est pas de mettre en exergue des différences communautaires et/ou provinciales, mais de faire comprendre qu'il existe des situations diverses et variées, et que les patients et leurs dentistes ne se trouvent pas tous dans un même contexte. Se pencher sur ces données est essentiel dans la connaissance des réalités de terrain, pour définir nos priorités, aux fins de parfaire la construction d'une politique de santé dentaire raisonnée.

DEPENSES SOINS DENTAIRES											
données annuelles	Comptabilisé					évolution					
	2003	2004	2005	2006	2007	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006		
dépenses x 1000 €	467.017	514.881	514.101	540.401	575.349	10,25	-0,15	5,12	6,47		
nombre d'actes	18.937.421	19.375.049	19.192.111	19.740.394	20.316.018	2,31	-0,94	2,86	2,92		
données semestrielles	1S2003	1S2004	1S2005	1S2006	1S2007	1S2008	1S04/1S03	1S05/1S04	1S06/1S05	1S07/1S06	1S08/1S07
dépenses x 1000 €	232.865	262.415	263.605	279.743	291.193	330.463	12,69	0,45	6,12	4,09	13,49
nombre d'actes	9.607.443	9.903.028	9.841.312	10.239.470	10.193.573	11.668.340	3,08	-0,62	4,05	-0,45	14,47

M.D.

Source des chiffres : INAMI - 1er semestre 2007 - Calcul : Société de Médecine Dentaire asbl



# Recevez l'info professionnelle en temps réel

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

**Edition spéciale réservée aux membres 2008 - 2009**

**ATTESTATION de PROTHESES DENTAIRES : du neuf dès ce premier janvier**

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, une modification significative interviendra dans l'attestation des prothèses : il ne faudra plus attendre l'étape du contrôle pour pouvoir attester. L'attestation pourra donc avoir lieu dès le jour du placement.  
Trois autres modifications découleront de cette première, à savoir :

- Il a fallu modifier et redistribuer la notion d'étapes et de séances distinctes.
- Le formulaire "annexe 56" change.
- Une nouvelle disposition précise que les étapes de contrôles et retouches ne peuvent donner lieu à une attestation de soins, dans les 30 jours qui suivent le placement de la prothèse.

[Lien la suite ici >>>](#)

**NOUVELLE PLAQUETTE NOMENCLATURE 2009**

Nous vous annonçons dans le Dent@I-Infos #66, les honoraires sont indexés de façon linéaire de 4,32% à partir du 1er janvier 2009.

Nous réservons en premier à nos membres la nouvelle plaquette des interventions INAMI au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

[Vous pouvez la consulter ici au format PDF](#)

**ADHESION à l'ACCORD 2009-2010**

Nos "Dent@I-Infos" # 66 et 67 vous ont annoncé la signature d'un accord dento-mutualiste 2009-2010. Avant d'être officialisé, celui-ci doit encore passer quelques étapes et notamment être publié au Moniteur. Dès que ce sera fait (c'est annoncé vers le 8 janvier) l'INAMI enverra à tous les dentistes les documents nécessaires. Ceux-ci auront alors un mois pour envoyer en retour à l'INAMI leur document se prononçant par rapport à l'Accord. Guettez votre boîte aux lettres la seconde semaine de janvier !!

**MAINTIEN de l'AGREMENT : rien de nouveau !**

A ce jour, il n'y a pas d'évolution en ce qui concerne le maintien de l'agrément. Des textes doivent être publiés au Moniteur. Ils suivent le long et difficile cheminement législatif (Conseil d'Etat, etc.)

Il n'y a pas lieu de vous manifester pour l'instant.  
Nous vous recommandons d'attendre nos informations que nous ne manquerons pas de vous faire parvenir dès qu'officielles.

Nos 3 conseils restent valables

**Dent@I-Infos # 69**  
www.dentiste.be

**Lettre d'information de la Société de Médecine Dentaire asbl**

**L'ACCORD DENTO-MUTUALISTE IN EXTENSO**

L'INAMI a rendu public l'Accord Dento-Mutualiste 2009-2010 conclu le 3 décembre 2008. L'INAMI invite qu'après les procédures d'approbation, il sera publié au Moniteur belge le 7 janvier 2009 et sera envoyé à la même date aux praticiens de l'art dentaire, qui auront jusqu'au 6 février 2009 pour appliquer la procédure d'adhésion.

Le 17 février 2009, la Commission nationale dento-mutualiste constatera dans quels aménagements cet accord entre en vigueur.

- La circulaire que vous recevrez le 7 janvier : [en PDF >>>](#)
- Le texte du nouvel accord : [en PDF >>>](#)
- Synthèse des mesures principales de l'Accord : [en PDF >>>](#)

**Notre conseil : ATTENDEZ** toutefois d'avoir reçu les documents par la poste pour vous manifester.

**RENOI de la FEUILLE INDIVIDUELLE D'ACCREDITATION 2008**

Certains d'entre vous profiteront de la trêve des confiseurs pour préparer et renvoyer leur feuille d'accréditation 2008 à l'INAMI. C'est une bonne idée, car chaque année, des Conscieurs et Confiseurs laissent passer la date limite et perdent de ce fait leur honoraire d'accréditation. Un conseil toutefois : ne renvoyez PAS dans la même enveloppe le document pour l'accréditation ET celui pour l'Accord. D'ailleurs les destinataires à mettre sur les enveloppes sont différents pour ces 2 documents.

Dans les 2 cas, l'envoi DOIT se faire par recommandé.

