



DENT



E

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

Mars - Avril 2014 n° 243

www.dentiste.be

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



ASSOCIATION DENTISTES BELGES
**SOCIÉTÉ DE
MÉDECINE
DENTAIRE**
ASBL

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

Présidents d'Honneur :

W. Andries - H. Aronis - J. Vandeneeycken

Conseil d'Administration :

Bureau exécutif :

M. Devriese - Président

D. Eycken - Past-Président

O. Custers - Directeur

B. Gonthier - Secrétaire-Général

P. Tichoux - Trésorier

Autres administrateurs :

A. Bremhorst - P. Delmelle - H. Grégoir

M. Lippert - A. Meto - M. Nacar

P. Rietjens - B. Scalesse - Th. van Nuijs

P. Vermeire - A. Wettendorff

LE POINT :

O. Custers - Rédacteur en chef

Commission Scientifique :

B. Scalesse - Président

A. Bolette - P. Carsin - O. Custers

J. Delangre - B. Delcommune - P. Delmelle

S. Ercus D. Eycken - C. Grenade

B. Lambert - J-P. Siquet - A. Wettendorff

Commission Professionnelle :

A. Bremhorst - O. Custers M. Devriese

P. Delmelle - D. Eycken - H. Grégoir

B. Henin - B. Lacroix - M. Lippert

P. Tichoux - P. Rietjens - R. Vanhentenryck

Th. van Nuijs - P. Vermeire - A. Vielle

A. Wettendorff

Fondation pour la Santé Dentaire :

P. Delabie - M. Devriese - F. Fiasse

L. Safiannikoff Th. van Nuijs

A. Wettendorff

Directeur :

O. Custers

Secrétariat :

B. Fontaine, D. Denis

Webmaster :

O. Custers

Editeur Responsable :

M. Devriese

ISSN : 0779-7060

Editeur :

Société de Médecine Dentaire

Avenue De Fré, 191 • 1180 Bruxelles

Tél. : + 32 (0)2 375 81 75

Fax : + 32 (0)2 375 86 12

RPM Bruxelles : 0429 414 842

Banque: BE20 0682 3275 4456

lepoint@dentiste.be

www.dentiste.be

Impression :

Imprimerie Van der Poorten s.a.

Diestsesteenweg 624

3010 Kessel-Lo

Publicités :

Olivier Custers

Tél.: 0475 376 838

Fax: 02 375 86 12

e-mail: olivier.custers@dentiste.be

Création & Mise en page :

BVG communication

www.bvgcom.com

e-mail : benoit@bvgcom.be

Photo de couverture : O Custers

POUR LA 1^{ERE} FOIS EN BELGIQUE



PB-PP | P109050
BELGIE(N)-BELGIQUE

**Christian
COACHMAN**

Un conférencier exceptionnel

Une avancée majeure dans le domaine de l'implantologie.

Roxidid® SLActive® – Moins invasif pour de nouveaux standards

Avec les implants Roxolid® SLActive®, ouvrez de nouvelles perspectives :

- Elimination de procédures de greffe osseuse invasives
- Augmentation de l'acceptation par les patients

Notre nouvelle génération d'implants associe un matériau d'une grande résistance à des propriétés exceptionnelles d'ostéointégration, pour une confiance accrue.

Aujourd'hui disponible :

- Tous les diamètres
- Gamme d'implants courts 4 mm
- Nouveau porte-implant Loxim™

Découvrez les autres avantages sur www.straumann.com/roxolid
+32 (0)2 790 10 00 – info.be@straumann.com – www.straumann.be



Les Assurances complémentaires : Opportunité ou Danger ?

2014 se caractérisera pour notre Profession par l'apparition de nouvelles couvertures d'assurance facultative proposées par le milieu mutualiste, afin de mieux couvrir les soins bucco-dentaires.

Il faut dire que DentaliaPlus, produit par les Mutualités Libres, a réussi à s'imposer en quelques années dans le monde dentaire. Chaque dentiste constate au quotidien que de plus en plus de patients en bénéficient. A la satisfaction de Tous, semble-t-il. Mais nous entendons quand même un bémol que nous développerons plus loin.

Autre acteur important : la DKV. Après avoir connu une crise manifeste liée à leur ancien contrat, la DKV a réformé profondément son produit d'assurance dentaire, en opérant dorénavant - avant la souscription du contrat - une sélection (sévère) du risque en ne couvrant que certaines dents chez certains patients. Cela a fait dire à d'aucuns que - dans les faits - *seules les dents ... saines peuvent encore être assurées par la DKV.*



On perçoit bien la différence de philosophie entre les compagnies d'assurances privées et les mutuelles. Celles-ci cherchent encore à préserver une solidarité entre les affiliés, et à concevoir un produits d'assurance qui laisse une place à une politique de santé publique, et non simplement à une couverture financière.

Toutefois, les assurances mutualistes limitent leur intervention à un plafond annuel plus bas que dans le privé (généralement 1000 EUR). Au final, ce type d'assurance proposé par les Mutuelles pourrait davantage s'apparenter à une forme d'épargne : une épargne dentaire, comme il existe des épargnes pré-nuptiales ou autres.

En tant que professionnel de la santé, nous pouvons nous réjouir si cet type d'initiative amène les citoyens à « mettre de l'argent » dans leur santé plutôt que dans des vacances ou autres biens de consommation !

Nous pourrions craindre que ces initiatives privées ne prennent le pas sur les investissements en AO (Assurance obligatoire - INAMI). En effet, certains pourraient se dire : *pourquoi encore investir dans l'AO si cela peut être confié au secteur privé ?*

La SMD estime que ces initiatives privées donneront un fameux bol d'air au secteur de l'AO, qui ne peut plus croître comme durant ces 15 dernières années. Mais la SMD défendra l'existence - et la croissance - de ce socle de base essentiel qu'est l'AO.

Bol d'air, donc. Il est le bienvenu.

Des bémols, il y en a. Le principal est la charge administrative qu'entraînent ces assurances privées, fonctionnant toutes selon des règles ... différentes et nécessitant l'usage de formulaires spécifiques.

C'est un nouvel axe de travail de notre association : à savoir œuvrer à minimiser la charge administrative pour le praticien. Nous venons de concrétiser déjà un succès en ce sens avec DentaliaPlus*.

Michel DEVRIESE
Président

* voir page 50

AIDEZ VOS PATIENTS À PRENDRE SOIN DE LEURS GENCIVES avec le nouveau dentifrice Colgate Total Pro•Soin Gencives

NOUVEAU



FORMULE CLINIQUEMENT PROUVÉE POUR AIDER À LUTTER
CONTRE LES PROBLÈMES DE GENCIVES

Un soin complet pour la bouche et les gencives grâce à un dentifrice double action.

- Aide à prévenir l'irritation et les saignements occasionnels de la gencive.
- Une action anti-bactérienne et une protection contre la plaque dentaire pendant 12h non stop grâce à sa technologie Triclosan/Copolymer unique.

RECOMMANDEZ LE DENTIFRICE COLGATE® TOTAL® PRO•SOIN GENCIVES,
SPÉCIALEMENT CONÇU POUR LE SOIN DES GENCIVES DE VOS PATIENTS.

Pour toutes demandes d'échantillons vous pouvez accéder à notre webshop:
www.gabadental.be à l'aide de votre login. Nous nous référons à notre lettre de fin août
pour plus de détails concernant votre login et les conditions.

Colgate®

VOTRE PARTENAIRE EN HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

www.colgatetotal.be/prosoingencives



3 Edito

M DEVRIESE

5 Cotisations 2014

6 Sommaire

8 Infos-Produits

11 Des conditions précaires pour des dentistes à Kinshasa

12 Succès de foule pour notre après-midi professionnelle

O CUSTERS

15 Sommaire articles scientifiques

17 Prise en charge des dents permanentes immatures et dentisterie minimale

F COURSON

20 La conception du sourire et la restauration hybride rose

Ch COACHMAN, E VAN DOOREN, M CALAMITA

30 Relation patients : quels sont les facteurs de réussite ?

E BINHAS

SOMMAIRE



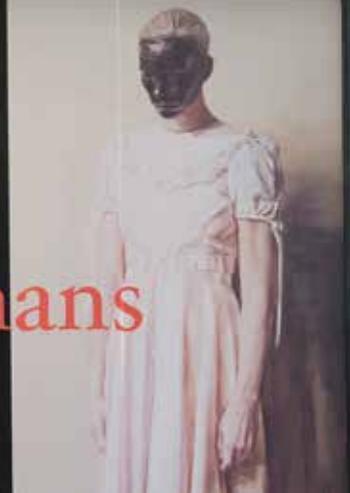
BO
ZAR
EX
PO

22.02 > 03.08.2014

Michaël
Borremans

As sweet as it gets

PALEIS VOOR
SCHEPSELKUNDE
MUSEUM
HAGUE
1000 PLEIN
1000 THE HAGUE
NETHERLANDS
CENTRAL
TEL. +31 (0)70 4731
WWW.MICHAELBORREMAN.COM



33 Sommaire formation continue

35 Pédodontie

22 mars 2014

37 Christian COACHMAN

26 avril 2014

39 Douleur & Anesthésie

20 septembre 2014

41 Prothèse digitale : une réalité

18 octobre 2014

43 Endodontie :

Simplifier les cas complexes

22 novembre 2014

40 Gestion des conflits

4 avril 2014

45 Peer-Review

29 mars 2014

46 Réanimation

7 avril 2014

47 Sommaire info professionnelle

49 Nouvelles assurances à la mutualité chrétienne

M DEVRIESE

50 DentaliaPlus : simplification administrative

M DEVRIESE

53 Biblio

55 Study-Clubs

58 Petites annonces

61 Agenda

63 Culture

P MATHIEU

Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

INFO PRODUITS



Nobel Biocare entre dans le domaine de la régénération, commençant par une nouvelle membrane résorbable en collagène: creos™ xeno.protect.

Nobel Biocare a lancé sa dernière innovation, creos xeno.protect, en avant-première sur les marchés européens. Cette nouvelle membrane de collagène fera partie d'un projet plus vaste d'une ligne de produits régénératifs sous la marque "creos". "Le lancement de creos xeno.protect souligne l'engagement à long terme de Nobel Biocare d'améliorer la qualité de vie par le biais de l'innovation. Il s'agit d'un produit qui allie l'ingéniosité de la nature au profit des patients, tout en facilitant le travail des cliniciens," comme l'a déclaré Richard Laube, CEO de Nobel Biocare. "En d'autres termes, creos xeno.protect est une solution régénératrice supérieure qui aidera les cliniciens à traiter mieux davantage de patients."

Simple et pratique

La membrane porcine résorbable creos xeno.protect, destinée aux procédures de régénération osseuses et tissulaires guidées, a été conçue pour offrir une utilisation quotidienne simple et pratique en milieu clinique. Des études cliniques et les premiers résultats des cliniciens après une période étendue de pré-lancement confirment que cette membrane possède d'excellentes qualités de maniabilité, qu'elle conserve sa taille une fois hydratée et qu'elle est extrêmement résistante aux déchirures¹. Cela implique une diminution des problèmes dus au pliage et dépliage, une mise en place plus facile sans déplacement de greffe et une diminution du risque d'abîmer la membrane – la rendant ainsi inutile. Elle est proposée en trois tailles pratiques (15x20mm, 25x30mm, et 30x40mm) afin de couvrir des augmentations osseuses plus importantes ou des défauts au périodonte plus limités. Le format optimal peut ainsi être obtenu sans découpage important, ce qui réduit les pertes et diminue le coût autant pour le clinicien que pour le patient.

Excellente biocompatibilité et vascularisation

La membrane creos xeno.protect assure une fonction de barrière étendue qui ne compromet aucunement les normes élevées du secteur en termes de biocompatibilité ou de comportement de vascularisation. Elle se résorbe lentement, assurant une protection stable de la greffe pendant la période de cicatrisation requise. Comme elle est produite sans aucune liaison croisée chimique, creos xeno.protect offre une excellente compatibilité tissulaire pour une guérison rapide et prévisible.

¹ Les études cliniques, les informations de produits et les réactions des premiers utilisateurs sont disponibles sur www.creos.com/xenoprotect



pour plus d'informations concernant creos™ xeno.protect: creos.com/xenoprotect ou contactez votre représentant Nobel Biocare.



Case Studies Collection n°6 Disponible dès à présent



La Case Studies Collection de Septodont est un recueil de cas cliniques publiée sur une base régulière qui est utilisé et apprécié dans le monde entier. Dans la 6^{ème} édition, nous donnons à nouveau la parole à quatre dentistes de différents pays.

- **Lenny Hess**, un utilisateur de Racegel aux Etats-Unis, explique comment il utilise notre gel thermogélifiant.
- **Holli Riter**, Professeur Assistant à Loma Linda aux Etats-Unis, suit un cas clinique d'essai avec N'Durance et nous donne des explications sur le suivi sur quatre ans.
- **Christina Boutsiouki** de Thessalonique en Grèce présente l'utilisation de Biodentine™ comme fond de cavité sous un inlay.
- **César Gutierrez**, un spécialiste en endodontie du Pérou, présente une chirurgie péri-apicale avec Biodentine™ comme obturation rétrograde.

La série complète est téléchargeable sur le site www.septodont.com. Si vous souhaitez recevoir la Case Studies Collection sur une base régulière, il suffit simplement de nous adresser un mail: info@septodont.be.



Téléchargez la Case Studies Collection dès à présent - Scannez le code-QR ou consultez www.septodont.be

Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

INFO PRODUITS

Assistina 3x3 : nettoyage interne, nettoyage externe

Assistina 3x3 nettoie et lubrifie automatiquement jusqu'à trois instruments : pour une préparation parfaite de vos pièces à main, contre-angles et turbines pour la stérilisation.

Les tests d'efficacité du nettoyage ont été validés selon les normes 15883-1 et 15883-5.

Avec le nouvel Assistina, W&H lance sur le marché un appareil de nettoyage et d'entretien de l'instrumentation dentaire entièrement automatique et fixe de nouveaux standards en matière d'hygiène et d'entretien. La courte durée du cycle - environ six minutes - réduit le temps consacré à la préparation des instruments.

Désormais, vous pouvez vous concentrer sur le plus important : vos patients.



KaVo Nederland B.V. élargit son canal de distribution en Belgique et au Luxembourg

A row of five modern dental treatment units in a bright, clean clinic. Each unit is labeled with a model number: E80, E70, E50, 1058, and E30. The units are white with various colored accents (blue, red, yellow, purple).

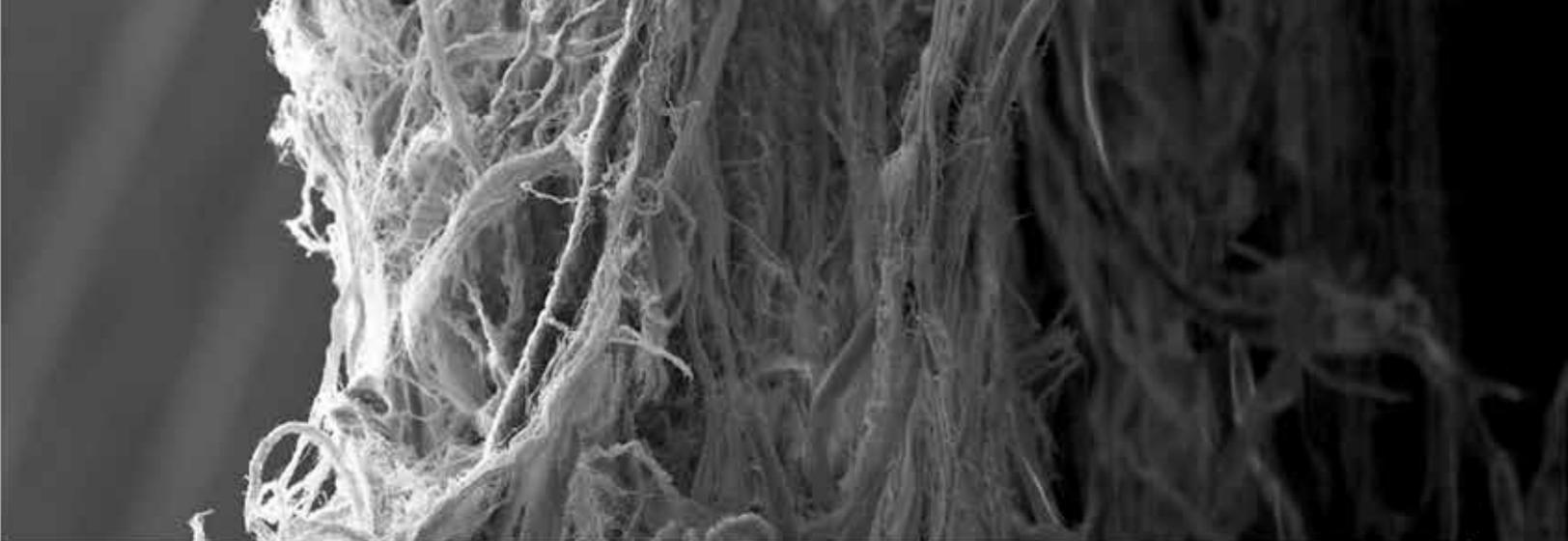
En tant que société de dentisterie phare, KaVo propose depuis plus d'un siècle une gamme de produits haut de gamme et des services au profit du marché de la dentisterie.

Pour ses unités de traitement, ses unités de radiographie et les accessoires, KaVo Nederland a regroupé ses forces et ses atouts au sein d'un réseau de distributeurs, afin de servir au mieux le marché de la dentisterie en Belgique et au Luxembourg. Nos produits sont d'ores et déjà disponibles auprès des distributeurs suivants :

- Dental Promotion & Innovation
- Henry Schein Belgique
- Technique Dentaire Luxembourgeoise

KaVo

KaVo. Dental Excellence.



creos™
xeno.protect



Expérimentez la différence.

La membrane creos xeno.protect présente des propriétés de manipulation hors du commun et une fonction de barrière étendue.



Economisez votre temps précieux et diminuez le risque d'échec de pose de la membrane grâce aux propriétés de manipulation hors du commun et à la haute résistance à la déchirure de cette membrane de collagène biodégradable. Demandez une démonstration pratique de l'utilisation de la membrane à votre délégué Nobel Biocare. L'essayer, c'est l'adopter. Nous sommes convaincus que vous verrez tout de suite la différence.

- Fonction de barrière étendue
- Très facile à manipuler
- Cicatrisation des tissus rapide et prévisible
- Fixation et suture faciles

 Vidéo de démonstration

creos.com/xenoprotect-demo



Plus d'information sur: creos.com/xenoprotect

Des conditions précaires pour les dentistes à Kinshasa...



Chacun sait que la République Démocratique du Congo connaît bien des difficultés. La mission de « Dentistes du Monde » qui a eu lieu à Kinshasa en juillet dernier n'a pu hélas que confirmer cet état de choses !

Le matériel dont disposent les dentistes est très précaire. Un état des lieux a été opéré : les installations font défaut pour la dentisterie opératoire. Les patients sont installés la plupart du temps sur des fauteuils de jardin. Et les dentistes locaux ne peuvent pratiquer de soins conservateurs, les extractions et soins d'urgence étant les seuls domaines que le manque de moyens leur permet de pratiquer.

DDM a participé à l'envoi de plusieurs convois de matériel, mais cela reste une goutte d'eau dans l'océan des besoins. Dès l'arrivée, le premier travail a consisté à évaluer le matériel de différents centres de santé : Hôpital St Joseph à Limete, dispensaire de Kisenso, centres de santé St Christophe, Mokali, Boyambi, CBCO Bandal. Sur les dix installations visitées, seules deux étaient réellement fonctionnelles sur tous les plans.

Ce ne sont pourtant pas les dentistes de qualité qui manquent au Congo, mais ils ne sont pas salariés, et les patients n'ont pas, pour la plupart, de quoi payer (une extraction coûte 5 dollars, en moyenne, et un soin 10 dollars), alors qu'un salaire moyen mensuel (d'un policier, par exemple) ne dépasse pas 35 dollars.

En outre, trop de patients meurent encore de complications dues à des infections bucco-dentaires (flegmons, ostéites purulentes étendues...).

Il faudrait que les dentistes puissent soigner au lieu d'extraire. Mais pour ce faire, ils devraient être rémunérés par l'État et la participation du patient devrait être limitée à 1 dollar par soin. Le Ministre de la Santé, que nous avons rencontré et à qui nous avons exposé les différents problèmes, nous a certifié qu'il allait débloquer des fonds, à partir de 2014, après remise d'un dossier de BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres

Médicales) et de DDM. Il a promis d'investir pour améliorer la santé bucco-dentaire à Kinshasa et via les hôpitaux de référence du pays.

Depuis notre retour en Belgique, nous avons déjà pu équiper un cabinet dentaire au centre de santé St Kizito à Kingabwa, mais nous devons encore apporter beaucoup de matériel. A notre connaissance, il n'y a pas de dépôt dentaire à Kinshasa. Certains cabinets visités ne disposent que d'une ou deux fraises pour le contre-angle et la turbine. Il faut aussi entretenir et améliorer la formation des dentistes en dentisterie opératoire, car ils perdent les notions théoriques et leurs connaissances par manque de pratique (puisque, comme expliqué ci-dessus, les patients, trop pauvres, ne se présentent que pour des extractions).

Comment nous aider ?

- Nous souhaitons que des dentistes bénévoles viennent nous rejoindre pour dispenser des soins durant 2 semaines à Kinshasa. Nous avons 2 missions annuelles (juillet et décembre), mais si nous sommes plus nombreux, nous pourrions en organiser davantage.
- Si des confrères pouvaient nous aider par un don de matériel de seconde main (Units, appareil de Rx, compresseurs, daviers...), ce serait très précieux.
- Vous pouvez aussi participer à nos projets en faisant un don à « Dentistes du Monde », car nous devons nous procurer en grandes quantités des anesthésiques, des aiguilles, des instruments de soins et d'extractions ainsi que des produits dentaires.

www.dentistesdumonde.be

Tél. 0486 50 32 08

info@dentistesdumonde.be



N° de compte banque TRIODOS :

IBAN : BE82 5230 8027 6568

(communication : projet KINSHASA)

BIC : TRIOBEBB

Succès





Chaque année, la SMD se retrouve confrontée à l'engouement que suscite son après-midi professionnelle. Elle a beau réserver à chaque fois une salle de capacité supérieure, les limites sont toujours atteintes. Il faut dire que le nombre de nos membres croît chaque année de manière significative.

Cette fois, c'était le complexe Kinopolis Imagibraine de Braine l'Alleud qui nous accueillait. Choix judicieux de par sa situation géographique très facile d'accès, son grand parking, le confort et l'équipement high tech de sa salle de projection, un grand espace de réception où les participants ont pu s'informer auprès des exposants tout en sirotant un café agrémenté de petits cakes.

Nos orateurs, le Docteur Anne Taeter et le Docteur Jean-Christophe Goffard ont captivé l'audience dans un échange de questions-réponses animé par notre Président Michel Devriese.

Rendez-vous en janvier 2015 pour la prochaine édition !

OC



Nouveau dans votre arsenal thérapeutique

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

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

82,7 mg sodium / comprimé pelliculé.

Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **FORME**

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

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

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

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

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION: Les effets indésirables peuvent être réduits au minimum en prenant la plus petite dose efficace pendant le laps de temps le plus court possible nécessaire pour maîtriser les symptômes (voir rubrique 4.4).

Pour les adultes et enfants à partir de 12 ans, la dose de départ est de 400 mg, suivie au besoin de 400 mg toutes les 4 à 6 heures ; maximum 1200 mg par 24 heures. Le produit n'est pas destiné à être utilisé chez l'enfant de moins de 12 ans étant donné qu'un comprimé contient plus d'ibuprofène que la dose recommandée chez ce groupe de patients. Mode et durée d'administration : A usage oral.

Prendre le comprimé avec un verre d'eau (200 ml). Ce produit ne peut être administré pendant plus de 7 jours ou à des doses supérieures sans consulter un médecin. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, le patient doit être invité à consulter un médecin. Pour les patients à l'estomac sensible, il est recommandé de prendre Spidifen 400 mg comprimés en mangeant.

Chez les patients présentant des problèmes rénaux, hépatiques ou cardiaques, la posologie doit être réduite. **CONTRE-INDICATIONS :** • Hypersensibilité à la substance active "ibuprofène" ou à l'un des excipients de ce médicament. • Réactions d'hypersensibilité dans l'anamnèse (par ex., bronchospasmes, asthme, rhinite ou urticaire) en réaction à l'acide acétylsalicylique ou à d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens. • Antécédents d'hémorragie ou de perforations gastro-intestinales liées à un traitement précédent par AINS. • Ulcère peptique/hémorragie actifs, ou antécédents d'ulcère peptique/hémorragie récurrents (au moins deux épisodes distincts d'ulcération ou d'hémorragie avérés). • Autre hémorragie active telle que hémorragies cérébrovasculaires ou colite ulcéreuse. • Insuffisance hépatique et/

ou rénale grave. • Diathèse hémorragique. • Troisième trimestre de la grossesse (cf. rubrique 4.6 Grossesse et allaitement) • Insuffisance cardiaque grave. **EFFETS INDESIRABLES :** Les effets indésirables sont principalement liés aux effets pharmacologiques de l'ibuprofène sur la synthèse des prostaglandines. Les effets secondaires les plus

fréquemment rapportés sont la dyspepsie et la diarrhée.

Cedème, hypertension et insuffisance cardiaque ont été rapportés lors d'un traitement aux AINS. Les données issues de la recherche clinique et les données épidémiologiques laissent penser que l'utilisation d'ibuprofène, surtout à doses élevées (2400 mg par jour) et en utilisation prolongée, peut être associée à un risque légèrement accru de thrombose dans les artères (par exemple infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral) (voir rubrique 4.4). Fréquences :

très fréquent (≥ 1/10) ; fréquent (≥ 1/100, < 1/10) ; peu fréquent (≥ 1/1000, < 1/100) ; rare (≥ 1/10000, < 1/1000) ; très rare (≤ 1/10000), inconnu (ne peut pas être estimé à partir des données disponibles). **Affections gastro-intestinales :** dyspepsie, diarrhée (très fréquent) ; douleur abdominale, nausée (fréquent) ; ulcère peptique, hémorragia gastro-intestinale (peu fréquent) ; constipation (rare) ; anorexie (inconnu) -

Troubles généraux et anomalies au site d'administration : oedème (inconnu) - **Affections cardiaques :** insuffisance cardiaque (inconnu) - **Affections vasculaires :** hypertension (inconnu) - **Affections du système nerveux :** céphalée, vertiges (fréquent) ; troubles de l'audition (rare) - **Affections de la peau et du tissu sous-cutané :** problèmes cutanés, rash (fréquent) ; prurit, urticaire, purpura, angio-oedème (peu fréquent) ; dermatose bulleuse comme érythème polymorphe, dermatite exfoliatrice, syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique, vasculite allergique (très rare) - **Affections hématologiques et du système lymphatique :** thrombocytopénie, agranulocytose, anémie aplasique (rare) - **Affections du rein et des voies urinaires :** hématurie (rare) ; néphrite interstitielle, nécrose papillaire, insuffisance rénale (très rare) - **Affections hépatobiliaires :** troubles hépatiques (rare) ; **Affections du système immunitaire :** réaction allergique (peu fréquent) ; anaphylaxie (rare) - **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales :** asthme, asthme aggravé, bronchospasme, dyspnée (rare). **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** Zambon nv-sa - Av. E. Demunter 1 - B - 1090 Bruxelles. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** BE244456. **STATUT LEGAL DE DELIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** Date de la dernière mise à jour du RCP : 06/2010. Date de la dernière approbation du RCP : 06/2011.



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

➤ **Analgésie plus rapide :**

Le taux plasmatique maximal est atteint = 3 X plus vite vs ibuprofène seul.^{(1),(2)}

➤ **Analgésie plus efficace :**

Après 15 minutes 3 X PLUS de patients ont été SOULAGÉS de leur douleur avec SPIDIFEN vs ibuprofène seul.⁽⁴⁾

➤ **Analgésie plus sûre :**

Protection gastrique optimisée vs ibuprofène seul.⁽⁵⁾

**NE
DONNEZ
AUCUNE
CHANCE
A LA
DOULEUR**

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

(2) Notice scientifique Ibuprofen.

(3) Notice scientifique Ibuprofen EG.

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

(5) Novotná J. Farmacotheopica 2006.



ARTICLES SCIENTIFIQUES

17 **Prise en charge des dents permanentes
immatures et dentisterie minimale**

F COURSON

20 **La conception du sourire
et la restauration hybride rose**

Ch COACHMAN, E VAN DOOREN, M CALAMITA

30 **Relation patients :
quels sont les facteurs de réussite ?**

E BINHAS

Si vous visez la pointe, vous trouverez KaVo



L'unité de traitement est au cœur de tout cabinet dentaire. C'est le centre de vos activités professionnelles quotidiennes où vous traitez et conseillez vos patients.

Pour satisfaire aux exigences de vos activités quotidiennes, KaVo fabrique avec conviction depuis des dizaines d'années des unités de traitement, qui simplifient vos interventions et garantissent une sécurité optimale. Nos solutions pratiques combinent l'hygiène automatisée, la commande intuitive et toutes les innovations de pointe garantissant un travail ergonomique et hygiénique.

Nous développons et fabriquons nos produits en Allemagne, car le « Made in Germany » est une garantie et non une simple formule verbale. Nous garantissons une qualité haut de gamme et la fiabilité de nos matériels, de notre expertise et de nos services.

Pour vous fournir le plus efficacement possible ces unités de traitement, mais aussi nos unités de radiographie et nos accessoires, KaVo Nederland a regroupé ses forces dans un réseau de distributeurs partenaires. Nos produits sont d'ores et déjà disponibles auprès des distributeurs suivants :

- Dental Promotion & Innovation
- Henry Schein Belgique
- Technique Dentaire Luxembourgeoise

Pour de plus amples informations, consultez www.kavo.be ou contactez directement votre distributeur en matériels dentaires.



KaVo. Dental Excellence.

Prise en charge des dents permanentes immatures et dentisterie minimale

Frédéric COURSON

Université Paris Descartes - Hôpital Bretonneau

L'évolution des connaissances en matière de processus cariologique a permis d'ouvrir de nouveaux horizons thérapeutiques pour le praticien (1-3-6-11-14). Cela a été d'autant plus commode que l'industrie dentaire a facilité cette approche dans notre démarche. Cette révolution thérapeutique s'exprime tant dans la démarche diagnostique où de nouveaux outils de dépistages sont disponibles que dans la démarche préventive que curative.

Parallèlement à cette évolution, la littérature scientifique a commencé à valider certains procédés même s'il reste encore beaucoup de questions sur certains sujets. Il n'en reste pas moins que l'« evidence based » ou la dentisterie fondée sur la preuve (ou les faits !) aide beaucoup le chirurgien-dentiste dans son exercice quotidien.

Un des faits marquants de cette nouvelle approche thérapeutique est l'intervention minimale ou dentisterie minimale.

Cette dentisterie minimale est basée sur 3 aspects (7) (Fig. 1) :

1. Une meilleure connaissance de la maladie carieuse et de son pronostic, notamment par une détection plus précoce ;
2. La prise en charge des facteurs de risque et une prévention mieux adaptée à chaque patient ;
3. Une préservation des tissus plus importante pour les lésions cavitaires par une dentisterie à minima.

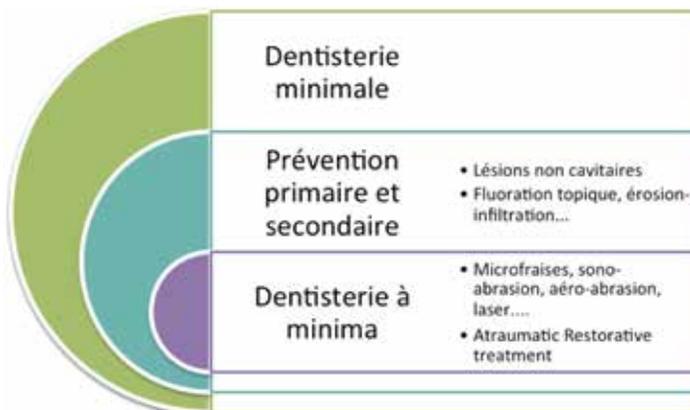


Figure 1 : La dentisterie minimale englobe les techniques non invasives et la dentisterie à minima.

Cette prise en charge thérapeutique peut se décliner en 3 étapes pour le praticien.

Prévention primaire

Elle va consister à corriger en particulier un éventuel déséquilibre entre les facteurs de risque pathologiques et protecteurs de la balance de la carie. Elle s'envisage donc avant l'apparition des premiers signes de la maladie et elle consiste à évaluer tous ces facteurs de risque à partir d'une « check list ».

Même si tous ces facteurs ne font pas forcément consensus au sein de la profession, on peut dire qu'elle se réfère sur les trois catégories principales recherchées lors de l'interrogatoire du patient (données socio-économiques, conduites alimentaires et d'hygiène orale) qu'il faut bien sûr compléter par un examen clinique rigoureux et des examens complémentaires. Le seul facteur de risque qui fait consensus est la présence de lésion active en bouche ; La classification ICDAS à 7 scores (« *International Caries détection and Assesment System* » - www.icdas.org) a permis de clarifier cliniquement un certain nombre de points lors de l'examen visuel.

La fluoruration topique par l'apport quotidien de dentifrice fluoré constitue le principal vecteur de cette prévention en favorisant la minéralisation des zones hypominéralisées des dents immatures au cours des 2-3 ans qui suivent leur éruption (16). En complément, une application biannuelle de vernis fluoré d'au moins 22600ppm est recommandée chez les patients à RCI élevé; des agents non fluorés (chlorhexidine, xylitol, phosphopeptide de caséine) peuvent être ajoutés dans le cadre de cette prise en charge globale (Fig.2).



Figure 2 : Application de phosphopeptide de caséine chez un patient porteur d'un traitement orthodontique par multi-attaches (MI paste plus - GC)

Prévention secondaire

Il nous faut dissocier les lésions non cavitaires (ICDAS 1,2 et 4) et les lésions cavitaires (3-5). Grâce à des moyens diagnostiques plus efficaces (fluorescence laser notamment) (8), nous pouvons aujourd'hui mettre en place des protocoles beaucoup moins invasifs.

L'application de vernis fluorés mais avec 4 à 6 séances hebdomadaires peut permettre de stopper ce processus carieux actif et de le reminéraliser sous réserve de la correction des facteurs de risque. On peut aujourd'hui sceller des lésions amélares (voire dentine externe) avec une résine de scellement sans ouvrir les sillons (Fig.3-4). Pour les faces lisses, le concept d'érosion-infiltration avec une résine de basse viscosité montre des résultats intéressants.



Figure 3 : Sillons anfractueux et légèrement infiltrés sur une première molaire permanente immature



Figure 4 : Scellement de sillons après nettoyage de la face occlusale

Pour les lésions cavitaires asymptomatiques, une dentisterie à minima doit être envisagée (5-11). En effet, basée sur la préservation des tissus sains, cette dentisterie est possible par l'apparition de procédés faciles à mettre en œuvre. Sur les faces occlusales, l'air-abrasion sera privilégiée ; elle consiste en la projection de poudre d'alumine sous irrigation d'eau et nécessite donc absolument la pose d'un champ opératoire étanche. (Fig.5-7) Pour les faces proximales, la tunnelisation n'est pas indiquée chez les enfants du fait de la proximité pulpaire mais la sono abrasion constitue une bonne approche thérapeutique en conservant un maximum de tissus et en particulier la crête marginale.



Figure 5 : Sillons anfractueux et présence d'une lésion amélaire au niveau occlusal



Figure 6 : Sous champ opératoire, l'air abrasion élimine sélectivement l'émail déminéralisé en préservant les tissus sains



Figure 7 : Vue finale avec obturation avec un composite fluide

Prévention tertiaire

Quels rapports entre lésions cavitaires profondes et dentisterie à minima ?