Donc 2 recommandés distincts ....

**Annecœur straumann**

**L'information express pour les confiseurs**

La Société de Médecine Dentaire met en œuvre de gros efforts pour informer rapidement les conscieurs et confiseurs, mais nous n'avons pas les adresses e-mail des tous les dentistes. Dans l'intérêt des confiseurs et de leurs patients, nous serions très heureux si vous pouviez transférer ce message auprès des confiseurs qui figurent dans votre carnet d'adresses.

Merci de votre collaboration active.

Cher Conscieur

**Votre avis / Vos questions / Vos réactions.**

N'hésitez pas à poser vos questions, à donner votre avis ou vos réactions à la Société de Médecine Dentaire asbl.  
Merci beaucoup de votre avis, nous nous efforçons de répondre à vos questions.

Abonnement gratuit en ligne sur [www.dentiste.be/dental\\_infos.htm](http://www.dentiste.be/dental_infos.htm) ou en renvoyant ce formulaire à la SMD, 191 avenue De Fré à 1180 Bruxelles ou par fax au 02 375 86 12

Adresse e-mail .....@.....

Nom .....

Prénom .....

Non de Société\* .....

Adresse .....

Code Postal .....

Localité .....

Téléphone ..... GSM ..... N°INAMI .....

(\*) si d'application ..... Signature : .....

# ACCREDITATION 2008

ACTIVITES ACCREDITEES EN 2008			Organisateur N°2			
Cours / SC	Date	Titre	N° agr	UA	Dom.	Durée
Cours	17/01/2008	Ergonomie	16007	20	2	2:00
Cours	25/01/2008	Après-midi Professionnelle	16152	20	2	2:00
SC. Bruxelles	12/02/2008	L'hémostase en petite chirurgie buccale	16192	10	1	1:30
SC. Namur	19/02/2008	L'immobilier : une pension luxueuse et comment...	pas accrédité			1:30
SC. Mons	21/02/2008	Paro générale et préimplantaire	16427	10	6	1:30
Cours	1/03/2008	Médecine Dentaire Pédiatrique	16501	30	5	4:30
Cours	1/03/2008	Médecine Dentaire Pédiatrique	16429	10	1	1:30
SC. Charleroi	4/03/2008	Le généraliste face au défi implantaire dans sa pratique...	16311	10	6	1:30
SC. Hainaut O	6/03/2008	Problèmes de dos et analyse ergonomique au cabinet	16430	10	2	1:30
SC. Liège	6/03/2008	La situation actuelle et future de la profession...	16191	10	2	1:30
SC. Namur	11/03/2008	La médecine nutritionnelle au service des dentistes...	16477	10	1	1:30
Cours	13/03/2008	Ergonomie	16006	20	2	3:00
SC. Mons	13/03/2008	Ma philosophie en implantologie	16428	10	6	1:30
SC. Huy	17/04/2008	Problèmes de dos et analyse ergonomique au cabinet.	16585	10	2	1:30
SC. Mons	17/04/2008	Endo - Protaper	16584	10	4	1:30
SC. Bruxelles	22/04/2008	Problèmes de dos et analyse ergonomique au cabinet	16586	10	2	1:30
SC. Br. Wall.	23/04/2008	Le stress dans tous ses états	16721	10	1	1:30
SC. Namur	22/04/2008	Les allergies et hypersensibilités aux produits et métaux...	16288	10	1	1:30
SC. Liège	24/04/2008	Le point sur les lampes à polymériser	16722	10	4	1:30
Cours	25/04/2008	Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress (théorie)	16478	40	6	6:00
Cours	26/04/2008	Maîtrisez vos actes chirurgicaux sans stress (pratique)	16479	20	6	3:00
SC. Verviers	8/05/2008	Accueil et fidélisation des patients, gestion des situations...	16869	10	2	1:30
Cours	15/05/2008	Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le retraitement...	16707	40	4	6:00
Cours	22/05/2008	Ergonomie	16708	20	2	4:00
SC. Hainaut Oc	22/05/2008	L'os alvéolaire : un rêve de chercheur en quête...	16587	10	6	1:30
Cours	24/05/2008	Kinésithérapie	16588	10	1	1:30
Cours	24/05/2008	Kinésithérapie	16647	10	2	1:30
Cours	24/05/2008	Kinésithérapie	16648	20	7	3:00
SC. Charleroi	3/06/2008	Nécrose des os maxillaires sous biphosphonates	16872	10	1	1:30
Cours	5/06/2008	Ergonomie	16706	20	2	4:00
SC. Hainaut Oc	5/06/2008	Nécrose des os maxillaires sous biphosphonates	16873	10	1	1:30
SC. Hainaut Oc	11/09/2008	Allergies et hypersensibilités aux produits et métaux...	16589	10	1	1:30
SC. Charleroi	16/09/2008	Les empreintes en prothèses fixes	17094	10	7	1:30
Cours	18/09/2008	Ergonomie	16674	20	2	4:00
SC. Huy	18/09/2008	Acide et usure dentaire par érosion	16987	10	4	1:30
SC. Bruxelles	23/09/2008	Traumatisme des dents immatures	17141	10	5	1:30
SC. Mons	25/09/2008	Droits du patient	17180	10	2	1:30
Cours	27/09/2008	L'intégration de la parodontologie dans la pratique quotidienne	17085	10	6	1:30
Cours	27/09/2008	L'intégration de la parodontologie dans la pratique quotidienne	17086	20	6	3:00
Cours	27/09/2008	L'intégration de la parodontologie dans la pratique quotidienne	17087	10	6	1:30
SC. Br. Wall.	30/09/2008	Gestion des traitements implantaires au niveau du maxillaire...	17159	10	6	1:30
SC. Liège	2/10/2008	Le suivi endodontique des dents traumatisées	16988	10	4	1:30
Cours	18/10/2008	"Les Nouveautés" Chirurgie implantaire	17181	10	6	3:00
Cours	18/10/2008	"Les Nouveautés" Le "Cone Beam" en pratique dentaire	17179	10	3	3:00
SC. Hainaut Oc	23/10/2008	Mise en charge immédiate	17431	10	6	1:30
SC. Verviers	23/10/2008	Définir et prévenir le burnout	17345	10	2	1:30
Cours	30/10/2008	Ergonomie	17088	20	2	4:00
Cours	7/11/2008	Identification des priorités et objectifs personnels et profes.	17144	20	2	3:00
Cours	15/11/2008	Interactions Médecine Générale Médecine dentaire	17151	40	1	6:00
SC. Namur	18/11/2008	Une approche implantaire originale	16989	10	6	1:30
Cours	20/11/2008	Ergonomie	17089	20	2	4:00
SC. Hainaut Oc	20/11/2008	Peut-on se fier au retraitement endodontique ?	17542	10	4	1:30
SC. Huy	20/11/2008	Allergies et hypersensibilités aux produits et métaux...	16590	10	1	1:30
SC. Liège	27/11/2008	Ce qu'il serait préférable qu'un dentiste sache sur l'ostéopathie...	16990	10	1	1:30
Cours	5/12/2008	Les mécanismes de la pensée, garantir un retour...	17145	20	2	3:00
Cours	5/12/2008	Les mécanismes de la pensée, garantir un retour...	17146	20	2	3:00
SC. Bruxelles	9/12/2008	Une assistante ? Mais pour quoi faire ? A quel coût ?	15526	10	2	1:30
SC Br. Wall.	10/12/2008	Peut-on se fier au retraitement endodontique ?	17649	10	4	1:30
Cours	18/12/2008	Ergonomie	17090	20	2	4:00