Autrefois, une lésion cavitaire profonde avec élimination totale de tous les tissus cariés entraînait très fréquemment une exposition pulpaire et très souvent un coiffage pulpaire voire une pulpotomie (2). Ces procédés thérapeutiques ont montré leurs limites avec des complications soit pulpaires (et donc un traitement endodontique à suivre) soit mécanique par une fracture de parois dentaires. L'approche thérapeutique se veut aujourd'hui plus conservatrice lorsqu'il n'y a pas de symptomatologie pulpaire irréversible (4). Deux techniques sont décrites suivant qu'elles soient en un temps (« partial caries removal ») ou deux temps opératoires (« step wise »). Dans les deux cas, cette technique consiste en l'élimination totale des tissus cariés au niveau périphérique et de la dentine dite « infectée » à proximité de la chambre pulpaire. La dentine « affectée » est préservée pour limiter l'effraction pulpaire et permettre l'apexogénèse sur dent permanente immature (15). Outre les matériaux classiques (ciment verre ionomère, hydroxyde de calcium) mis en place sous le matériau de restauration (composite, amalgame), de nouveaux matériaux prometteurs avec des propriétés biologiques dits de « substitution dentinaire » ont fait leur apparition (13). (Fig.8-10)



Figure 8 : Carie profonde (ICDAS 6) sur une première molaire permanente immature



Figure 9 : Elimination de la dentine infectée et conservation de la dentine dite affectée



Figure 10 : Obturation par la technique « step wise » en 2 temps avec un matériau dit de substitution dentinaire (Biodentine, Septodont) ; une obturation définitive sera réalisée dans un laps de temps de 3 à 6 mois en l'absence de signes cliniques et radiologiques

Conclusion

L'approche thérapeutique des dents permanentes immatures s'est grandement modifiée ces dernières années. De nouveaux concepts, avec une préservation maximale, des techniques d'ingénierie nouvelles et l'apparition de nouveaux matériaux remplaçant progressivement notre « bon vieux amalgame » ont rendu possible cette approche plus respectueuse de l'organe dentaire. Elle nécessite un plateau technique plus important et des compétences nouvelles pour le chirurgien-dentiste. Ce résultat ne peut que satisfaire intellectuellement le praticien toujours soucieux des conséquences de ces actes thérapeutiques tout en respectant un gradient thérapeutique dans ces interventions cliniques (Courson 2012).

Bibliographie

1. Baelum V, Hintze H, Wenzel A, Danielsen B, Nyvad B. Implications of caries diagnostic strategies for clinical management decisions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012 Jun; 40(3):257-266.
2. Bjorndal L, Reit C, Bruun G et al. Treatment of deep caries lesions in adults: randomized clinical trials comparing stepwise vs. direct complete excavation, and direct pulp capping vs. partial pulpotomy. *Eur J Oral Sci* 2010; 118: 209-7.
3. Courson F, Vital S, Muller-Bolla M. Gradient thérapeutique de la dent permanente en odontologie pédiatrique RFOP 2012 ; Vol7 (1) : 34-40.

4. Courson F, Vital S, Muller-Bolla M. Restaurations coronaires sur les dents permanentes immatures. Paris : Elsevier Masson ; SAS, EMC, Médecine Buccale 2013 ; 8(2) : 1-9.
5. Decup F, Tison B, Lasfargues JJ. Intervention restauratrice minimale : minicavités et mini obturations. Encycl Med Chir 2006 ; 23-144-A-10.
6. Evans RW, Dennison PJ. The caries management system: an evidence-based preventive strategy for dental practitioners. Application for children and adolescents. Aus Dent J 2009; 54: 381-9.
7. Frencken JE, Leal SC. The correct use of the ART approach. J Appl Oral Sci 2010; 18: 1-4.
8. Gomez J, Tellez M, Pretty IA, Ellwood RP, Ismail AI. Non-cavitated carious lesions detection methods: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol 2013; 41(1): 55-66.
9. Ismail AI, Tellez M, Pitts, NB, Ekstrand KR, Ricketts D, Longbottom C, et al. Caries management pathways preserve dental tissues and promote oral health. Community Dent Oral Epidemiol 2013; 41(1): e12-e40
10. Koubi G, Colon P, Franquin JC, Hartmann A, Richard G, Faure MO, Lambert G. Clinical evaluation of the performance and safety of a new dentine substitute, Biodentine, in the restoration of posterior teeth - a prospective study. Clin Oral Investig. 2012 Mar 14. [Epub ahead of print]

11. Muller-Bolla M, Courson F, Dridi SM, Viargues P. L'odontologie préventive au quotidien. Maladies carieuse et parodontales, malocclusions. Ed Quintessence International, collection Réussir 2013
12. Muller-Bolla M, Vital S, Joseph C, Lupi-Pegurier L, Blanc H, Courson F. Risque de carie individuel chez les enfants et les adolescents : évaluation et conduite à tenir. EM, Médecine buccale 28-720-V-30, 2011.
13. Paris S, Hopfenmuller W, Meyer-Lueckel H. Resin infiltration of caries lesions: an efficacy randomized trial. J Dent Res 2010; 89(8): 823-6.
14. Pitts N, Melo P, Martignon S, Ekstrand K, Ismail A. Caries risk assessment, diagnosis and synthesis in the context of a European Core Curriculum in Cariology. Eur J Dent Educ 2011; 15 (Suppl 1): 23-31
15. Simon S, Ifi-Naulin C. Conservation de la vitalité pulpaire et traitement de la dent immature. Réalités Cliniques 2012 ; 23(4) : 289-97.
16. Walsh T, Worthington HV, Glenney AM, Appelbe P, Marinho VCC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD007868. DOI: 10.1002/14651858.CD007868.pub2.



Le Dr COURSON sera un des conférenciers de notre journée de pédodontie du 22 mars.

NOUVEAU

Entretien parfait et stérilisation en 20 minutes seulement



Avec l'Assistina 3x3 et le cycle Lisa Fast les instruments sont nettoyés, lubrifiés et stérilisés parfaitement. Sans réduire leur longévité, et en 20 minutes seulement.



assistina 3x3

lisa

La conception du sourire et la restauration hybride rose.

La solution prothétique en cas d'insuffisance de crête.

Christian **COACHMAN**, CCD, CDT¹ - Eric **VAN DOOREN**, DDS² - Marcelo **A. CALAMITA**, DDS, MSc, PhD¹

(1) pratique privée, São Paulo, Brazil.

(2) Pratique privée, Antwerp, Belgium

Traduction : Bertrand **LAMBERT** - Judith **LESSIRE** - Marc **NACAR**

Coordination et relecture : Bertrand **LAMBERT** et Olivier **CUSTERS**

Le «nouveau monde» de la dentisterie esthétique a créé un cauchemar pour le clinicien. Le monde de la Publicité et des médias incite à penser que n'importe qui peut acheter le sourire «parfait». Bien que la plupart d'entre nous reconnaissent que ce n'est pas le cas, ce battage médiatique mondial a créé un certain nombre de conséquences négatives :

- Les patients se présentent à nos consultations avec des attentes irréalistes
- De nombreux confrères (-sœurs) s'égarer en pensant qu'ils devraient être en mesure d'atteindre ou de dépasser les attentes esthétiques des patients dans tous les cas. Beaucoup de ces cliniciens s'estiment incompetents si ils (elles) ne peuvent atteindre les résultats qu'ils voient dans les revues dentaires mensuelles, magazines et des ressources en ligne.
- Certains praticiens cosmétiques se concentrent davantage sur les désirs des patients que sur les besoins de ceux-ci. Ainsi, ils ne font pas usage d'une approche globale et compréhensive du traitement.

Ce cas clinique a été choisi parce qu'il n'illustre justement pas le traitement idéal. Ce n'est pas un plan de traitement que le dentiste cosmétique d'aujourd'hui voudrait nécessairement mettre en œuvre, ce n'est même peut-être pas un premier voire un second choix de plan de traitement. Cependant, il s'agit d'un plan très réaliste et pratique, compte tenu du niveau de la perte osseuse présente dans la zone esthétique. C'est une conception nouvelle et dont la mise en œuvre est relativement simple. Ce plan de traitement est minimalement invasif, simple dans son concept, et le résultat du traitement est esthétique.

Présentation du cas

Cliniciens traitants :

Prothésiste, parodontiste, et chirurgien : Eric **VAN DOOREN**, DDS.

Orthodontiste : Ralph **LEMMENS**, DDS.

Laboratoire dentaire et créateur du sourire : Christian **COACHMAN**, DDS, CDT

Cette femme âgée de 42 ans s'est présentée en consultation avec un problème esthétique lié à une restauration implantaire défectueuse. Le traitement précédent, nécessaire suite à un

traumatisme résultant d'un accident de voiture, a été effectué sept années auparavant. Une vaste greffe osseuse a été effectuée à ce moment-là, afin de rétablir le déficit de la crête antérieure. Deux implants ont été placés dans les zones des dents manquantes 21 et 22. Le principal grief de la patiente était un sourire inesthétique. Elle ne désirait plus subir d'intervention chirurgicale lourde mais a déclaré qu'elle pourrait envisager une option chirurgicale peu invasive. Elle a également insisté sur le fait que toute solution devait rester simple et limitée à un petit nombre de séances.



Maxillaire supérieure vue intraorale

Radiographie des implants



Sourire vu de face

Réflexions sur le plan de traitement :

- Cette patiente exprimait des craintes quant au traitement en raison d'expériences dentaires passées négatives et a exprimé son désir d'une approche non invasive et

non chirurgicale du traitement. Dans le cas où la chirurgie s'avèrerait inévitable afin d'obtenir un résultat esthétique optimal, celle-ci devrait être minimale et limitée à une seule intervention.

- La patiente a exprimé ses préoccupations au sujet de son sourire, en particulier en ce qui concerne la ligne médiane, l'inclinaison du plan incisif, et le manque de symétrie dans la longueur et la forme de ses dents antérieures.
- Cette patiente voulait se concentrer sur les implants défaillants et ne voulait pas traiter ses autres dents. D'autre part, elle a compris que, pour améliorer les proportions des dents et créer une harmonie et un équilibre plus esthétique, il peut être nécessaire d'inclure les dents adjacentes dans le traitement.

Résumé des préoccupations :

- Dans le cas où la patiente accepterait un traitement chirurgical d'augmentation tissulaire, existe-t-il des techniques chirurgicales prédictibles qui permettraient de restaurer entièrement la crête osseuse ainsi que les tissus mous environnants ? Est-il opportun de proposer une chirurgie, quelques soient les qualifications du chirurgien, et peut-être créer des attentes irréalistes ?
- Considérant que cette patiente hésite à procéder à un traitement chirurgical, qu'une décision est prise de remplacer les couronnes existantes et d'essayer de rétablir l'harmonie et l'équilibre du visage et du sourire, comment cela peut-il être accompli avec des procédures minimalement invasives ?
- Conscients de nos limites en termes d'augmentation de la crête osseuse dans sa dimension verticale, comment allons-nous être en mesure de compenser cela de manière prothétique afin d'égaliser ou de dépasser les attentes du patient ?

Plan de traitement proposé

Buts / objectifs de traitement :

- Réaliser une réhabilitation fixe sans prendre appui sur les dents intactes
- Assurer une esthétique optimale

Phase I : La collecte de données et la planification numérique

- Des photos numériques intra-orales et du visage sont capturées afin d'établir :
 - o Une bonne position du bord incisif
 - o La position de la ligne médiane appropriée ainsi que son angulation
 - o les proportions idéales des dents et des contours gingivaux

La documentation photographique est transférée à l'ordinateur pour la planification numérique. La première étape serait de relier la photo du visage souriant à la ligne de référence horizontale. La ligne de référence la plus couramment utilisée est la ligne

interpupillaire, cependant les lignes nasales ou commissurales peuvent également être utilisées. La ligne médiane est ensuite projetée sur la ligne horizontale, et la planification numérique est lancée. Le plan de traitement est évalué, modifié, et lié à la DSD (Digital Smile Design).

Phase II : Transfert du wax-up numérique au maître-modèle

- Le plan numérique est transféré au maître-modèle.
- Les formes des dents sont reproduites à partir des formes numériques.
- L'esthétique "blanche" est optimisée.
- L'esthétique "rose" est optimisée.
- Le déficit tissulaire en 3D autour des implants est reconstitué à l'aide de cire rose. Ce qui nous permet d'évaluer les composantes verticales et horizontales de la perte osseuse et gingivale.

Phase III : Fabrication de la maquette intra-orale et de la prothèse partielle provisoire

- Le projet numérique ou la conception du sourire intra-oral sont évalués.
- Les anciennes restaurations sont ôtées, et les emplacements et formes des dents sont évalués. La prothèse partielle provisoire antérieure est fabriquée.
- La DSD est évaluée et des modifications mineures sont faites au niveau des formes, si nécessaire, par application de composite fluide. La taille du défaut de la crête antérieure est visualisée et appréciée tant par le patient que par le dentiste.
- Les décisions sont prises quant à savoir si et dans quelle mesure le défaut antérieur peut être géré et comment cela va affecter la restauration définitive. Une grande partie de la prise de décision se fait à partir de l'évaluation soigneuse des contours des tissus mous en 3D, avec un accent particulier sur les hauteurs et les volumes des papilles.
- Une évaluation esthétique et fonctionnelle est effectuée pour établir la position du bord incisif, les contours des tissus mous, l'inclinaison de la ligne médiane modifiée, le soutien des lèvres, et la forme de la dent, ce qui devrait assurer l'équilibre global du visage et l'harmonie.
- L'approbation du patient est obtenue.
- Le plan de traitement est finalisé.

Phase IV : Mise en place du plan de traitement définitif

- Les dernières modifications sont apportées au plan de traitement, en tenant compte des préférences du patient. Les derniers ajustements sont également apportés afin de maximiser l'harmonie gingivale, ainsi que d'optimiser les contours des tissus mous (compensant le déficit au niveau de la crête osseuse), et d'optimiser le choix des matériaux prothétiques.
- La conception numérique et intra-orale définitive est transférée dans le plan de traitement définitif.

Phase V : traitement orthodontique

- Le traitement orthodontique est initialisé à l'arcade mandibulaire afin de réaligner les dents antérieures mandibulaires et d'ingresser les incisives. Cela réduira le chevauchement vertical existant.

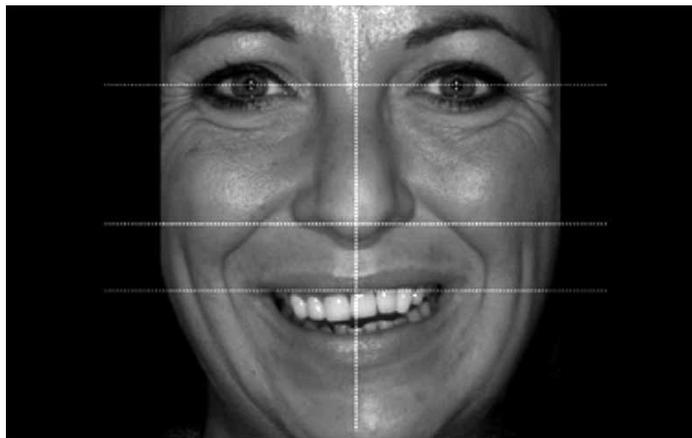
Phase VI : Le traitement chirurgical

- Le traitement chirurgical est effectué, comprenant un éventuel allongement de la couronne clinique afin d'obtenir la largeur biologique adéquate dans le segment antérieur maxillaire.
- La greffe de tissu conjonctif est effectuée à l'endroit indiqué pour augmenter la crête antérieure.
- Les soins postopératoires sont fournis, la guérison peut débuter.

Phase VII : restaurations définitives

- Préparation définitive de la dent à minima.
- Les empreintes finales sont prises, et le maître-modèle est coulé.
- Les restaurations définitives sont fabriquées.
- Toutes les restaurations sont essayées en bouche.
- Les restaurations définitives sont cimentées.

Traitement clinique



Détermination digitale de la ligne médiane et du plan de référence horizontal sur la photo de face



Vue rapprochée du sourire avec lignes de référence

Transposition des lignes de référence en bouche



Guide du sourire (bord incisal)

Revue des buts / objectifs de traitement

- Les buts et les objectifs du traitement pour cette patiente étaient de réaliser une prothèse fixe sans intervenir sur les dents intactes et de parvenir à une esthétique optimale. La patiente a limité les options thérapeutiques possibles en insistant pour que le traitement soit effectué avec le plus petit nombre de procédures minimalement invasives.
- la planification numérique du traitement pourrait être utilisée dans la conception de l'approche la plus pratique afin d'atteindre une réussite esthétique, compte tenu de l'ampleur du déficit de la crête alvéolaire antérieure.

Phase I : La collecte de données et la planification numérique

Un protocole a été établi pour pouvoir transférer les résultats cliniques et numériques dans un plan de traitement numérique. Des photographies et des vidéos ont été réalisées sur le patient. Des images intraorales et des images du visage souriant ont été prises. Ces données seront importantes pour établir la position appropriée du plan incisif, la position et l'angulation de la ligne médiane, la préparation des dents et les contours gingivaux.

Les données photographiques ont été transférées à un ordinateur de façon à ce que le planning numérique puisse être généré en rapportant l'image du visage complet souriant à la ligne de référence horizontale. Il est évident que la détermination du plan de traitement numérique avec seulement une photo intraorale serait extrêmement difficile puisque l'analyse correcte des paramètres manquerait de référence faciale horizontale.

La ligne interpupillaire devrait être la première référence employée pour établir le plan horizontal, mais elle ne devrait pas être la seule. Nous devons analyser le visage dans son ensemble et puis déterminer la meilleure référence horizontale qui aura comme conséquence les résultats les plus harmonieux.

D'autres lignes du visage, telles que la ligne nasale, la ligne des commissures, et l'angle mandibulaire, devraient être analysés. La détermination du plan horizontal de référence est une décision beaucoup plus subjective et plus artistique qu'un exercice objectif. Nous avons constaté qu'il est plus facile de

déterminer cette référence esthétique digitalement plutôt qu'en s'appuyant sur un arc facial ou n'importe quel autre dispositif. L'image statique du patient sur l'écran d'ordinateur et l'addition des différentes lignes est la manière la plus précise de déterminer ce plan horizontal.

Ces informations numériques doivent être transférées au maître modèle, lequel est réalisé en utilisant l'appareil de mesure digital et les calques. Une fois que la référence horizontale a été établie, la ligne médiane peut alors être projetée sur le trait horizontal.

Il est devenu tout à fait évident que dans ce cas particulier la ligne médiane était sensiblement oblique et la position et la longueur du bord incisif étaient incorrectes. La dent 13 est apparue disproportionnellement longue, et un excès de gencive était présent autour des dents de 15 à 12, de la 24 et de la 25.

Après l'introduction de la photographie intraorale et de la photographie du visage, en gardant la même angulation, nous avons généré le plan de traitement numérique. D'abord la longueur du bord incisif d'une des incisives centrales est déterminée digitalement en décrivant les proportions correctes et la forme idéale des dents.

Cette image a été alors reflétée, ce qui permet de réaliser un setup numérique. Une photo du visage prise avant l'accident a été très utile à ce stade. Nous avons donc réalisé une maquette virtuelle, nous permettant de rapporter les formes créées digitalement à la situation clinique existante et au visage. A ce moment, le plan de traitement clinique du patient a dû être ajusté et envoyé au DSD.

En évaluant la distance de la position idéale du plan incisif déterminé digitalement des dents 21 et 22 au niveau des tissus mous marginaux, il était évident que l'augmentation chirurgicale des crêtes ne serait pas suffisante pour améliorer de manière significative les résultats esthétiques.

Après l'évaluation du niveau des tissus mous de la 22 relatif au placement trop palatin de l'implant (suivi du glissement apical des tissus gingivaux) et au défaut de papille entre 21 et 22, il est apparu clairement que cette région n'était pas chirurgicalement reconstructible.

Les limitations des procédures d'augmentation verticale, particulièrement pour l'augmentation du niveau de la papille, devraient être identifiées le plus tôt possible pour déterminer la démarche de traitement la plus prudente afin d'accepter un compromis.



Contour des dents réalisé avec le programme Keynote



Règle digitale destinée à prendre les mesures initiales

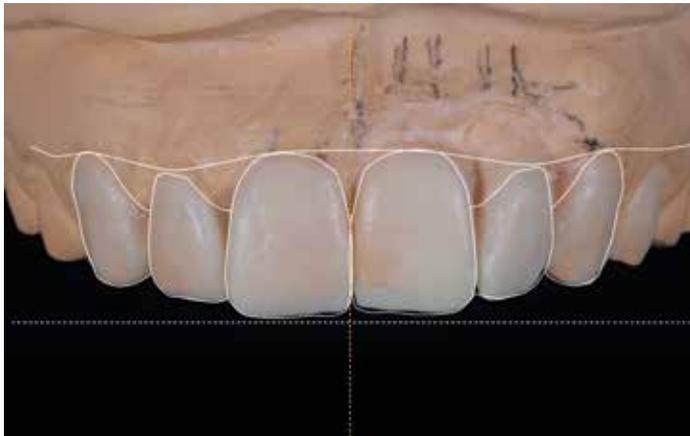
En dessinant les contours incisifs, en les rapportant au trait horizontal, et en corrigeant la ligne inter-incisive, il est devenu évident que le patient tirerait un bénéfice de la chirurgie parodontale et de l'allongement chirurgical des couronnes.

Phase II : Transfert du wax-up digital au maître modèle

A ce moment, nous avons besoin de transférer le plan numérique au maître modèle. Il est important de placer le modèle dans l'articulateur avec la même inclinaison qu'établie dans le planning numérique. Des mesures digitales sont faites sur l'ordinateur puis transférées au modèle au moyen d'un calque. Tout d'abord le plan horizontal et toutes les autres mesures sont transférées avec un crayon, à partir de la forme numérique, sur le modèle. L'information transférée au modèle servira de guide dans la réalisation des cires. En traçant un trait horizontal, en maintenant le modèle en main, et en la comparant visuellement à l'inclinaison numérique, on facilite la réalisation du Wax-up. La forme des dents a été copiée sur les formes numériques. A ce moment, le technicien se concentre sur la forme idéale des dents.

Une fois que l'esthétique blanche a été optimisée, l'esthétique rose idéale est établie en remplissant le défaut 3D autour des implants au moyen de la cire rose. Ceci nous permet encore d'évaluer le déficit vertical et horizontal. Avec la pré-évaluation soignée du wax-up idéal blanc et rose par l'équipe chirurgicale, il y aurait une meilleure compréhension de la topographie 3D du défaut de la crête et de son impact

sur le design du sourire. De cette cire, nous pouvons réaliser une clé en silicone qui nous permettra de fabriquer en bouche une copie précise du wax-up.



Informations et mesures transférées sur le modèle d'étude



Ajout de cire rose pour créer le contour gingival

Phase III : Fabrication du mock-up intraoral et de la phase provisoire

Pendant la phase suivante, nous évaluons le DSD dans la bouche du patient. Les anciennes restaurations ont été enlevées. Il est devenu évident que l'implant 22 était significativement labioversé. Une clé en silicone (copie de la forme finale de la dent en cire) guide la préparation des restaurations provisoires. A ce moment, un matériau acrylique (outline, Anaxdent) a été injecté dans le moule de silicone et appliqué dans la cavité buccale. La phase provisoire est posée et ajustée.

À ce stade, le plan numérique est évalué, et un composé fluide est employé pour visualiser le défaut des tissus mous et osseux. Comme anticipé précédemment, le défaut allait être incontrôlable chirurgicalement, et nous ne pourrions pas reconstituer la crête dans ses dimensions originales.

Pour mieux visualiser la taille du défaut, un matériau composite provisoire rose a été appliqué aux restaurations provisoires. Tandis que la forme optimale de la dent était le guide pour l'ajout de composite rose, un soin tout particulier a été pris pour établir les contours 3D parfaits des tissus, principalement la taille et le volume de la papille.

Cette étape nous a mené à la conclusion que le défaut affectait non seulement les zones verticales et horizontales de la crête mais également de la taille et du volume de la papille sur l'aspect mésial de la 11 et l'aspect distal de la 23. Actuellement, il était évident que la restauration esthétique et fonctionnelle la plus optimale serait une restauration prothétique gingivale artificielle.



Vue intraorale après dépose des anciennes couronnes



Vue intraorale de la prothèse partielle provisoire avec du composite rose



Sourire avec prothèse partielle provisoire

La taille de papille des dents naturelles du côté controlatéral a été utilisée comme une référence afin d'établir les contours gingivaux appropriés dans la zone du défaut. Souvent, il est plus facile d'établir tout d'abord le design de la papille de façon digitale en prenant une photographie de la restauration provisoire et de concevoir les contours doux des tissus sur l'écran d'ordinateur dans une présentation keynote d'Apple. Ceci facilite le transfert du concept de DSD à l'environnement buccal.

A ce stade, nous avons effectué une évaluation esthétique et fonctionnelle. L'objectif était que la position du bord libre des incisives, les contours des tissus mous, l'inclinaison de la ligne

médiane, le support de la lèvre, et la forme des dents créées se solde par un équilibre global et une harmonie faciale. Une fois que le projet esthétique est validé par le patient, le plan de traitement final est établi.

Une instruction d'hygiène est fournie au patient car cette étape est cruciale pour toutes les restaurations prothétiques gingivales, y compris les restaurations provisoires.

Phase IV : Établissement du plan de traitement définitif

Lorsque c'est le moment de traduire le concept numérique intraoral en plan de traitement final, nous observons ce que nous pouvons faire pour augmenter au maximum l'esthétique définitive et la fonction, tout en considérant que le patient ne voulait pas ou peu de chirurgie et que le manque de crête ne pouvait pas être comblé chirurgicalement, si nous voulions une quelconque symétrie au niveaux des tissus mous et au niveau de la hauteur des papilles.

Les idées suivantes ont été prises en compte :

- Nous allons améliorer l'harmonie des tissus mous et nous parviendrons à un meilleur équilibre des niveaux des tissus mous en effectuant un allongement chirurgical des couronnes cliniques des dents de 15 à 11 et des dents 24 et 25. La patiente était peu disposée mais prête à subir cette intervention.
- Nous allons fabriquer une restauration hybride rose pour compenser la perte extrême de crête osseuse. Il y avait deux options à considérer pour réaliser cela :
 - Utilisez les deux dents naturelles (11 et 23) comme piliers pour une restauration partielle fixe de quatre unités. Avec cette démarche, les implants seraient recouverts ou éventuellement enlevés.
 - Un ou les deux implants seraient incorporés à la restauration hybride.
- Utiliser les dents naturelles comme piliers pour une restauration fixe ne serait pas idéal parce que l'interface rose entre la gencive naturelle et artificielle n'est pas satisfaisante esthétiquement. D'ailleurs, il y aurait une réintervention limitée si il fallait remplacer cette partie dans le futur. Par conséquent, le concept hybride a été choisi.

La décision a également été prise de n'incorporer qu'un seul implant comme pilier pour soutenir la restauration hybride parce qu'il fournirait un accès plus facile pour la maintenance de l'hygiène. En outre, avec un bridge cantilever il serait plus facile de réaliser une esthétique optimale avec la gencive artificielle.

Nous avons décidé d'utiliser l'implant en position 21 et de recouvrir l'implant à l'emplacement de la 22. Une greffe de tissu conjonctif a été effectuée pour augmenter le versant vestibulaire du défaut de crête à l'endroit où l'implant a été recouvert.

Ceci a eu comme conséquence une adaptation plus facile et meilleure de la gencive artificielle.

Nous allons tenter d'optimiser les réalisations prothétiques. Des couronnes simples All-céram (e.max Press, Ivoclar Vivadent) vont être fabriquées sur les dents de 13 à 11 et sur les dents 23 et 24. Un bridge cantilever de deux unités, transvissé en palatin sera fabriqué sur l'implant 21. L'enjeu pour le technicien sera d'assortir les deux restaurations.

Phase V : Thérapie orthodontique

Une fois que le plan de traitement avait été finalisé, le traitement orthodontique a été commencé de manière à ingresser et aligner les dents antérieures mandibulaires. Ceci a pris approximativement 6 mois et ce, sans complications et sans interférer avec tout autre traitement réalisé simultanément à l'arcade maxillaire.

Phase VI : Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical a été réalisé à l'aide d'un guide chirurgical conçu et fabriqué à partir du modèle des restaurations provisoires ayant été approuvées.

L'allongement des couronnes cliniques par un dégagement ostéo-muqueux a été effectué sur les dents 25 à 22 et 13 à 15, veillant à ce qu'au moins 3 mm de gencive fonctionnelle et attachée soient maintenus. Un espace biologique adéquat a également été créé. Une greffe de tissu conjonctif a été placée comme un onlay sur la crête (couvrant l'implant) et enfouie au niveau buccal de la 12. La cicatrisation s'est bien déroulée et des sutures ont été enlevées après 1 semaine



Allongement coronaire suggéré par le Dental Design transféré sur le modèle pour réalisation du guide chirurgical



Guide chirurgical pour l'allongement coronaire

Vue occlusale du maxillaire antérieur avant la chirurgie





Vue frontale du maxillaire avant chirurgie et après dépose du moignon en zircone sur la 22



Marquage de la gencive à la sonde en suivant le guide d'allongement coronaire



Greffe de conjonctif au niveau de la 22 afin d'atténuer le défaut horizontal

Phase VII : Restaurations définitives

À 4 mois postopératoire, la préparation finale des dents a pu commencer. Une attention particulière a été donnée pour une approche peu invasive et pour réaliser des préparations et des empreintes biocompatibles. Une clé en silicone (basée sur la forme des dents de la maquette provisoire) a été utilisée pour guider nos préparations finales. Des empreintes ont été faites, et le modèle de travail a été réalisé.

Idéalement, pour la restauration hybride rose, la restauration implanto-portée devrait être accessible.

De part la position palato-versée de l'implant au niveau 11, un moignon individualisé a été nécessaire pour permettre une rétention adéquate de la vis palatine

Des couronnes unitaires tout-céramiques et un bridge de deux dents ont été fabriqués (IPS d.Sign, Ivoclar Vivadent) le bridge de 2 dents était déjà pourvu d'une couche palatine de porcelaine rose, ce qui a permis l'application en bouche et la finition au composite rose (Anaxgum, Anaxdent).



Vue maxillaire latérale après allongement coronaire



Vue intraorale du maxillaire juste avant la prise d'empreinte



Restauration définitive sur modèle



Placement de la vis palatine

Vue intraorale du maxillaire lors de l'essai





Application intraorale de la couche de composite rose



Prothèse définitive, avec résine rose avant finition, polissage et glaçage



Vue de face après placement

À ce stade, tous les composants prothétiques et couronnes ont été essayés et des modifications mineures ont été apportées. Une adaptation étroite avec une légère ischémie était visible autour de la porcelaine rose à l'essai.

Toutes les couronnes isolées en e.max ont été collées et ensuite, une application en bouche d'une couche de composite rose a été effectuée.

Avant ceci, au laboratoire, le protocole habituel de nettoyage à la vapeur, sablage, mordantage, silanisation, collage, et application de la première couche de composite fluide rose a été employé pour assurer la liaison effective et forte entre la porcelaine rose et la première couche du composite rose.

La couleur de la gencive du côté droit sert de référence pour déterminer la teinte la plus appropriée du composite rose.

Différentes nuances et teintes ont été utilisées pour améliorer le résultat esthétique. L'état de surface et le polissage du composite rose ont été optimisés, et après polymérisation finale et polissage au laboratoire, le bridge de deux éléments a été collé. L'occlusion et l'hygiène ont été vérifiées. Le patient a été revu tous les 6 mois en maintenance.

Les photos à 18 mois postopératoires montrent un résultat esthétique et fonctionnel très acceptable et satisfaisant. Un changement radical a été observé en comparant les photos avant et après. Il est clair qu'utiliser la technologie numérique pour le diagnostic et le plan de traitement permet d'aider à évaluer le déficit de la crête, de visualiser les solutions potentielles, et d'arriver à réaliser des résultats esthétiquement et fonctionnellement prévisibles.



Vue de face 18 mois après le placement



Dépose de la prothèse pour contrôle des tissus mous à 18 mois



Vue occlusale des tissus mous parfaitement sains à 18 mois

Radiographie de contrôle à 18 mois

Vue du sourire à 18 mois



Bénéfices de l'utilisation du concept DSD* :

(*) Digital Smile Design

Communication

La littérature dentaire a accentué l'importance du Smile Design, bien qu'elle a été vague quant à la manière dont l'information devait idéalement être recueillie et mise en place. L'importance de collecter les données diagnostiques par des formulaires et checklists est soulignée. Cependant, plusieurs de ces informations peuvent être perdues si leur vraie signification n'est pas transférée de manière appropriée pour la conception de la réhabilitation.

Traditionnellement, le Smile Design a été institué par le technicien dentaire, qui effectue le wax-up, qui crée les formes et les agencements en accord avec une information limitée, et suit des instructions et directives fournies par le clinicien par écrit ou par téléphone. Dans de nombreux cas, le technicien n'a pas assez d'informations pour employer ses qualifications à leur potentiel maximum, et l'opportunité de produire une restauration qui satisfera vraiment le patient est manquée.

Quand un coordinateur du traitement ou un autre membre de l'équipe ayant développé une relation personnelle forte avec le patient, prend la responsabilité du Smile Design, les résultats sont susceptibles d'être de loin supérieurs. Cet individu a la capacité de communiquer les préférences personnelles et/ou les caractéristiques morpho-psychologiques du patient au technicien de laboratoire, fournissant les informations qui peuvent élever la qualité de la restauration de acceptable à exceptionnelle pour le patient.

Avec ces données de valeur et le 2D DSD à disposition, le technicien dentaire pourra développer un wax-up- 3D plus efficacement, s'attachant aux caractéristiques anatomiques à l'aide des paramètres fournis, comme des plans de référence, les lignes médianes faciales et dentaires, la position recommandée pour le bord incisal, la dynamique de lèvres, la disposition de base des dents, et le plan incisif.

Pour transférer cette information à partir du wax-up- à la phase d'essai, un mok-up ou une restauration provisoire est réalisée. Le dessin des restaurations esthétiques définitives devrait être développé et testé dès que possible permettant ainsi de guider la séquence de traitement vers un résultat esthétique prédéterminé. Un plan de traitement efficace dépend de la capacité de l'équipe à mieux identifier les challenges qu'ils vont rencontrer et aide à accélérer l'initiation et l'achèvement du traitement.

Appréciation, feedback , et étude

Le DSD permet une réévaluation précise des résultats obtenus à chaque phase de traitement. Avec les dessins et les lignes de référence ainsi créés, il est possible d'effectuer des comparaisons simples entre les photos avant et après, déterminant ainsi si c'est conforme au planning initial ou si d'autres procédures supplémentaires sont nécessaires pour améliorer les résultats. Le technicien dentaire récupère le feedback concernant la forme, l'agacement, et la couleur de la dent, de sorte que des améliorations définitives puissent être faites. Cette double vérification constante d'informations assure qu'un produit de plus haute qualité sera livré par le laboratoire et fournit également un grand outil d'apprentissage pour l'équipe interdisciplinaire entière.

Éducation

Dans de nombreux cas, des patients ne sont pas satisfaits de leur apparence mais ne comprennent pas quels facteurs en sont responsables. Quand le clinicien peut illustrer clairement les éléments présents qui les éloignent des principes esthétiques idéaux, le patient est plus apte à comprendre les challenges des traitements à venir et des éventuels compromis qui peuvent s'en suivre. Dans une présentation éducative, le clinicien peut expliquer la sévérité du cas, présenter des stratégies de traitement, discuter du pronostic, et émettre des conseils de gestion du cas.

Conclusion

Il peut être difficile d'accepter le concept du compromis mais dans ce cas, faire défaut à l'idéal ne devrait pas nécessairement être pris comme défaite. Le succès du traitement est le plus important et est soumis à l'interprétation du patient.

La satisfaction du patient l'emporte toujours sur le point de vue du clinicien à propos du résultat idéal à chaque fois que les deux ne sont pas identiques

Le Smile Design devrait être le principe majeur d'un plan de traitement et l'équipe devrait utiliser ces outils pour améliorer la visualisation de toutes les problématiques esthétiques avant de définir le plan de traitement idéal.