# PRIX BIENNAL ALBERT JOACHIM

En 1952 fut créée la Fondation Albert JOACHIM pour favoriser et promouvoir la recherche scientifique en odonto-stomatologie.

Le Prof. C. HEYMANS, prix Nobel belge, et Albert G. VERMEERSCH en furent Présidents d'honneur.

Actuellement, c'est le Prof. Em. JOSEPH CHARPENTIER qui assure cette tâche. Le prix a été octroyé 17 fois.

Le Conseil d'administration de la Fondation a décidé d'octroyer en 2009 un

## **Prix Scientifique d'encouragement de 7.000€**

à un jeune chercheur actif dans le domaine de l'odonto-stomatologie en Belgique.

Le candidat n'aura pas atteint l'âge de 35 ans au 1 janvier 2009 et sera sélectionné sur base de la présentation d'un projet de recherche nouveau ou en cours. Le projet sera décrit dans un document de maximum 5 pages comprenant une introduction générale, le but recherché, les matériels et méthodes. Le curriculum vitae sera joint à ce document.

Le jury est composé des membres du Conseil d'administration de la Fondation Albert JOACHIM

Prof. Em. J. CHARPENTIER, président

Mr. G. VERMEERSCH, administrateur délégué

Prof. P. ADRIAENS

Prof. Em. J. De BOEVER

Prof. Ph. DAELEMANS

Prof. R. JACOBS

Prof. Em. J. VREVEN

**Date limite pour rentrer le dossier de candidature :  
30 janvier 2009**

Des directives concernant la présentation du projet de recherche et la rédaction du curriculum vitae sont à la disposition des candidats à l'adresse ci-dessous.

**Toute correspondance concernant ce prix doit être adressée au  
secrétariat de la fondation :**

Mr. G. Vermeersch,  
Rue du Bouly, 7  
5333 ASSESSE  
gaetverm@yahoo.fr

**Du 27 11 08 au 31 01 2009**

# Exposition

**JACQUES VILLEGLÉ**

**à la librairie St-Hubert à Bruxelles**



Une grande rétrospective est consacrée à Jacques Villeglé au Centre Pompidou à Paris et parallèlement, la librairie St-Hubert présente 5 grandes affiches lacérées de l'artiste placées dans ses vitrines, et d'autres œuvres à l'étage dont quelques autoportraits.

Jacques Villeglé (1926) a collecté et arraché de nombreuses affiches dans les rues, gros effort physique, pour les replacer et les réencollés sur des toiles et redonner ensuite l'ambiance ressentie par le promeneur dans les rues ; affiches de théâtre, concert, politique ou cinéma. L'occasion ici de flâner dans la galerie St-Hubert ou petite rue des Bouchers. L'artiste plasticien fut d'abord collecteur d'objets sur les plages puis ravisseur d'affiches lacérées. Il faut se rappeler que bien avant, les affiches étaient collées les unes sur les autres et parfois de manière bien désordonnée et reflétaient la culture populaire.

Jacques Villeglé fut membre des nouveaux réalistes et fut très proche de Raymond Hains (1926 -2005) lui-même nouveau réaliste qui abandonna le mouvement pour s'adonner à la recherche autour des calembours et autres jeux de langage.

La librairie St-Hubert ravira également les amateurs d'art par son intérieur (déco, boiseries) et la diversité des livres d'art de qualité qu'elle propose.



**jusqu'au 22 02 2009**  
**Exposition**  
**Wiels Un-Scene**



Stephane Balleux

Le Wiels expose vingt artistes belges de la même génération venant de Bruxelles, Flandre, Wallonie et même de Berlin. Entrant dans l'ancienne brasserie, le visiteur découvre trois énormes cuves, gravit l'escalier pour atteindre un énorme ascenseur qui le mène au troisième étage. A ce niveau, on découvre entre autres trois grandes toiles et une sculpture de Stephane Balleux (1974). L'artiste vit et travaille à Berlin. Il réalise des peintures, pastels, sculptures et images de synthèse qui lui permettent une expérience visuelle et aussi conceptuelle. Stephane Balleux est également présent à Tour et Taxi dans le cadre du Ariane de Rothschild Art Prize pour lequel il a été nommé (jusqu'au 11 01 2009). Parmi les autres plasticiens, Heidi Voet, Frédéric Plateus à la conquête d'un espace de jeu pour réinventer des identités (canards), Xavier Mary, artiste liégeois de 26 ans qui crée des structures sophistiquées souvent en bois ou en métal, François Curlet né en 1967 et son film French Farce, Aline Bouvy et John Gillis couple installé à Bruxelles et leur vidéo "Venusia" inspirée par le travail de Serge Lutens photographe célèbre pour son travail chez Shiseido, cette vidéo de 7 min inaugure le nouvel auditoire du Wiels petite salle au sous-sol.

Un parcours sur quatre étages et un sous-sol qui conviendra également aux enfants par les couleurs, miroirs, installations, vidéos, tous les ingrédients pour les initier à notre Bel...ge art contemporain. De nombreuses conférences, des films, des performances et des visites guidées par les artistes seront organisées. Voir [www.wiel.org](http://www.wiel.org)

**Prolongation de l'expo au BPS22 de Charleroi ;  
 Jean-luc Moermann vu le succès jusqu'au 01 02 2009**



**jusqu'au 15 02 2009**  
**Exposition**  
**COBRA**  
**aux Musées des Beaux-Arts**  
**de Bruxelles**

Crée à Paris en 1948, Cobra réunit des artistes de Copenhague, Bruxelles et Amsterdam. Mouvement artistique d'après-guerre, il permet toute liberté : liberté d'écrire, liberté de publier, liberté de retrouver le trait primitif et la spontanéité. Parmi les collaborateurs, Christian Dotremont poète (j'écris donc je crée), Asger Jorn, Pierre Alechinsky, Corneille, Constant, Joseph Noiret et Appel. On retiendra parmi les œuvres les peintures mots de Dotremont et Jorn aux traits forts et mots puissants qui troublent le spectateur. Je vous invite à mieux découvrir Christian Dotremont, un merveilleux poète et créateur de logogramme-écriture d'un seul trait souvent noir sur fond blanc. Françoise Lalande a écrit une très belle biographie sur l'artiste.



# 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** - Square des Héros 2-4 - 1180 Uccle

**Responsables :** Véronique FRANCK - 02 375 02 63 • Fabienne SIRALT - 02 534 45 58

Accueil à 19h30, conférence à 20h00 précises suivie d'un repas réservé aux membres (10€) à verser au 068-2327544-56 en mentionnant St Apolline Bxl.

**10 février 2009 :** Soirée Ste Apolline : Prothèse amovible sur implants - *Fabrice BOLLAND - Michaël GABAI*

## 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.

**Bientôt d'autres dates et sujets**

## 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.

**Bientôt d'autres dates et sujets**

## Hainaut Occidental

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

**Responsables :** Olivier DUMORTIER - Tél. : 056 34 65 85 • Nathalie SENGER - Tél. : 056 33 73 55  
**e-mail :** studyclubhainautoccidental@skynet.be

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

**19 mars 2009 :** Prothèse totale mandibulaire stabilisée par deux implants symphysaires :  
un jeu d'enfant - *Raphaël PRAPOTNICH*

**23 avril 2009 :** Sujet de parodontologie - *Jérôme LASSERRE*

## Huy

**Lieu : Tennis Club de Huy** - Plaine de la Sarte 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

**22 janvier 2009 : Ostéochémonécrose maxillaire et biphosphonates** - *Pr Pierre MAHY*

## 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.

**Bientôt d'autres dates et sujets**

## 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

**10 février 2009 : Soirée de Ste Apolline avec walking dinner.**

Comment bien orienter vos placements face à l'actualité financière \* - *Louis CHARLIER*

*\*activité hors accréditation*

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

**28 avril 2009 : Le sourire et ses plans de traitement** - *Olivier DOMKEN*

## 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.

**Bientôt d'autres dates et sujets**

## 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.

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

**26 mars 2009 : Composite en couche stratifiée dans les obturations des dents antérieures**  
*Alain PERCEVAL*

# Retites Annonces

## Dentiste - cherche emploi

4008 - Dentiste 94 fort en endo cherche travail région Wavre Namur GSM: 0477475571 shahriarsotodeh@yahoo.fr

3967 - Dentiste généraliste, diplômée en 2008 cherche emploi pour le samedi, région BXL. Contact: cardorelle84@hotmail.com

3916 - Professeur d'Histologie Dentaire et orthodontiste à Londres UK depuis 15 ans, cherche un poste en tant qu'orthodontiste à Bruxelles. Je parle italien (langue maternelle) français, Anglais, Portugais et bonnes connaissances d'espagnol. Vous pouvez me contacter au 00447901820101 ou 00393487706143 ou par email alone1@partners.org