Bibliographie :

1. Dawson PE. Functional Occlusion: From TMJ to Smile Design. St Louis: Mosby, 2007.
2. Spear FM. The maxillary central incisor edge: A key to esthetic and functional treatment planning. *Compend Contin Educ Dent* 1999;20:512-516.
3. Kois JC. Diagnostically driven interdisciplinary treatment planning. *Seattle Study Club J* 2002;6(4):28-34.
4. Terry DA, Snow SR, McLaren EA. Contemporary dental photography: Selection and application. *Compend Contin Educ Dent* 2008;29:432-440.
5. Coachman C, Van Dooren E, Gürel G, Calamita MA, Calgaro M, Souza Neto J. Minimally invasive reconstruction in implant therapy: The prosthetic restoration. *Quintessence Dent Technol* 2010;33:61-75.
6. Coachman C, Salama M, Garber D, Calamita M, Salama H, Cabral G. Prosthetic gingival reconstruction in a fixed partial restoration. Part 1: Introduction to artificial gingiva as an alternative therapy. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2009;29:471-477.
7. Coachman C, Salama M, Garber D, Calamita M, Salama H, Cabral G. Prosthetic gingival reconstruction in the fixed partial restoration. Part 2: Diagnosis and treatment planning. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2009;29:573-581.
8. Coachman C, Salama M, Garber D, Calamita M, Salama H, Cabral G. Prosthetic gingival reconstruction in the fixed partial restoration. Part 3. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2010;30:18-29.
9. Goldstein RE. *Esthetics in Dentistry: Principles, Communication, Treatment Methods*. Ontario: Decker, 1998.
10. Chiche GJ, Pinault A. *Esthetics of Anterior Fixed Prosthodontics*. Chicago: Quintessence, 1996.
11. Magne P, Belser U. *Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition: A Biomimetic Approach*. Chicago: Quintessence, 2002.
12. Fradeani M. *Esthetic Rehabilitation in Fixed Prosthodontics, Vol 1. Esthetic Analysis: A Systematic Approach to Prosthetic Treatment*. Chicago: Quintessence, 2004.
13. Gürel G. *The Science and Art of Porcelain Laminate Veneers*. Berlin: Quintessence, 2003.
14. Rufenacht CR. *Fundamentals of Esthetics*. Chicago: Quintessence, 1990.
15. Paolucci B. Visagismo e odontologia. In: Hallawell P. *Visagismo integrado: Identidade, estilo e beleza*. São Paulo: Senac, 2009:243-250.
16. Gürel G, Bichacho N. Permanent diagnostic provisional restorations for predictable results when redesigning smiles. *Pract Proced Aesthet Dent* 2006;18:281-286.
17. Coachman C, Calamita M. Digital Smile Design: A tool for treatment planning and communication in esthetic dentistry. *Quintessence Dent Technol* 2012.



RELATION PATIENTS : QUELS SONT LES FACTEURS DE REUSSITE ?

En tant que Dentiste, s'interroger sur son statut de soignant et de sa relation avec ses patients est une question essentielle. Il est intéressant d'analyser l'impact de la relation entre équipe et patient. Il est tout aussi crucial d'apprécier l'importance décisive de l'accueil, de la communication et de la prise en considération des besoins et attentes du patient.

Aujourd'hui, les praticiens et leurs équipes sont souvent à la pointe sur les plans techniques et technologiques. En revanche, même si l'approche relationnelle a été étudiée, elle est encore souvent perfectible. Il est vrai que ces dimensions psychologiques, affectives et morales de l'être humain, bien qu'essentielles au quotidien, occupent une place plus que modeste dans les enseignements de la faculté. Cette lacune majeure est de nature, malgré la meilleure volonté des équipes, à engendrer un déficit de communication avec les patients.

Chaque membre de votre équipe fait sans doute de son mieux. Mais, il (ou elle) le fait de façon intuitive selon ses aptitudes propres. Résultat : des erreurs de communication peuvent être commises en toute bonne foi par le praticien et / ou son personnel. Dans le cas particulier de la secrétaire, **le praticien n'a pas conscience de ce qui se passe dans son dos** alors qu'il est au fauteuil. Il peut en résulter une tension ou une incompréhension préjudiciable à la relation. Cela n'est pas sans conséquence sur le développement économique du cabinet. Il est important d'avoir une approche complète du problème pour y apporter les solutions les plus appropriées.

Des engagements réciproques

Au cœur de notre éthique professionnelle se trouvent le praticien, son équipe, le patient et... la relation entre eux : dès le seuil du cabinet franchi, un contrat existe entre le praticien et le patient. Du côté du praticien, nous trouvons tout d'abord les engagements dus au respect du secret professionnel ainsi que le devoir de soigner tous les patients «avec la même conscience », mais aussi la formation continue visant à offrir au patient les meilleurs soins possibles. Des compétences du praticien dépendent en effet la santé buccale du patient et le rétablissement de son intégrité physique. Cela suppose, dès lors, un haut niveau de formation.

On peut y ajouter le respect d'une hygiène et d'une stérilisation rigoureuses, devenues aujourd'hui un engagement incontournable. Enfin, le praticien se doit aussi de donner toutes les explications nécessaires afin que son patient puisse décider en toute liberté quel traitement réaliser. Il s'agit là de donner les explications les plus complètes sur la nature de ce dernier ainsi que sur les risques éventuels qu'il fait courir au patient. A l'inverse, il est important de signaler les risques encourus par le patient en cas d'absence de traitement. C'est à ces conditions, et à ces conditions uniquement, que ce dernier pourra donner son consentement éclairé. Enfin, toujours de la part du praticien, l'engagement qui nous semble le plus actuel est celui du « meilleur service possible ». Il représente, à l'évidence, l'une des attentes les plus fortement exprimées par le patient.

De son côté, le patient a lui aussi quelques « devoirs ». Il doit accepter les règles du jeu du cabinet. Celles-ci sont : le respect des consignes quant au suivi de son traitement, la ponctualité aux rendez-vous ainsi que le règlement des honoraires. Par ailleurs, il doit fournir une information complète sur son état de santé (notamment par l'intermédiaire de l'anamnèse). Concernant le règlement des honoraires, bien évidemment, celui-ci doit être réalisé en temps voulu. Cette condition semble essentielle non seulement à l'établissement d'une bonne relation thérapeutique mais aussi à la réalisation de soins de qualité. Enfin, un entretien soigneux de la cavité buccale et ainsi que des visites de contrôles régulières sont les deux dernières contraintes. Elles sont, bien entendu, nécessaires au maintien d'une santé buccale optimale.

Voilà donc les engagements réciproques sur lesquels repose une relation praticien-patient durable à partir de laquelle on pourra alors parler « d'alliance thérapeutique réussie » ou de véritable « coopération ».

Mais **les engagements de chacun vont bien au-delà** de ce seul contrat de soins.

Une réflexion plus globale est nécessaire sur l'organisation en place. C'est pourquoi, il est nécessaire de posséder de bonnes aptitudes communicationnelles mais EGALEMENT organisationnelles.

Montrer son professionnalisme

En première approche, il est intéressant de réaliser une analyse du contexte dans lequel le praticien évolue ainsi qu'une « introspection » sur soi-même, son travail et ses patients.

* Mieux connaître son contexte

Le cabinet dentaire est devenu une entreprise de santé. Il ne peut plus être géré de manière empirique ou intuitive. Il s'agit donc d'adopter un comportement de chef d'entreprise de santé. Aujourd'hui la maîtrise de nouveaux domaines est une condition sine qua non d'un développement durable dans le temps (y compris pour les cabinets florissants aujourd'hui). Il est critique d'acquérir de nouvelles compétences tout en anticipant l'évolution des traitements dentaires. La tendance est à la réalisation de traitements de plus en plus esthétiques et de plus en plus rapides. Il n'est pas nécessaire d'être devin pour savoir que la durée des traitements a tendance à diminuer. **Le temps fait désormais partie du produit.**

* Mieux se connaître

Mieux se connaître, c'est idéalement se mettre, pour utiliser un terme de spécialistes, en « méta-position ». C'est prendre du recul vis-à-vis de son activité et « de se voir faire ». C'est également, prendre conscience de ses barrières intérieures, personnelles ou culturelles (rapport à l'argent, influence du système de santé, poids des préjugés, etc.) qui pourraient entraver notre relation avec le patient.

Le praticien doit également savoir ce qu'il veut: Quels sont ses objectifs ? Quel est son rôle ? Il est vivement recommandé

de développer une philosophie où le cabinet est au service du patient, c'est-à-dire « le patient d'abord ». Il est enfin important de vérifier la cohérence du projet professionnel du praticien avec ses valeurs personnelles, ses désirs et sa vision.

* Mieux connaître son travail

Il s'agit de savoir ce que l'on vaut, de se positionner en définissant clairement sa pratique clinique et son offre thérapeutique. Parallèlement, compte tenu des évolutions techniques et technologiques, se former sans cesse, acquérir des compétences dans des domaines aussi différents et variés que la clinique, l'organisation, la gestion, le juridique, la communication, etc. sont devenus, pour le praticien gestionnaire, une véritable nécessité.

* Mieux connaître son patient

Nous ne soignons pas 1 ou 32 dents, mais une personne. Il s'agit donc d'établir une relation personnalisée avec le patient et de réaliser que chaque relation est unique. Comprendre vraiment le patient et recueillir ses désirs et ses attentes est devenu essentiel dans la relation. En effet, il faudra véritablement apprendre à lire entre les lignes et comprendre le besoin caché derrière la demande exprimée. Dans le même temps, ce patient est devenu un consommateur « éclairé » qui veut tout et tout de suite. Il ne veut plus surpayer un traitement et avant tout être guidé et conseillé.

Une des conséquences de cette première réflexion, présentée comme un préalable, est le degré de professionnalisme de l'équipe. Cela signifie s'efforcer d'être « pro », ne pas se contenter d'une qualité moyenne (et pas uniquement pour les aspects cliniques), informer objectivement les patients, tenir ses engagements, être sûr de soi sans être prétentieux. Le professionnalisme rassure, humainement et techniquement. Cette démarche augmentera véritablement la coopération du patient.

La théorie CONNECTÉ / DECONNECTÉ

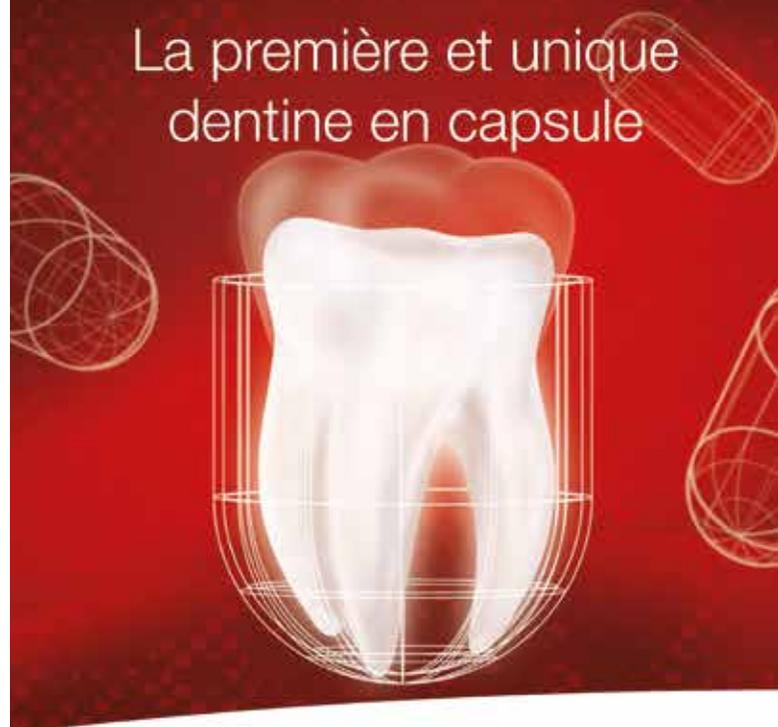
Ce que nous appelons la théorie CONNECTÉ/DECONNECTÉ explique la capacité ou l'incapacité de créer avec le patient un vécu relationnel fort. Le patient et le praticien ou l'assistante, se rencontrent, ou justement, n'arrivent pas à se rencontrer. Il s'agit d'une attitude le plus souvent inconsciente, liée à un réflexe de protection.

L'exemple d'un téléviseur en veille qui, bien que branché, ne fonctionne pas, illustre bien cette théorie. Il faut en effet avoir la télécommande puis appuyer sur le bon bouton pour mettre l'appareil en marche et avoir ainsi l'image et le son. Dans une relation Patient, l'attitude du collaborateur (qui équivaut à l'action d'une télécommande) lui permet de faire passer le Patient de la position DECONNECTÉ (il est souvent dans un état de repli) à celle de CONNECTÉ (il accepte de communiquer). Le constat est là : le nouveau patient est souvent mal à l'aise. Cela commence avant même d'entrer dans le cabinet. Sa réaction est quasi automatique : il passe en mode DECONNECTÉ. La peur ancestrale du dentiste explique aussi pourquoi le patient reste en DÉCONNEXION.

Je vous encourage donc vivement à être, vous et votre équipe, à l'écoute des retours des patients. L'idée est de s'inscrire dans un processus d'amélioration continue de votre organisation. Cela ne manquera pas de surprendre agréablement les patients et renforcera la confiance qu'ils ont dans votre équipe. C'est ainsi que l'on entre véritablement en CONNEXION avec son patient.

Biodentine™

La première et unique dentine en capsule



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

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

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

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



ACTIVE
BIOSILICATE
TECHNOLOGY



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

www.septodont.be



DKV perce trois mythes de l'assurance dépendance

Malgré les chiffres alarmants au niveau des soins de santé qui ne cessent d'augmenter et le vieillissement de la population, peu de compagnies d'assurance osent offrir des polices qui couvrent de tels risques. DKV HOME CARE relève ce défi et perce ainsi les trois mythes les plus tenaces au niveau de l'assurance dépendance.

1^{er} Mythe

L'assurance dépendance ne couvre que le séjour en maison de repos

Il est vrai que DKV HOME CARE, l'assurance dépendance de DKV, rembourse une grande partie du coût d'un séjour en maison de repos en cas de perte d'autonomie grave et durable. Cette assurance règle et indemnise cependant également vos soins non-médicaux à domicile. Par ailleurs, l'assurance dépendance ne vise pas seulement les personnes âgées. En effet, une perte d'autonomie peut vous toucher à n'importe quel moment de la vie. Il se peut également qu'à la suite d'un accident, d'un handicap ou d'un court séjour à l'hôpital, vous ayez besoin d'une aide permanente pour vous habiller, faire des courses, déposer les enfants à l'école, etc.

2^{ème} Mythe

Une assurance hospitalisation et ma pension suffiront

Malheureusement non ! Une assurance hospitalisation ne couvre que les frais médicaux. Or, DKV HOME CARE rembourse les frais non-médicaux. Il existe, certes, la Caisse d'assurance Dépendance flamande (obligatoire en Flandres), mais en réalité l'intervention de cette assurance est largement insuffisante pour couvrir les soins non-médicaux de plus en plus chers.

Vous comptez profiter d'une retraite bien méritée après une longue carrière professionnelle ? N'oubliez pas que le système des pensions, toujours davantage mis sous pression par le vieillissement de la population, ne suffit plus pour payer votre séjour en maison de repos. Il est peu probable que cette tendance s'inverse, bien au contraire.

3^{ème} Mythe

L'assurance dépendance coûte cher

DKV HOME CARE propose plusieurs formules, en fonction de votre budget et de votre souhait. Plus tôt vous souscrivez, plus avantageuse sera la prime. En plus, vous maintenez votre âge d'entrée tant que vous restez assuré. Par ailleurs, l'indexation de la prime est négligeable et les montants remboursables suivent également cette indexation.

Si vous avez moins de 18 ans en 2014, vous payez par exemple moins de 3 euros par mois dans la formule Classic. A l'âge de 30 ans, cette formule vous revient à seulement 10 euros par mois. Pour ce qui est de l'aspect financier, le compte est vite fait : additionnez toutes les primes payées pour votre DKV HOME CARE et comparez ce montant à ce que vous devriez épargner pour pouvoir payer les mêmes soins.

Demandez maintenant une offre sans engagement :

- contactez votre intermédiaire d'assurances
- tél. DKV : 02/287 64 11
- envoyez un e-mail à : zorg@dkv.be



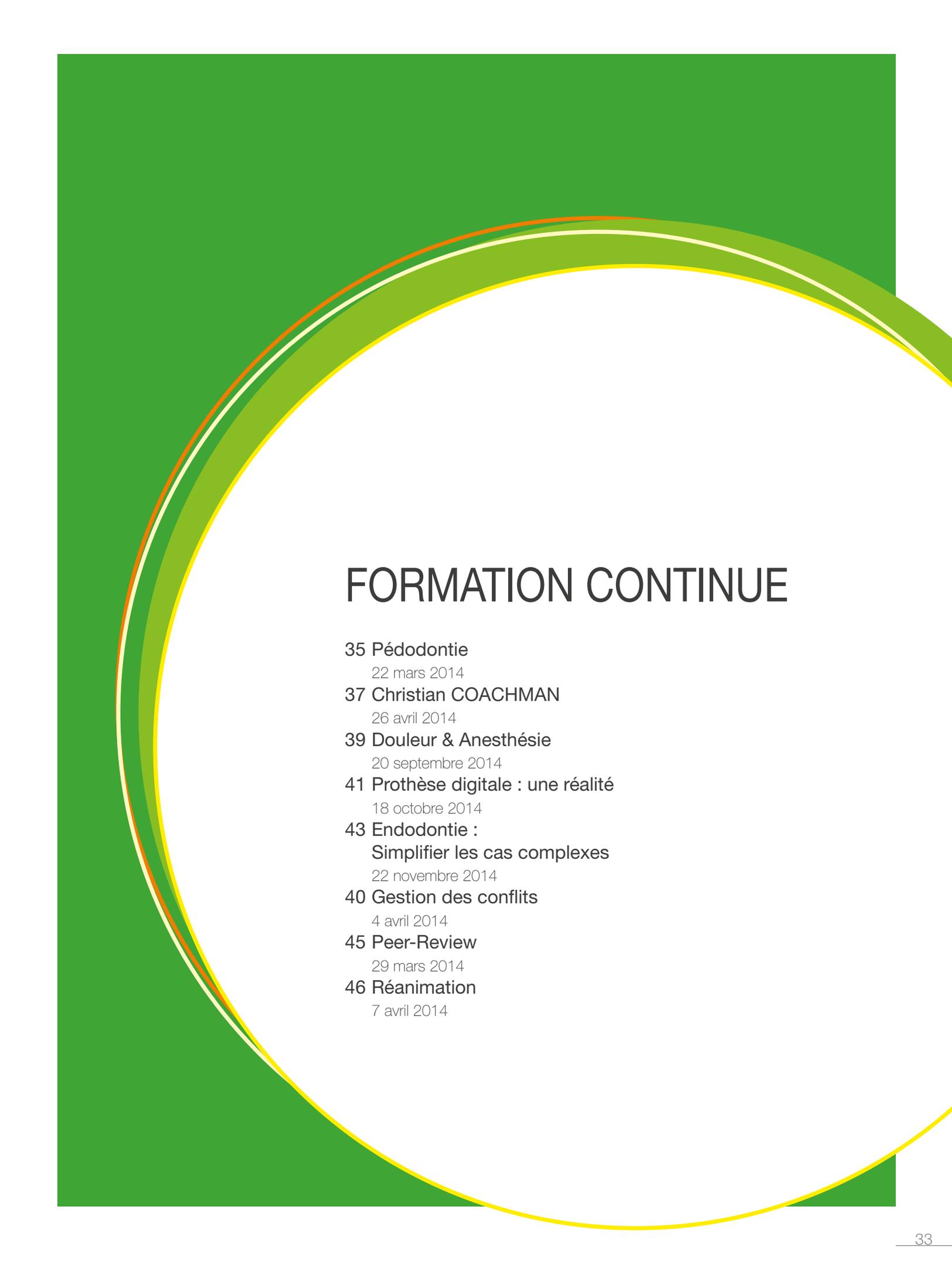
hospitalisation

frais ambulatoires

perte de revenu

dépendance

soins dentaires



FORMATION CONTINUE

35 Pédodontie

22 mars 2014

37 Christian COACHMAN

26 avril 2014

39 Douleur & Anesthésie

20 septembre 2014

41 Prothèse digitale : une réalité

18 octobre 2014

43 Endodontie :

Simplifier les cas complexes

22 novembre 2014

40 Gestion des conflits

4 avril 2014

45 Peer-Review

29 mars 2014

46 Réanimation

7 avril 2014

PEDODONTIE



22 mars 2014 - Bruxelles

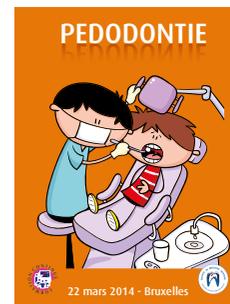


Pédodontie

22 mars 2014 de 9h00 à 17h30



Bld Auguste Reyers 80
1030 Bruxelles



Accréditation demandée : 40 UA dom 5 - Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be ou au 02 375 81 75