3928 - Cherche emploi dans la région de Bxl du mercredi au samedi 0479313376 jamal1127@hotmail.com

3953 - Diplômée UCL 2007(FR, NL, EN), cherche emploi pr les mercredis, région BXL ou BW. Contact: celineideridder@hotmail.com

3949 - Dentiste parlant l'allemand, anglais, persan, cherche emploi quelques jours par semaine dans la région de Bxl ou Anvers. 0488/67.23.35 drdavoudi1@yahoo.com

## Dentiste - cherche collaborateur

3965 - Cabinet de groupe région du Centre engage dentiste généraliste pour le vendredi et le samedi excellentes conditions. Tél : 0475 770 201

3958 - Cabinet bien équipé, patientèle en attente cherche dentiste motivé. anissa128@hotmail.com

3954 - Cherche Dentiste Généraliste pour centre dentaire bien équipé assistant à disposition. Contact 0474/763566. kirspi@belgacom.net

3968 - Cabinet de groupe dans le brabant wallon cherche pédodontiste ou dentiste aimant soigner les enfants pour reprendre consultation existante. Tél 0475/71.45.06. lguisset@hotmail.com

3943 - Cherche collaborateur(trice) motivé(e), à long terme pour cabinet, proximité LLN. tel après 19h 0473477006. luceflament@hotmail.com

3966 - Je suis à la recherche d'un(e) D.G. conventionné également prêt à faire du tiers-payant assistant à disposition jour à convenir contact 0474/763566 kirspi@belgacom.net

3942 - Cabinet pluridisciplinaire à Woluwé St Lambert cherche un(e) parodontologue. C.V. souhaité e-mail watdent@skynet.be. Tel 02/770.06.73

3924 - Urgent, cherchons un(e) ortho (cause retraite) pour reprendre patientèle dans cabinets de 4 dentistes à Jemeppe/ Sambre (Namur). 0475 916978 aurelie.rousseau@tele2.be

3925 - Cabinet dentaire situé à 1040 Bruxelles cherche un collaborateur ou une collaboratrice pour le mardi après-midi. Patientèle en attente. tel. : 0496/126921. mireillebarber@hotmail.com

3936 - Polyclinique dentaire cherche dentiste pour son cabinet d'Herstal. Deux jours/semaine. Conditions très intéressantes. Contact 04/344.88.51 patrice.arce@mut506.be

3933 - Province du Luxembourg, recherche de nouveaux collaborateurs. Formation clinique assurée. Mail to catherine.ol@skynet.be

3912 - Région Charleroi cabinet de groupe plusieurs jours/sem. Possibilité de reprise ultérieure 047/21 16 90 sprlquinet@hotmail.com

3911 - Cabinet dentaire très bien équipé, situé à Namur, cherche collaborateur ou collaboratrice pour les vendredis et samedis. Tél. après 20 hres: 0479/725620. pierre.dewart@skynet.be

3919 - Urgent, cabinet parfaitement équipé, forte patientèle à Liège, cherche orthodontiste, pour compléter son équipe. Te l: 0475/67.39.69 ramine.jalali@gmail.com

3969 - Cherche dentiste à temps plein ou partiel pour cabinet situé à Anvers tel: 0475545538 ou 03/6631699. ostovan\_b@hotmail.com

3977 - Au Cinquantenaire, nouvel unit 2008, grosse patientèle. Cabinet double à partager/reprendre. 02 733 36 65 - 0495 633 306 zeimesserge@hotmail.com

4005 - Cabinet d'endodontie, cherche un(e) assistant(e) dentaire pour tous les samedis de 8h à 16h et que pdt période des fêtes de Noël à temps plein Vous vous reconnaissez ? Envoyez nous votre cv via notre adresse mail. uccle\_127@randstad.be

4010 - Suisse - 1630 Bulle - Cabinet Dentaire Moderne Suisse francophone cherche un(e) Collègue pour compléter son équipe. Nous sommes une jeune équipe avec 3 Dentistes, 1 Chirurgienne Orale, 1 Orthodontiste, 2 Hygiénistes. Nous offrons : Cadre de travail agréable et détendu, Bonnes conditions de travail, Salaire en conséquence, Possibilité de formation. Cabinet bien situé, clientèle privée agréable, Région avec beaucoup de possibilité de loisirs, Nous cherchons un(e) collègue avec esprit d'équipe, Capacité d'un travail indépendant et précis, Volonté de formation Jeune diplômé(e) (assistant) très bienvenu(e). Tu es ouvert(e) et prêt(e) pour un nouveau challenge et les points ci-dessus t'intéressent. samuelrichoz@bluewin.ch avec ton CV et une proposition pour un premier entretien téléphonique.

3985 - Cabinet dentaire martelage cherche dentiste pour collaboration long terme 1 à 2 jours/semaine tel: 0496/34.30.64. urea\_vero@hotmail.com

3964 - Cabinet dentaire à Tubize cherche un dentiste sérieux et motivé pour collaboration longue durée. patientèle assurée. Tél : 0497482761 ou philippegor@hotmail.com

## Dentiste Cherche assistante dentaire

3931 - Bruxelles Etterbeek nous recherchons une assistante dentaire pour un deuxième poste. assistante@rh-dentaire.com

4009 - Cherche assistante dentaire pour cabinet 2 fauteuils à ixelles. Envoyer cv par email ou tel 0486/056496. hadentalclinic@skynet.be

3945 - Cabinet dentaire multidisciplinaire situé près de la CEE cherche d'urgence assistante dentaire parlant couramment Français/Anglais. Contrat temps partiel du lundi au vendredi de 13h30 à 18h30. Merci d'envoyer votre CV sur brusselsdentist@gmail.com

## Assistante-secrétaire cherche emploi

4006 - Murielle, Assistante Clinique & Dentaire, Recherche Appoint Fin de Journée. Ne Vous Laissez Pas Dédorder, N'Hésitez Pas: 0476/99.09.39. Gailly-Murielle@hotmail.com

3992 - Licenciée en psycho. Cherche poste de

secrétaire - motivée, dynamique- temps partiel souhaité- contact: 0475/48.40.13 kariama@yahoo.com

3952 - Belgique - Bruxelles - Je suis à la recherche d'un emploi dans le secteur dentaire. Je parle couramment le français, le néerlandais, l'allemand et l'anglais. Idéalement un mi-temps. nathalie.damster@11mail.be

3915 - Je cherche un emploi, comme secrétaire médical, soit dans les privés ou hôpitaux. tel 0484688374. sonysaadane@hotmail.com

3984 - I am a qualified Dental Nurse with 12 years experience, I have worked on reception and nursing. I moved to Bruxelles June this year from the UK. I am honest, hardworking with excellent dental skills, wide range of knowledge with materials and tools. jodes\_birch@yahoo.co.uk

## Cabinet à vendre - à remettre

4002 - Cab. Médical non équip. salle attente, wc, chauff élect., jardin pouvant convenir à dentiste. Situé centre de 7711 Dottignies. Tél 497327272 luc.bilteys@skynet.be

3920 - A vendre : immeuble quartier résidentiel : PC prof (SA, vest. 2 cab, lab, bur, secr, unit FLEX integr + Eurodent, acces, informat., RX digit., Pano) Bel etage-2 étages habit (6ch, 2sldb), gd liv. cuis eq, q'garage, jardin. Dte Guy.B.Giltay, 4300 Waremmes. Tél : 019/32.21.32

3918 - Bruxelles (uccle) : A VENDRE pour 120.000 euros : Moitié des parts d'un cabinet en société (1 dentiste reste), au r-d-ch. d'un immeuble bien situé. Comprend e.a. : l'appart. (135m<sup>2</sup> + garage fermé), petit et gros matériel (2 fauteuils + 3<sup>ème</sup>), stocks, fichiers, .... Contacte: 0478/66 09 16

3921 - Avendre : Appartement aménagé cabinet dentaire Bd Machtens 1080 Bruxelles: 60m<sup>2</sup>, très bon état, installation récente et complète, dernières technologies. Cause : départ à l'étranger. Renseignements : 0033475271641 ou 0476/42 53 50 Visites sur R.V. : 02/425 08 03 ou 0473/87 70 05

3913 - A vendre, à louer plateau 250 m<sup>2</sup> avenue Louise aménagé en clinique dentaire 6 fauteuils salle d'op-stérilisation-vestiaire 0487/550282 medilouise@hotmail.com

3938 - Luxembourg - Ehange - Au sud de Luxbg, 78m<sup>2</sup>, 2 fauteuils avec appartement + parkings (cause départ à l'étranger) tel. : +35 2 263 73 81 e-mail: mconsult@mconsult.lu

3934 - Maison S.E. avec jardin Cab dentaire. Portes et fenêtres en PVC - Peu de charges. Ortho et anglais indis. Quartier recherché UE + écoles ts transp. Prix : 331.000 euro (Pas d'Immo)- Tél dim. matin : 0497 990 499

3944 - Brabant Wallon- Wavre cause retraite - prix très intéressant 0477 201561 après 18 h denise.mottet@skynet.be

3975 - INAMI: 38111003001 ixl-cab-a-rem-inst-

eurodent - pano - 2 demi-j-sem-ca 40M eur -  
loyer 1000/mois cause double emp.  
Prix:25000eur - tel:071521471  
laurentlessire@hotmail.com

3940 - Immeuble sur Charleroi, rez avec 2 fau-  
teuils, salle d'attente, pano et rx numérique,  
caméra intra-orale, lisa ...plan de traitement  
global (Brassard), cause déménagement; 4 kots  
étudiants en location aux étages. Photos sur de-  
mande. thierry.limineur@skynet.be

3970 - A vendre cabinet dentaire à kœkelberg,  
cause double emploi, a très bonne condition  
tel : 0475545538 ou 03/6631699  
ostovan\_b@hotmail.com

3988 - En Périgord cède cab.dent.SCM 2prat.  
rendemt très confortable(4jrs/sem)libre au 1/10/09  
collaboration possible.  
chantalle.fargeot@wanadoo.com

3935 - 6 caves (buand) RDC : s'att, cab dent, wc,  
biblioth, cuis,t oil, jardin (140m²), garage- 1°: cuis,  
arr cuis, sàm, salon, jardin hiver (FO), toil-2°: 2ch,  
2sdb-3°: 2ch, gren aménageable.600000€(à disc)  
0495/938215 - fa028810@skynet.be

## Cabinet à louer

3941 - 2 fauteuils , rx et pano numérique , caméra  
intra-orale , lisa , etc.75 m2 , réseau informatique  
4 pc , très moderne , loue cause déménagement  
thierry.limineur@skynet.be

3976 - Cabinet dentaire en activité et cabinet médical  
à louer cause changement de lieu d'activité.  
Situation à l'elles quartier Châtelain  
christine.hansen@skynet.be