Frederic COURSON

- Maître de conférences des Universités (Paris Descartes)
- Pédodontie
- Responsable discipline Odontologie Pédiatrique
Faculté Dentaire de Montrouge
- Responsable du DU en Odontologie Pédiatrique
depuis septembre 2009
- Praticien- Hospitalier, Hôpital Bretonneau (PARIS 5)
- Responsable UH Odontologie pédiatrique
Hôpital Bretonneau

France FOUCHER

- LSD de l'Université de Liège
- Assistante clinique en pédodontie- Service de pédodontie
et orthopédie donto-faciale du Professeur Michel Limme

Kenton KAISER

- Dentiste
- Diplômé du M.H. Erickson's Institute of California
- Formateur au Centre d'Hypnose Universitaire de Liège dirigé
par le Pr Faymonville
- Responsable de Formation à L'Institut Français d'Hypnose à
Paris

Odontologie pédiatrique préventive et curative : quelle approche en 2014 ? - Frederic COURSON

La dentisterie minimale est classiquement associée à la maladie carieuse qu'elle a pour objectif de contrôler. Elle ne se limite pas seulement au diagnostic des lésions cavitaires (symptomatiques) mais s'intéresse également aux lésions carieuses réversibles et asymptomatiques. Parallèlement, le Chirurgien-Dentiste doit rechercher les facteurs associés à la maladie carieuse pour les contrôler par une éducation adaptée et personnalisée. Dans le cadre de la dentisterie minimale, la thérapeutique se réfère à des méthodes de prévention primaire, pour intercepter des lésions carieuses par reminéralisation ou scellement, et à la microdentisterie. Cette dernière, en amont de la dentisterie restauratrice conventionnelle, est synonyme de dentisterie restauratrice a minima car elle a pour objectif de préserver au maximum les tissus dentaires sains et reminéralisables. Elle fait donc appel aux méthodes d'élimination des tissus dentaires les plus économiques (air abrasion, sono abrasion, instruments rotatifs de petite taille).

La restauration a minima peut être envisagée pour les lésions ICDAS 3 à 5 (www.icdas.org) en fonction de la déminéralisation objectivée sur la radiographie, de l'activité de la lésion et de sa localisation. Pour des lésions plus profondes, des approches moins invasives peuvent être envisagées grâce à l'apport de nouveaux matériaux et de nouveaux concepts de préservation de la vitalité pulpaire (« step wise » ou « partial caries removal »).

Traumatismes chez l'enfant : en pratique, comment gérer l'urgence et assurer le suivi à long terme ? - France FOUCHER

L'objectif de ce cours sera d'aborder de manière pratique les aspects généraux de la traumatologie dentaire aussi bien pour les dents de lait que pour les dents définitives immatures.

Les différents types de lésions rencontrées en urgence seront exposés.

De manière plus spécifique, les protocoles cliniques de prise en charge immédiate seront abordés de même que le suivi des dents traumatisées à long terme, permettant d'éviter des situations préjudiciables pour la fonction et/ou l'esthétique.

De plus, les techniques de stimulation de la cicatrisation pulpaire des dents immatures par des matériaux bioactifs seront décrites.

Enfin, différentes méthodes d'apexification utilisées pour les dents traumatisées immatures seront exposées.

L'ensemble de cette présentation sera illustrée par de nombreux cas cliniques.

L'Hypnose Médicale Dentaire : découvrez les mots qui soignent ... - Kenton KAISER

Soigner nos Petits Patients n'est pas toujours évident et la tendance à l'enfant roi des années 2010 ne va pas améliorer les choses... alors comment :

- Capter leur attention ?
- Rebondir en toute situation ?
- TRANSE former une séance de soins musclée en véritable jeu de rôle et de franche rigolade...

L'hypnose Médicale Dentaire permet cela très facilement et en quelques secondes grâce à ses outils de communication thérapeutique. L'emploi du MEOPA avec et sans hypnose sera également abordé.

A travers cet exposé et des vidéos cliniques, nous verrons :

1. Ce qu'est réellement l'Hypnose Médicale Dentaire
2. Son utilité en dentisterie pédiatrique.

Christian
COACHMAN

POUR LA 1^{ERE} FOIS EN BELGIQUE

Un conférencier exceptionnel



26 avril 2014 - La Hulpe



Christian COACHMAN

26 avril 2014 de 9h00 à 17h30

DOLCE
HOTELS AND RESORTS
LA HULPE BRUSSELS

Chée de Bruxelles 135
1310 La Hulpe



Accréditation demandée : 40 UA dom 7 - Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be ou au 02 375 81 75

Le Dr Christian Coachman, à la fois dentiste et prothésiste, nous fait l'honneur et le plaisir de venir à la SMD pour sa première conférence en Belgique. Très connu de part le monde, ce Brésilien a su optimiser la communication entre le praticien et le prothésiste dans le but d'obtenir des résultats esthétiques toujours plus performants.

Christian COACHMAN CDT, DDS

- Dentiste
- Céramiste
- Conférencier international
- A développé la Pink Hybrid Technique et le concept de Digital Smile Design



Améliorer la communication Dentiste/ Prothésiste dans le contexte d'une dentisterie interdisciplinaire esthétique moderne - Plan de traitement et outils de communication

En tant que dentistes et prothésistes modernes, nous devons nous tenir au courant des derniers développements dans la médecine dentaire et intégrer continuellement dans notre arsenal de nouvelles techniques et de nouveaux matériaux. En outre, il est essentiel que tous les membres de l'équipe participent activement au processus de planification du traitement, afin d'assurer qu'il soit le moins invasif possible et le meilleur pour le patient. Par conséquent, une interaction cohérente entre les membres de l'équipe dentaire est nécessaire. Les techniciens doivent avoir une compréhension de base des procédures cliniques et le développement de protocoles de communication axés sur le résultat sont des conditions essentielles pour un bon déroulement du travail et une prestation de services de haute qualité. Les praticiens doivent être conscients que des phases de traitement cruciales telles que le wax-up, la fabrication de la maquette, le choix des teintes, le choix des matériaux, la conception des préparations, la fabrication des restaurations temporaires, etc. peuvent être grandement améliorées

par la prise en compte du point de vue du prothésiste. A l'avenir, les prothésistes doivent se préparer à relever les défis d'un nouveau rôle : celui de membre actif de l'équipe de soins

Digital Smile Design (DSD) : un nouveau concept pour redessiner le sourire, gérer le traitement en équipe pluridisciplinaire et augmenter l'acceptation des plans de traitement

Pour devenir un vrai « créateur de sourire », il ne suffit pas d'avoir juste les compétences techniques, les connaissances scientifiques et de bons matériaux. Un « Smile designer » doit pouvoir visualiser les problèmes esthétiques avec des yeux d'artiste, concevoir un sourire qui corresponde au patient sur le plan fonctionnel, esthétique et émotionnel, en améliorant la communication au sein de l'équipe et en élaborant un véritable traitement multidisciplinaire. Il doit aussi et surtout pouvoir communiquer avec le patient à un tout autre niveau, la communication visuelle est primordiale pour éduquer le patient, l'inciter à équilibrer ses attentes et ainsi augmenter sa motivation et l'acceptation des plans de traitement. L'objectif du concept DSD est de permettre ce processus d'une façon très réaliste et réalisable en transformant le dentiste en un meilleur gestionnaire de

cas. L'accent sera mis sur l'utilisation d'outils numériques pour améliorer et faciliter l'interaction et la communication patient - dentiste - prothésiste

Protocole pour la photographie numérique dentaire

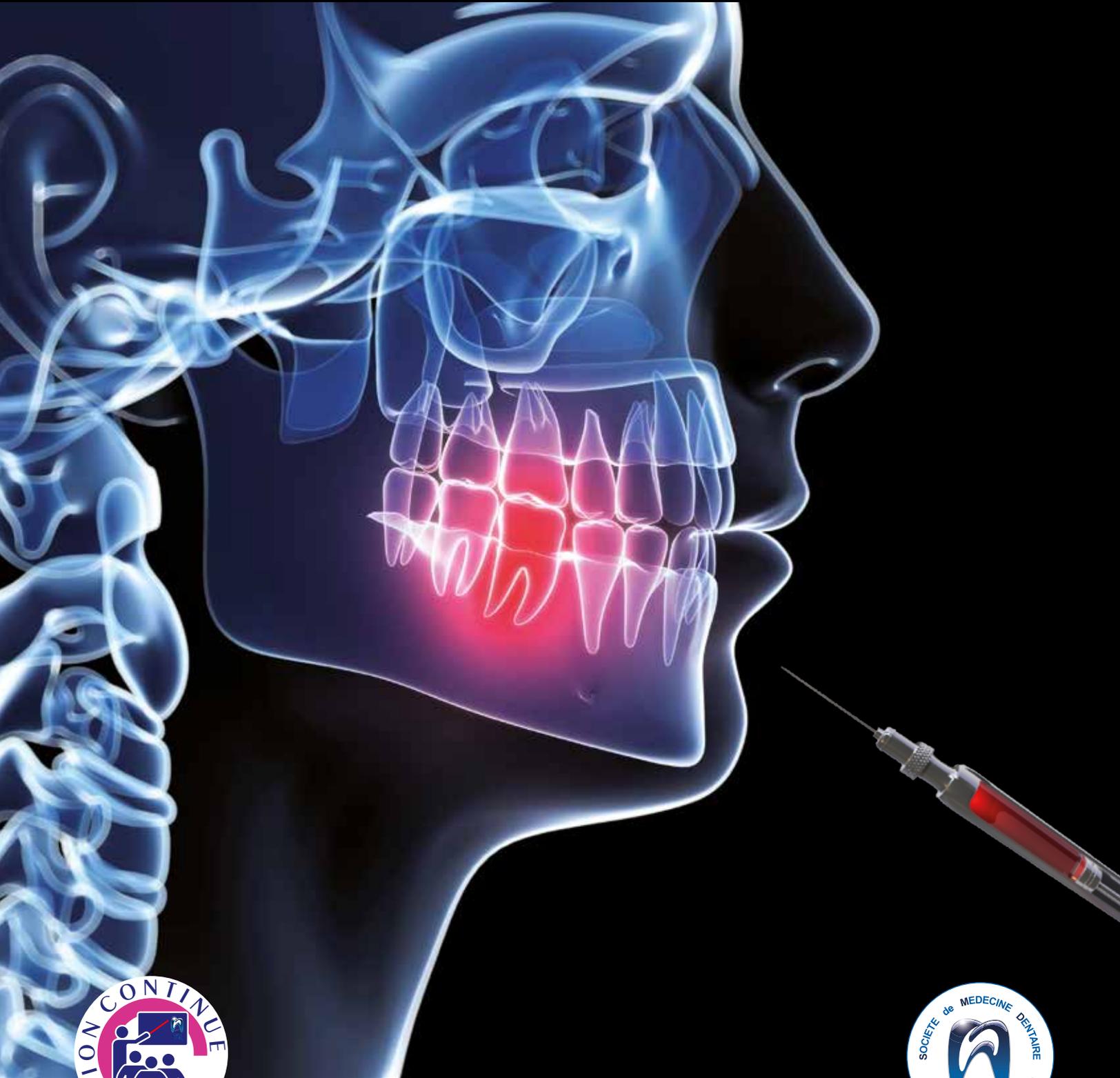
Une photo belle, simple, efficace, pour une dentisterie esthétique quotidienne. La photographie numérique est devenue un outil essentiel en dentisterie esthétique. Un excellent outil pour mieux visualiser ce qui est anormal et inesthétique, comment le résoudre, communiquer avec l'équipe et avec le patient.

Il est impossible d'appliquer de façon réaliste sur une base quotidienne des techniques complexes et difficiles, Nous allons vous montrer comment prendre la photographie numérique de qualité d'une manière très simple avec des équipements simples. Trucs et astuces pour enfin y arriver chez vous, sans problème. Vous allez pouvoir être fier de vos photos numériques !



Conférence en anglais
Traduction simultanée vers le français
(P Bogaerts, M Hermans)

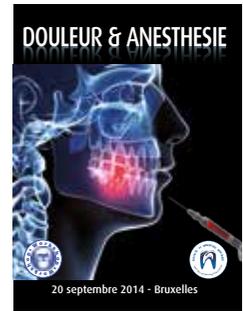
DOULEUR & ANESTHESIE



20 septembre 2014 - Bruxelles

Douleur et anesthésie

20 septembre 2014 de 9h à 12h30



Accréditation demandée : 40 UA dom 7 - Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be ou au 02 375 81 75

Patrick BOGAERTS

- LSD UCL 1980
- Pratique exclusive de l'endodontie

Dr Pierre VERPEAUX

- Docteur en chirurgie dentaire Univ. de Bordeaux 1981
- formation en hypno-sophrologie (cercle de Lariboisière, Dr Cherchève) 1991.
- sédation consciente par voie veineuse (EFAAD Gaillard, dr André) 2009
- sédation consciente et MEOPA (SYFAC, dr Choukroun, Paris) 2010.
- formateur AFPAD (Association Française pour Le perfectionnement en anesthésie dentaire) depuis 2010.

LA DOULEUR ODONTOGENE ET NON-ODONTOGENE - Patrick BOGAERTS

Nous connaissons bien les différentes pathologies pulpaires et parodontales et nous savons, par notre expérience clinique, faire le diagnostic différentiel entre dentinite, pulpite et abcès (par exemple).

Le mécanisme du phénomène douloureux est cependant moins bien connu et nous restons souvent perplexes devant certaines situations cliniques.

Comment se fait-il qu'une pulpite soit si difficile à localiser ?
Comment se fait-il que dans ce cas, la zone douloureuse s'étend ?

D'autres douleurs moins aiguës et moins spontanées peuvent se présenter.

Ainsi la dent fêlée ou la sinusite chronique : cas cliniques où la radiographie ne sera pas souvent utile, ce qui ne facilitera pas le diagnostic.

Pourtant l'ancienne maxime " Primum non nocere " reste d'actualité et pour ne pas nuire, il faut d'abord savoir ce qui se passe !

Ceci est d'autant plus nécessaire dans les cas où la douleur dentaire n'est pas odontogène. Car tout traitement réalisé au niveau du site où la douleur est perçue, plutôt qu'au niveau du site d'où provient la douleur est non seulement voué à l'échec, mais causera en plus une blessure, nouvelle source de douleur !

Nous sommes cependant formés pour être des thérapeutes et non des "diagnosticiens" et nos patients attendent de nous des actes afin de les soulager.

Parfois cette approche "mécanistique" (il y a douleur, donc il y a une cause organique), nous fait oublier que nous soignons bien plus qu'une dent...

Anesthésie dentaire : quoi de neuf ? - Dr Pierre VERPEAUX

- établir ou rétablir la relation avec le patient : méthodes de sédation.
- rappels sur la composition d'un anesthésique local.
- rappels anatomiques, histologiques et physiologiques.
- les différentes techniques à notre disposition.
- le rôle des vaso-constricteurs.
- la Spix : qualités, inconvénients, échecs.
- les techniques diploïques : indications et intérêts.
- le matériel permettant de réaliser ces anesthésies.
- étude clinique sur l'anesthésie diploïque.
- bilan et conclusion.

PROTHÈSE DIGITALE



18 octobre 2014 - La Hulpe

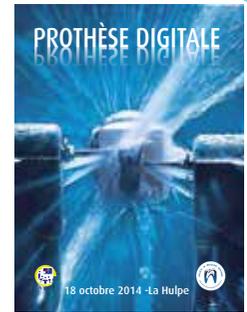


Prothèse fixe digitale : une réalité

18 octobre 2014 de 9h à 17h30

DOLCE
HOTELS AND RESORTS
LA HULPE BRUSSELS

Chée de Bruxelles 135
1310 La Hulpe



Accréditation demandée : 40 UA dom 7 - Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be ou au 02 375 81 75

Dr Nicolas BOIS

- 1992 - 1997 : Diplôme de Chirurgien-Dentiste à l'Université Claude Bernard (Lyon)
- 1997 : Thèse de Doctorat à l'Université Claude Bernard (Lyon) dans la Division de Prothèse fixe et Occlusodontie
- 1998 - 2001 : Diplôme Fédéral de Médecin-Dentiste à l'Université de Genève

Dr Léonard BRAZZOLA

- 2004 : Obtention du diplôme fédéral de médecin dentiste, Uni. de Genève
- 2004-2009: Médecin dentiste assistant à mi-temps dans le département de prothèse conjointe et d'occlusodontie (Prof. U.C. Belser), Ecole de Médecine dentaire, Université de Genève.
- Médecin dentiste en cabinet privé à 80% à Lausanne.