4011 - Cab à louer 2 j sem. rx pano num. camera de  
préférence pour paro, pédo ou endodontiste.  
0475874248 - printz.v@skynet.be

4007 - Pour cause de cessation d'activité, cabinet  
dentaire, libre 1er janvier 2009, à louer à Huy centre,  
état impeccable,équipé, radio panoramique,gros et  
petit matériel,climatisé.Patientèle existante. Tél. en  
soirée et mercredi matin :0496 616 152

## Matériel à vendre

3986 - Turbine Bien Air Bora L (neuve, dans son embal-  
lage d'origine, valeur 950€). Contrangle rouge Kavo,  
contrangle bleu Kavo avec tête réductrice verte, pièce  
à main Kavo (ayant très peu servi) au prix de 1550€  
pour les 5 pièces (pièces individuelles: à négocier)  
macornel@hotmail.com

3993 - je vends 3 lampes à composite de la marque  
3M model 2500 et 3000 pour 200 € la pièce ou 500 €  
pour les trois. david@dentalclinics.be

3995 - A vendre panoramique type Cranex 3 de Sore-  
dex pour la somme de 1500€. Tel 026460618  
adriaenssens.philippe@skynet.be

3979 - Maroc - salé - Matériel dentaire composé de:  
fauteuil CASTELLINI, radio TROPHY,détartreur SAT-  
ELEC, amalgamateur DENTOMAT, autoclave GNA-  
TUS, lampe photo 3M, compresseur CASTELLINI,  
meuble de rangement , instrumentation en bon état,  
chir\_dentiste\_02@yahoo.fr

3978 - A.v. SIRONA C3(1999),modèle gaucher, com-  
plet (moteur aspiration,turbine,micromoteur,CA,PM).  
Parfait état de marche. jtixhon@yahoo.fr

4001 - Vente sur Ebay.be du 18 au 28 décembre 2008.  
Vous pouvez d'ores et déjà y taper "dentaire" pour  
trouver mon annonce descriptive. Visitez aussi mon lien  
pour télécharger la brochure. snyersa@yahoo.fr

3930 - Fauteuil dentaire Eurodent neuf jamais servi +

équipement complet à vendre 0477/286517  
0475/693974. medilouise@hotmail.com

3908 - Je vend tout mon matériel au complet  
("SironaC8+"(2006, très peu servi), armoire, pano, petit  
mat. 0477/308240. eddy.vancalster@skynet.be

3932 - A vendre Unit Planmeca Prostyle en parfait état  
de marche (cause double emploi), entretien complet  
récent: 4000€ + Dévelp auto DURR XR-24 avec chbre  
noire état impecc. : 1000€ Tel:065/313560  
rizzo\_leonard@hotmail.com

3914 - Je cherche rvg d'occasion. dimerfa@yahoo.fr

3926 - RVG Kodac 6000 cam itra oral Kodac 1000  
pour 4200 euros neuf 0488722480  
fb647896@skynet.be

3923 - Marque FIAD, modèle Rotograph 230.Très bon  
fonctionnement,pour 1300 euros.Tél.:0496/70.00.86  
eric.volant@yahoo.fr

3946 - Unit KAVO, scialytique, aspiration, compresseur,  
Rx : 4000€ + petit matériel à vendre. 0485/517633  
après 19h. denmichel@skynet.be

3947 - Installation Peltron et Crane ADCI  
company+fauteuil Technodent Linda (1998)=2500 eu-  
ros Turbines Kavo supertorque lux +gentle force lux.  
petit matériel + daviers (2005) à 50% Capteur  
sensaray(mediadent)rx digitale. Idéal pour jeune  
diplôme ou 2eme fauteuil .Parfait état.cause fin de car-  
rière. richardv@swing.be

3974 - a vendre compresseur cattani avec dessiccateur  
d'air 2003 + moteur aspiration cattani 2003  
0495477142 magali.humier@gmail.com

## Cherche

4000 - Cherche propositions de vente de cabinets  
aux alentours de Bxl et du Brabant Wallon  
dentvivi2005@hotmail.com

3998 - Bonjour je cherche un contre angle occasion  
ou neuf à 1 prix intéressant car suis étudiante  
nurgul.yilmaz@ulb.ac.be

3994 - Cherche pour un remplacement en ortho-  
dontie et en dentisterie, soit distinctement, soit les  
deux. Pour la période du 09 décembre 2008 à fin  
février 2009. Le praticien sera aidé par l'assistan-  
te. Veuillez tel: 071/35 79 56 ou 0476/ 33 78 36  
glorieux.b@skynet.be

Pour consulter TOUTES  
les annonces, ou publier  
une annonce, rendez-vous

sur notre site :

[www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

rubrique

“Petites Annonces”

# Agenda

## 22 janvier 2009

Parodontologie

Lieu : SOP Paris

Mariott Paris Rive Gauche - La Temporisation

Info : SOP

Tél : 00 33 1 42 09 29 13

E-mail : [secretariat@sop.asso.fr](mailto:secretariat@sop.asso.fr) - [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

## 23 janvier 2009

Après-midi professionnelle

Lieux : Bruxelles - Centre Diamant

Info : SMD

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

E-mail : [info@dentiste.be](mailto:info@dentiste.be) - [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)



## 5 février 2009

Ergonomie

Lieux : Bruxelles - Maison des Dentistes

Info : SMD

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

E-mail : [info@dentiste.be](mailto:info@dentiste.be) - [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## 7 février 2009

Les Contentions - COSUL

Lieux : Bruxelles - EMDS

Info : P. Carsin

Tél : 0497 24 55 23 - Fax : 02 764 57 27

E-mail : [pcarsin@hotmail.com](mailto:pcarsin@hotmail.com)

## 5 mars 2009

Les Agénésies

Lieux : Charleroi - CEME

Info : SMD

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

E-mail : [info@dentiste.be](mailto:info@dentiste.be) - [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## 10 mars 2009

CCC-CCM, quelle place pour le métal ?

Lieux : SOP - Paris

Tél : 00 33 1 42 09 29 13

E-mail : [secretariat@sop.asso.fr](mailto:secretariat@sop.asso.fr)

## 28 mars 2009

2<sup>ème</sup> Rendez-vous des Cercles

Lieux : Liège - Amphis de l'Europe

Info : SMD

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

E-mail : [info@dentiste.be](mailto:info@dentiste.be) - [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## 25 avril 2009

Cours pratique de photo numérique buccale

Lieux : Grand-Bigard

Info : SMD

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

E-mail : [info@dentiste.be](mailto:info@dentiste.be) - [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)



SOCIETE  
DE  
MEDECINE  
DENTAIRE  
asbl

[le.point@dentiste.be](mailto:le.point@dentiste.be)  
[www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

### Maison des Dentistes

Avenue de Fré 191

B-1180 Bruxelles

Tél. : 02 375 81 75 (de 9h00 à 13h00)

Fax: 02 375 86 12

Banque: 068-2327544-56

### Présidents d'Honneur :

W. Andries

H. Aronis

J. Vandeneuycken

### Conseil d'Administration :

Bureau exécutif :

D. Eycken - Président

M. Devriese - Vice-Président

H. Grégoir - Past-Président

A. Wettendorff - Secrétaire-Générale

Th. van Nuijs - Trésorier

### Administrateurs :

A. Bremhorst - O. Custers - P. Delmelle

M. Lippert - M. Nacar

### LE POINT :

O. Custers - Rédacteur en chef

### Revue Belge de Médecine Dentaire :

Th. van Nuijs - Rédacteur en chef

(édition francophone)

### Commission Scientifique :

J. Delangre - Président

### Commission Professionnelle :

A. Bremhorst - M. Devriese

R. Vanhentenryck

### Fondation pour la Santé Dentaire :

M. Devriese - Th. van Nuijs

A. Wettendorff

### Directeur :

O. Custers

### Secrétariat :

D. Debouille, M. Masquelier, A. Riguelle

### Webmaster :

O. Custers

### Editeur Responsable :

D. Eycken

ISSN : 0779-7060

### Editeur :

Société de Médecine Dentaire

Avenue De Fré, 191 • 1180 Bruxelles

Tél. : + 32 (0)2 375 81 75

Fax : + 32 (0)2 375 86 12

[le.point@dentiste.be](mailto:le.point@dentiste.be)

[www.dentiste.be](http://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](mailto:olivier.custers@dentiste.be)

### Création & Mise en page :

BVG Communication

e-mail : [benoit@bvgcom.be](mailto:benoit@bvgcom.be)

# NobelActive™

Une nouvelle orientation en matière d'implants

Connexion prothétique double fonction

Capacité de condensation osseuse

Ajustement de l'orientation de l'implant pour un positionnement optimal



Platform Shifting™ intégrée

Stabilité primaire importante, même dans des situations cliniquement difficiles

REJOIGNEZ-NOUS A L'IDS

Date : du 24 au 28 mars 2009  
Place : Cologne, Allemagne  
Centre de congrès, Halles D-E  
Stand : Hall 4.1 #A90/A91 – 641  
Plus d'informations sur [www.ids-cologne.de](http://www.ids-cologne.de)

NobelActive™ répond aux objectifs cliniques qu'ils soient chirurgicaux ou prothétiques. La conception fileté NobelActive™ permet une condensation progressive de l'os à chaque tour effectué lors de l'insertion afin d'améliorer la stabilité initiale. L'apex tranchant et les lames d'incision permettent aux cliniciens d'ajuster l'orientation de l'implant pour assurer un placement optimal de la connexion

prothétique. Les praticiens-prothésistes bénéficient d'une connexion prothétique conique interne polyvalente et sécurisée avec un transfert "Platform Shifting™" grâce à laquelle ils peuvent obtenir d'excellents résultats esthétiques. Sur base des commentaires des clients et des demandes du marché, la gamme de produits NobelActive™ a été étendue : les professionnels dentaires profiter-

ont désormais d'une plus grande flexibilité dans la sélection des prothèses et des implants. Nobel Biocare est leader mondial en solutions dentaires innovantes basées sur les preuves scientifiques. Pour plus d'informations, contactez Nobel Biocare au numéro 02/467 41 70 ou consultez notre site web : [www.nobelbiocare.com/nobelactive](http://www.nobelbiocare.com/nobelactive)



## Vers une meilleure hygiène bucco-dentaire. Ensemble et pour longtemps.

Recommander les brosses à dents électriques Oral-B peut aider vos patients à améliorer leur hygiène bucco-dentaire à long terme. En effet, la conception unique de la tête de brossage, petite et ronde, ainsi que le mouvement oscillo-rotatif permettent de mieux nettoyer les zones difficilement accessibles par rapport à une brosse à dents manuelle ordinaire\*.

Grâce à vos instructions de brossage, ensemble nous pouvons faire la différence.

**Oral-B**

P&G Oral Health