Dr Claude CROTTAZ

- 1994 : Obtention d'un doctorat en médecine dentaire (Université de Genève)
- 1995 : Pratique privée, à titre indépendant, à Payerne (VD).
- 2002 : Obtention du titre de spécialiste en médecine dentaire reconstructive, European dental association (EDA)
- 2002 : Chargé d'enseignement et de recherche, Département de prothèse conjointe et d'occlusodontie (Prof. U.C. Belser), Ecole de Médecine dentaire, Université de Genève

Prof. Dr. Urs BELSER

- Chairman emeritus
- Docteur en Médecine Dentaire Université de Zurich CH
- Ancien professeur à l'Université de Genève CH
- Professeur invité au Département de Chirurgie orale et Stomatologie (Prof. Dr. D. Buser) et au Département de

- Prothèse conjointe (Prof. Dr. U. Brägger) de l'Institut Dentaire de l'Université de Bern, CH
- Membre d'honneur de l'International Team for Implantology (ITI).
- Principaux domaines de recherche : implantologie (aspects esthétiques, CAD-CAM, biocéramiques) et médecine dentaire adhésive. Plus de 200 publications

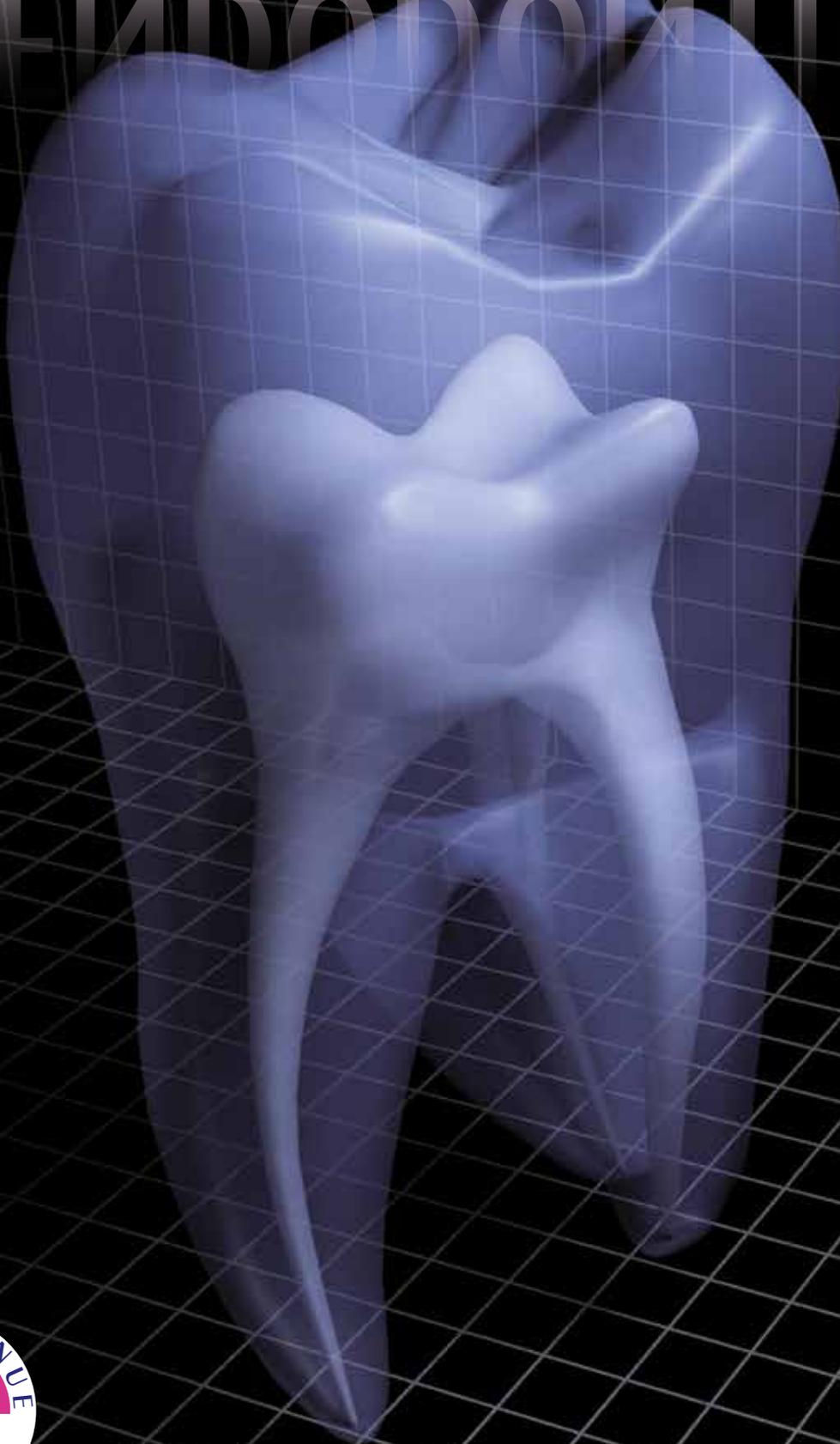
Le but de cette journée est de présenter d'une part les changements de paradigmes que l'on a pu récemment observer dans le domaine de la médecine dentaire reconstructrice sous l'influence de l'implantologie, des techniques adhésives et des énormes progrès réalisés en conception et fabrication assistées par ordinateur (CAD/CAM). Des nouveaux biomatériaux, notamment les céramiques dites à haute résistance telles que la zircone sont devenues accessibles. Dans ce contexte, la notion de gestion des risques d'un point de vue prothétique est traitée en particulier.

Au milieu des années 80, deux précurseurs, les Drs F. Duret et W. Mörmann, ont présenté les premiers systèmes de prises d'empreinte intrabuccales à l'aide de caméras. Les évolutions techniques et informatiques se sont accélérées depuis le milieu des années 90, ce qui a permis un développement du domaine. De nombreux systèmes de prise d'empreinte numériques intrabuccales sont actuellement présents sur le marché. Pour chacun d'entre nous, il devient difficile d'effectuer un choix, tant le marketing imposé par les différents fabricants brouille nos esprits. Le but de cette présentation est de comparer les principaux systèmes d'empreinte numériques intrabuccales à disposition, d'évaluer leurs possibilités, limites et avantages ou inconvénients en comparaison avec une technique d'empreinte traditionnelle. Pour les collègues intéressés à l'acquisition d'un tel système, cela devrait leur offrir la possibilité d'avoir entre les mains les outils nécessaires à un choix individualisé à leurs besoins spécifiques. Nous verrons que nous nous trouvons dans une phase intermédiaire de développement, mais que la prothèse fixe totalement digitale est devenue une réalité. Plusieurs systèmes offrent cette possibilité à l'heure actuelle, mais il convient d'en examiner les limites encore présentes.

De plus, nous pourrions constater que certains fabricants offrent la possibilité de fusionner ces images à celles issues d'un système radiologique 3D de type Cone Beam, ce qui va permettre une planification pré-implantaire virtuelle, et éventuellement la fabrication directe au cabinet d'un guide chirurgical.

Quant à la confection des restaurations, les développements récents au niveau de la fabrication des suprastructures dento- et implanto-portées, notamment les dernières générations de biomatériaux tels que la zircone et les polymères dits de « haute résistance », ainsi que l'évolution dans le domaine « CAO-FAO » (conception et fabrication assistée par ordinateur) seront discutés en détail.

ENDODONTIE



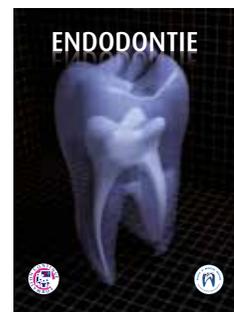
22 novembre 2014 - Namur

Endodontie : Simplifier les cas complexes !

22 novembre 2014 de 9h à 17h30



Avenue de la Vecquée 21,
5000 Namur



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

Dr Maria Giovanna BARBONI

- Diplômée de l'Université de Bologne. École de médecine et de chirurgie avec une spécialité en chirurgie dentaire et en médecine.
- Professeur à l'Université Vita-Salute San Raffaele, Milan (IT), diagnostic en endodontie et parodontologie.
- Membre actif de la Société italienne d'endodontie, Auteur du chapitre : Lésions Endo - Perio dans le manuel d'endodontie de la Société italienne d'endodontie (2013)
- Pratique clinique limitée à l'endodontie et micro-endodontie à Bologne (IT)

Dr Unni ENDAL

- Professeur assistant à l'Université d'Oslo (Norvège)
- Spécialiste en endodontie

Dr Catherine RICCI

- Diplômée de l'université Paris VII en 1983
- D.U.E.C.S. Endodontie de l'université Paris VII dans le programme du Professeur LAURICHESSE en 1989
- Assistant hospital-universitaire de 1986-1990 à l'université Paris VII
- Membre de la Société Française d'Endodontie depuis 1983, Ancien président de la Société Française d'Endodontie
- Attaché hospital-universitaire à L'université de Nice Sophia-Antipolis
- Directeur Clinique du DIUE à l'Université de Nice Sophia-Antipolis
- Conférencier National and International
- Directeur pour la région Europe au Bureau de l'IFEA de 2001 à 2010.
- Exercice limité à l'Endodontie depuis 1987

Patrick BOGAERTS

- LSD UCL 1980
- Pratique exclusive de l'endodontie

Véronique GESTER

- Dentiste LSD
- Formation en endodontie Paris 7,
- Membre de l'AAE, Membre fondateur de la BAET, Membre ESE certifié,
- Società italiana d'endodonzia
- Pratique privée exclusive en endodontie

Jean-Pierre SIQUET

- Dentiste UCL 1996
- Endodontie exclusive
- Membre Certifié de la Société Européenne d'Endodontie
- Vice-président de la Société Belge d'Endodontie

De 9h à 10h30 - Véronique GESTER & Jean-Pierre SIQUET

La mise au point préopératoire en endodontie

De 11h00 à 12h30 - Maria Giovanna BARBONI

Interactions endo-paro : mise à jour des directives de diagnostic et de traitement pour les lésions douteuses

Les lésions des tissus de support, endodontique, parodontal et endo-parodontal, peuvent montrer des signes cliniques et radiologiques très semblables à un stade de leur évolution.

La situation est d'autant plus complexe que le patient a un historique d'erreurs successives de diagnostic et de traitement. Signes et symptômes déroutants et complexes peuvent conduire à un diagnostic et un plan de traitement erronés.

La conférence se concentrera sur les lésions douteuses que nous avons à traiter dans notre pratique clinique, en passant par les relations endo-parodontales, les connexions anatomiques et les interactions pathologiques potentielles.

L'objectif sera l'évaluation du bon cheminement diagnostique et des plans de traitements appropriés dans le cas de lésions présentant simultanément des signes endodontiques et parodontaux. traitement.

Un autre aspect sera aussi discuté, les considérations endodontiques en chirurgie parodontale régénératrice, le bon timing et la séquence de traitement dans les lésions combinées.

De 14h00 à 15h30 - Unni ENDAL

Résorptions : la complication endodontique qui fait que le dentiste peut se sentir incompetent

Les résorptions sont souvent difficiles à diagnostiquer. C'est pourquoi elles sont souvent mal traitées. Le résultat peut être la perte de dents qui auraient pu être sauvées grâce à un traitement adéquat. Le diagnostic entre une résorption interne et une résorption externe peut souvent être confondu. Le traitement de ces deux pathologies et leur pronostic ne sont pas les mêmes. Il est donc extrêmement important de les différencier et de leur appliquer le traitement approprié.

De 16h00 à 16h45 - Catherine RICCI

Les lésions de gros volume : les diagnostiquer pour mieux les traiter

De 16h45 à 17h30 - Patrick BOGAERTS

Comment et quand référer ?



Peer-Review

Samedi 29 mars 2014 de 9h00 à 12h15

Session 1 de 9h00 à 10h30

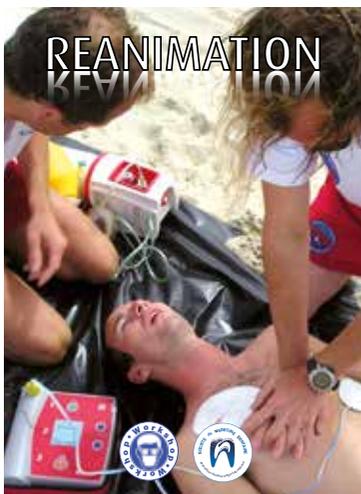
Première session de peer-review de 2014. L'inscription aux 2 peer-review (session 1 et 2) est obligatoire. Pour chaque session, veuillez choisir le sujet souhaité

N°	Sujet	Modérateur
1	Produits et matériels dont vous ne pouvez plus vous passer	Philippe RIETJENS
2	La pléthore administrative : comment agir et réagir ?	Pierre DELMELLE
3	Empreintes en prothèse fixe	Bertrand SCALESSE
4	L'hygiène au cabinet dentaire	Thierry VAN NUIJS
5	Référer : Qui, quoi, quand, comment ?	Alain BREMHORST

Session 2 de 10h45 à 12h15

N°	Sujet	Modérateur
6	Tiers payant obligatoire pour tous ?	Michel DEVRIESE
7	Produits et matériels dont vous ne pouvez plus vous passer	Philippe RIETJENS
8	La pléthore administrative : comment agir et réagir ?	Pierre DELMELLE
9	Trucs et astuces	Bertrand SCALESSE
10	L'hygiène au cabinet dentaire	Thierry VAN NUIJS

Inscription sur www.dentiste.be Menu formations



Olivier STEVENART MEEUS

- Bachelier en éducation et rééducation physique
- Psychomotricien
- Formateur de secourisme en milieu professionnel pour la Croix Rouge de Belgique

Gina JEUNIEAUX

- Master en science de l'éducation
- Formatrice en secourisme d'entreprise pour la Croix rouge de Belgique



Réanimation

Vendredi 7 avril de 9h00 à 16h00

Olivier STEVENART MEEUS - Gina JEUNIEAUX

Réanimation Cardio-Respiratoire

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

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

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

CROIX-ROUGE 
de Belgique

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

Accréditation demandée : 40 UA dom 1 Formation continue 6 hrs.
**Inscriptions sur www.dentiste.be rubrique Formations
ou au 02 375 81 75**

INFOS PROFESSIONNELLES

49 Nouvelles assurances à la mutualité chrétienne

M DEVRIESE

50 DentaliaPlus : simplification administrative

M DEVRIESE



NOUVELLES ASSURANCES à la MUTUALITE CHRETIENNE :

**Le POINT a rencontré Jean HERMESSE,
Secrétaire général de la Mutualité Chrétienne.**

Interview.

Le Point : Vous proposez à vos membres la couverture « Dento solidaire » et vous lancez au 1^{er} avril l'assurance « Dento+ ». Pourquoi ce lancement et pourquoi ces deux approches ? Pour compenser le fait que l'assurance privée nuit à la solidarité ?

Jean Hermesse : Libre à chacun de s'assurer via une assurance privée. Mais, ce n'est pas à la portée de toutes les bourses. Et peu d'assureurs privés proposent des couvertures dentaires. La Mutualité Chrétienne (MC) veut promouvoir l'accès pour tous à des soins de santé de qualité, y compris aux soins dentaires. Or, beaucoup de membres nous ont interpellés parce que certains soins dentaires ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire (AO), ou restaient malgré tout trop chers pour leur être accessibles. De plus, le budget Inami consacré à la santé dentaire est trop peu élevé par rapport aux besoins. Nous avons donc voulu remédier à cela via notre offre Dento solidaire. Depuis janvier, elle est comprise dans la cotisation à la MC et tous nos membres, en ordre de cotisation, en bénéficient automatiquement sans questionnaire médical, sans limite d'âge et sans stage. La Dento+ vient compléter cette première couverture. C'est une assurance facultative, libre à nos membres d'y souscrire ou non. Certains soins ou techniques de soins sont vraiment très onéreux pour les patients (par exemple les implants dentaires). Dento+ les couvrira mieux en proposant des plafonds de remboursements plus élevés. Et grâce à cette assurance, tous les soins préventifs et curatifs seront remboursés à 100% selon le tarif de l'accord dento-mutualiste.

**Le Point : Est-ce une privatisation larvée de la couverture des soins de santé ?
Le paquet de base de l'AO est-il en danger ?**

Jean Hermesse : Non, que du contraire. En solidarisant les remboursements des soins dentaires, grâce à notre Dento solidaire, nous voulons justement lutter contre tout phénomène de privatisation larvée. La Dento+ vient renforcer cette approche. Et nous sommes dans une logique de complémentarité avec le remboursement Inami. Notre souhait serait d'ailleurs que la couverture Dento solidaire soit intégrée dans l'AO et qu'elle puisse ainsi bénéficier à toute la population. Nous avons développé une approche identique en matière de couverture hospitalisation avec notre Hospi solidaire et nous plaçons pour son intégration dans l'AO depuis plusieurs années.

Le Point : Quels sont les avantages ou points forts de Dento+ par rapport aux autres assurances dentaires ?

Jean Hermesse : En premier lieu, les conditions d'accès. Dento+ est accessible sans limite d'âge, sans questionnaire médical, sans examen dentaire, et ne comporte pas de système de franchise. C'est gratuit pour les enfants de 0 à 6 ans et nous proposons un plafond de remboursement annuel de 1.000 euros pour tout type de soin. En cas d'accident, ce plafond passe à 2.000 euros. Nous travaillons en outre dans la plus grande transparence. Pour certains traitements lourds, un plan de traitement préalable est défini.

Le Point : Justement, qu'est-ce qui vous a motivé à choisir la voie du plan de traitement préalable pour certains soins de prothèse, de parodontologie et d'orthodontie ?

Jean Hermesse : Nous savons que ces soins peuvent s'avérer très onéreux pour le patient. L'inconnue financière est source de renoncement aux soins. En outre, la MC a toujours plaidé pour la plus grande transparence dans la facturation des prestations de santé, au profit du patient. Grâce au plan de traitement complété par le prestataire, le patient connaîtra le détail de son traitement ainsi que son coût. Ensuite, nous pourrions lui communiquer le montant de notre intervention. De cette manière, il connaîtra le montant à sa charge, ce qui le rassure et contribue à l'acceptation du plan de traitement. Pour le dentiste, cela ne représentera pas de charge administrative supplémentaire. Son propre devis pourra faire office de plan de traitement, pour autant qu'il reprenne un minimum d'informations telles que le type de soin(s), le remboursement éventuel par l'AO, le matériau utilisé, les dents concernées, le coût estimé du ou des soins, la durée estimée des soins ...

Le Point : Les dentistes reprochent aux assurances privées d'alourdir la charge administrative des cabinets. Qu'avez-vous prévu pour minimiser cette charge ?

Jean Hermesse : *Nous avons effectivement pensé à la charge administrative des dentistes. Concernant la Dento solidaire, un maximum de remboursements est automatisé. Pour les prestations qui font l'objet d'une intervention de l'AO, aucun document supplémentaire ne sera demandé aux dentistes. Pour notre assurance Dento+, nous demandons juste une preuve de paiement pour rembourser de manière correcte. Pour faciliter le travail des dentistes, nous avons créé un formulaire d'intervention, disponible dans la section 'B2B-Professionnels' de notre site internet www.mc.be/b2b/dentistes. Il suffit d'y sélectionner l'intervention voulue et d'indiquer le montant des honoraires. Très prochainement, nous enverrons également aux dentistes une 'boîte à outils' intégrant l'ensemble des formulaires utiles.*

Le Point : Vous dites que vous remboursez les soins préventifs et curatifs à hauteur de 100% du tarif officiel. Vous n'admettez donc pas que dans certains cas, des suppléments se justifiaient ?

Jean Hermesse : *Nous remboursons toutes les prestations qui sont prises en charge via l'AO en nous basant sur le tarif officiel du conventionnement (càd, la part remboursée par l'INAMI et le ticket modérateur). Cela veut dire que nous ne souhaitons pas rembourser les suppléments d'honoraires des prestataires qui ne respectent pas ces tarifs, a fortiori s'ils sont conventionnés. Avant toute consultation ou soins, nous conseillons donc aux patients de se renseigner sur les tarifs officiels en vigueur et sur le conventionnement ou non de leur prestataire de soins. Pour les membres de la MC, ces informations sont disponibles sur notre site www.mc.be, en téléphonant au 0800 10 9 8 7 ou auprès de nos conseillers mutualistes.*

Le Point : La prévention est la clé d'une bonne santé dentaire.

Des soins curatifs mieux remboursés ne constituent-ils pas un signal qui détourne de la prévention ?

Jean Hermesse : *Non. Nous travaillons sur les deux faces d'une même pièce à savoir la santé du patient. Celle-ci passe par des soins de qualité accessibles à tous et par de la prévention. Malheureusement, la meilleure des préventions ne peut éviter tous les frais. Pensons simplement aux accidents. Des soins mieux remboursés se justifient donc. Quant au volet prévention, la MC met à disposition des patients un maximum d'informations relatives à la santé dentaire, accessibles via son site internet www.mc.be/dento. De plus, notre service d'éducation à la santé - Infor Santé -, achève de développer une batterie d'outils de sensibilisation à destinations du grand public. Le premier d'entre eux, destiné aux 6-9 ans, sera très bientôt disponible pour une distribution via les cabinets dentaires. Les dentistes pourront en commander via notre site internet sur www.mc.be/inforsante pour les remettre aux jeunes patients. Je rappelle aussi que Dento+ est gratuit pour les enfants de 0 à 6 ans. Une façon d'encourager les soins chez les plus jeunes, gages d'une meilleure santé dentaire à l'âge adulte. C'est aussi de la prévention.*



INFOS PROFESSIONNELLES

DentaliaPlus : simplification administrative

Certaines mutualités libres commençaient à avoir des exigences multiples en relation avec DentaliaPlus. Il fallait fournir ET l'ASD (attestation de soins donnés) ET le formulaire DentaliaPlus ET une note d'honoraires, obligeant à de multiples recopiations de codes.

Nous avons obtenu quelques simplifications en relation avec l'administration de DentaliaPlus :

- Au formulaire DentaliaPlus, il faut joindre SOIT une ASD s'il y échet, SOIT une note d'honoraires. Et plus 3 documents !
- Si une ASD est remise, nul besoin d'encore recopier les codes de nomenclature INAMI figurant sur l'ASD sur le formulaire DentaliaPlus. Il suffit dorénavant de mentionner sur le formulaire DentaliaPlus le n° de l'ASD et sa date, et bien entendu d'indiquer le montant global perçu en regard du sous-total.
- Un nouveau formulaire a vu le jour, et des instructions claires figurent au verso du formulaire, tant à destination du patient que du praticien.

Instructions à l'attention des assurés Dentalia Plus

Merci de veiller à :

- emporter un formulaire «Demande d'intervention Dentalia Plus» à chaque consultation chez votre dentiste.
- demander à votre dentiste de remplir le formulaire «Demande d'intervention Dentalia Plus» à chaque visite, lorsqu'une attestation de soins ou une note d'honoraires vous est remise.
- compléter et signer la partie «A remplir par l'assuré».

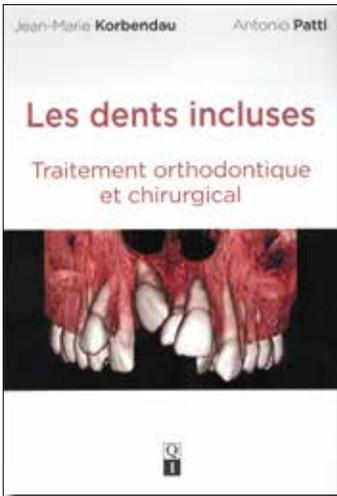
L'Attestation de soins donnés OU la note d'honoraires éventuelle doit être jointe à cette Demande d'intervention.

Instructions à l'attention des prestataires

1. Merci de remettre au patient le formulaire «Demande d'intervention Dentalia Plus» dès que vous établissez une Attestation de soins donnés (ASD), ou plus généralement à chaque fois que vous percevez des honoraires lors de traitements terminés.
2. Il est important de ventiler vos honoraires selon 5 sous-totaux, le traitement des remboursements étant différencié selon le type de soins.
3. Il n'est pas nécessaire de détailler le type de prestations dès qu'il s'agit de soins attestés, le code INAMI étant suffisamment explicite. Par contre, il est indispensable que vous ventilliez le total de vos honoraires dans les 5 sous-totaux.
Si le formulaire est accompagné d'une ASD, il n'est pas nécessaire de recopier sur le présent formulaire les dates, les codes INAMI, les n° de dents figurant sur l'ASD. Il suffit d'indiquer «voir ASD n°xxxx du xx/xx/20xx». **Seuls le ou les montant(s) de sous-totaux doivent impérativement être renseignés sur le formulaire.**
4. Dans le cas de soins hors INAMI, il est nécessaire de détailler les soins prodigués SOIT sur le formulaire Dentalia Plus, SOIT sur votre note d'honoraires annexée.
5. En cas de paiement étalé de l'appareil orthodontique, merci de préciser la date de pose de celui-ci. Merci aussi de ventiler les montants entre le forfait pour l'appareillage et les autres prestations d'orthodontie.

Pour rappel :

- Les soins purement esthétiques comme les traitements de blanchiment ou les facettes multiples ne sont pas pris en charge par Dentalia Plus.
- Seuls les soins accessibles aux praticiens de l'Art dentaire sont pris en considération. Voir à ce propos les Conditions générales sur www.dentaliaplus.be



LES DENTS INCLUSES - Traitement orthodontique et chirurgical

J.-M. KORBENDAU, A PATTI

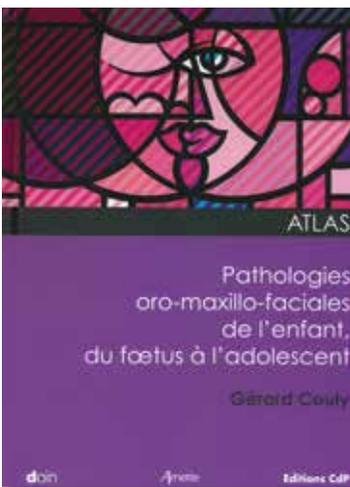
L'orthodontie, traitement conservateur par excellence, se heurte souvent au choix thérapeutique des dents incluses. Un diagnostic préalable précis est indispensable pour déterminer la chronologie des interventions. Il sera largement facilité par l'apport des examens radiographiques sectionnels de type scanner, ou mieux cone beam, qui constituent une avancée considérable dans l'établissement du protocole thérapeutique global. L'approche chirurgicale parodontale permet à l'orthodontiste la mise en place de mécaniques destinées à assurer un bon positionnement de ces dents ainsi qu'un contexte parodontal capable d'assurer l'avenir de l'environnement de l'organe dentaire ainsi récupéré. La coordination entre l'orthodontiste et le chirurgien est essentielle pour assurer le succès clinique à long terme. Les divers ancrages actuels (collage, minivis, orthodontie linguale) constituent les outils de choix compatibles avec les exigences actuelles, techniques et esthétiques. Ce livre, s'appuyant sur une iconographie très riche, concerne l'ensemble des dents incluses (et surnuméraires) maxillaires et mandibulaires; il détaille la chronologie et la coordination des interventions ainsi que les protocoles chirurgicaux. Dégager une dent incluse, recréer les conditions d'une éruption normale, restaurer le couloir d'éruption, et offrir à la dent la possibilité d'évoluer au milieu d'un parodonte sain, tels sont en résumé les objectifs de cet ouvrage superbement illustré.

Editions : Quintessence International

Format 21 x 29,7 cm - 368 pages, 950 illustrations

Prix : 204 € (frais de port inclus) - membres - 10%

ISBN 978-2-36615-013



ATLAS - PATHOLOGIES ORO-MAXILLO-FACIALES DE L'ENFANT, DU FOETUS A L'ADOLESCENT

G COULY - Préface de N LE DOUARIN

En parallèle a ses responsabilités comme professeur ou chef de Service, l'auteur a mené à bien un travail de recherche qui a fait de lui l'un des meilleurs connaisseurs des mécanismes de l'embryogenèse de la tête chez les vertébrés supérieurs qui lui a permis, en collaboration avec Nicole Le Douarin, de montrer l'importance d'une structure embryonnaire transitoire, la crête neurale, dans la formation des structures faciales.

Sa connaissance approfondie de l'anatomie de la face chez le nouveau-né et l'enfant ainsi que des malformations congénitales qui l'affectent a constitué, pour leurs recherches, un apport très significatif. La convergence de ces deux savoirs, anatomique et embryologique, est exceptionnelle et confère une valeur particulière au présent ouvrage, C'est le témoignage d'une vie consacré à la chirurgie néonatale et infantile et l'auteur y transmet son expérience à l'aide de photos qu'il a lui-même réalisées, accompagnées de commentaires permettant au lecteur de mieux identifier et corriger les malformations dont sont porteurs les patients. L'autre intérêt de cet atlas réside dans la description précise et le classement des différents cas en fonction des anomalies génétiques et développementales qui les ont générés. Un très large panorama des troubles de l'embryogenèse et de leurs conséquences est fourni et cet ouvrage devrait constituer une mine de renseignements pour les futurs chercheurs et cliniciens. Les autres causes que celles qui sont à l'origine des malformations congénitales sont également envisagées, tels les problèmes infectieux et traumatiques avec les indications qui conviennent.

Editions : Coédition Doin, Arnette - CdP

280 pages

Prix : 191,50 € (frais de port inclus) - membres - 10%

ISBN 978-2-7040-1371-5



L'iPad AU CABINET DENTAIRE

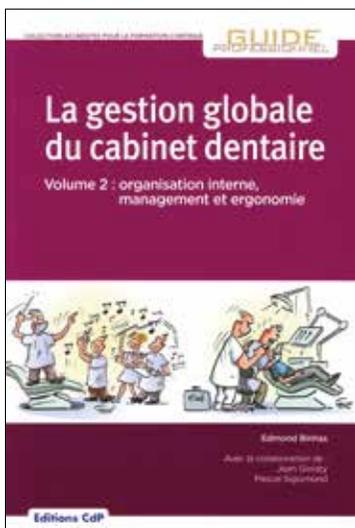
La communication numérique en odontologie pour le patient et l'équipe dentaire
M IMBURGIA

Les tablettes numériques représentent le support idéal pour développer l'aspect visuel, ludique et convainquant de la communication entre le praticien et le patient ou le prothésiste dentaire. Cet ouvrage présente la palette d'outils numériques la plus innovante que cet instrument exceptionnel qu'est l'iPad peut proposer au praticien ou à son assistante.

Depuis la visualisation de la situation clinique initiale - photographies et imagerie radiographique ou cone beam - jusqu'à la proposition thérapeutique esthétique, prothétique ou implantaire, tout est possible sous forme de photos, radios, schémas, dessins ou explication graphiques.

L'installation et l'exploitation de tous les logiciels suggérés sont largement détaillées afin d'optimiser ces moments essentiels. De nombreux exemples d'exploitation de cet outil permettent de rapidement mettre en œuvre un nouveau mode de communication, non seulement actuel grâce à la technologie numérique, mais surtout de créer un lien plus direct avec le patient et l'ensemble des acteurs impliqués dans les traitements.

Editions : Quintessence International
Format 28,5 x 22 cm - 152 pages, 300 illustrations
Prix : 96,50 € (frais de port inclus) - membres - 10%
ISBN 978-2-36615-014-8



LA GESTION GLOBALE DU CABINET DENTAIRE

Volume 2 : Organisation interne, management et ergonomie - Dr Edmond BINHAS

dentiste.

La seule façon d'éviter la confusion, l'isolement et l'impuissance consiste à accepter l'idée de gouverner son cabinet dentaire. La bonne santé d'un cabinet repose sur les trois piliers que sont une organisation rationnelle, une efficacité relationnelle et une gestion prévisionnelle.

La combinaison de ces trois piliers est de nature à donner de la structure au cabinet. Aussi le chef d'entreprise dentaire devra acquérir trois aptitudes indispensables :

1. Observer attentivement son environnement.
2. Prendre des décisions avec pertinence.
3. Se donner les moyens d'agir avec efficacité.

Pour aider le praticien dans cette recherche, le Volume 2 est organisé en trois parties.

- La première concerne les systèmes organisationnels techniques.
- La seconde partie concerne les systèmes humains (première consultation, présentation des plans traitements, management,...).
- Et enfin, la dernière partie s'intéresse au bien-être général du praticien avec les principes généraux d'ergonomie dentaire, les moyens d'éviter le burn-out et les modalités de mise en place d'habitudes efficaces.

Découvrez également le Volume 1: Organisation technique

Editions : CdP
Collection : Guide professionnel
Prix : 65 € (frais de port inclus) - membres - 10%

Study-Clubs



Brabant Wallon

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

Responsables : Christine VRANCKX -02 354 21 90 • Olivia PAULUIS 082 73 09 42
Jacques WALENS 02 522 70 95 • Jean-Pierre SIQUET 02 387 01 07
Les soirées débutent à 20h00. Les conférences débutent à 20h30 précises et durent 90 minutes.
Petite restauration et verre de l'amitié avant et après la conférence.

18 mars 2014 : L'hypnose au cabinet dentaire - *Dr Christine BLAIRON*



Bruxelles

Lieu : Hôtel County House - Square des Héros 2-4 1180 Uccle

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

22 avril 2014 : La gestion des antidouleurs - *Dr M SCHETGEN*

7 octobre 2014 : Syndrome des apnées du sommeil : prise en charge pluri-disciplinaire
Aurélië DAELEMANS - Julie DAUBE



Charleroi

Lieu : Hôtel Charleroi Airport - Chaussée de Courcelles 115 6041 Gosselies - 071/ 25 00 50

Responsables : Didier BLASE - 071 35 68 02 - Sébastien JASSOGNE 071 32 05 17
Xavier Leynen - 071 51 56 49

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

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

14 mai 2014 : Dentiste et tabac en 2014 - *Th VAN VYVE, Th MICHELS, V SEHA*

ATTENTION

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





Hainaut Occidental

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

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

24 avril 2014 : La prévention des fractures en endodontie - *Jean-Pierre SIQUET*

8 mai 2014 : La prothèse amovible partielle - *Jean-Pierre BORGERS*

2 octobre 2014 : Mieux communiquer au cabinet - *Michaël GABAI*



Huy

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

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

13 mars 2014 : Va-t-on remplacer toutes les molaires atteintes de parodontite par des implants ?
F DE BEULE

22 mai 2014 : Les empreintes optiques - *Bertrand LAMBERT*



Liège

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

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

24 avril 2014 : Impact des traitements anticancéreux sur la cavité orale - *Dr Nicolas MEERT*

Accréditation : nous vous rappelons que pour être pris en compte pour l'accréditation, vous devez être présent dès l'heure du début annoncée et rester jusqu'à la fin de la conférence.
L'INAMI est très strict à ce sujet, soyez prévoyants.



Mons

Lieu : LA FONTAINE - Place du Parc 31 à Mons

Responsables : Benoît CAMBIER - 0479 53 93 36 • Xavier LHOIR - 0474 21 09 47

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

15 mai 2014 : Décision de reprise d'un traitement endo - *P BOGAERTS - J-P VANNIEUWENHUYSEN*

11 septembre 2014 : Sujet Ortho à déterminer



Namur

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

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

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

18 mars 2014 : Concepts thérapeutiques de l'alvéole après extraction - *M GABAI*

29 avril 2014 : Les secrets du MTA - *H SETBON*

7 octobre 2014 : Les atouts de l'orthodontie linguale - *D SCALAIS*

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



Verviers

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

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

Kenton KAISER - 087 67 52 25

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

20 mars 2014 : Nouveautés et astuces en Endodontie - *Q MEULEMANS*

15 mai 2014 : Sujet à déterminer

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.

Petites Annonces

Dentiste - *cherche emploi*

8149 - BXL : Ortho 16 ans exp ch empl complém ds CD ou polyclinique touria.laaraj@gmail.com

8118 - BXL : Paro dipl UCL 2013, ch empl sur Bxl & env blandeau.guillaume@hotmail.com

8213 - Louvain : DG (Fr. Nd. Pt.) exp Ortho & Paro, ch empl ass ds CD néerl Brabant Flamand ou Bxl indyleuven@gmail.com ou 0485 45 54 06

8172 - BXL : DG cherche travail de qualité BXL et env vinciane.debruyne@gmail.com

8113 - Hanret : DG H exp ch coll en vue ass/repr ult rég bxl sadberelika@yahoo.com 0475 92 52 12

Dentiste - *cherche collaborateur*

8151 - Charleroi : GHdC - Site Notre Dame ch pédo conv + DG conv (H/F) 3j/sem durée ind entrée imm marc.vangestel@ghdc.be benedictte.veveque@ghdc.be

8202 - Gembloux : CD 3 faut secr, patient rég ch DG pr rempl maternité + poss coll long terme 081 64 92 90 ou 0479 90 90 28 cgenindentsvivantesspr@gmail.com

8144 - BXL : Groupe polyclin ch DG pr site Koekelberg et Schaerbeek gr pot 0478 32 67 42 ol_robillard@hotmail.com

8239 - Tubize : CD ch DG motivé 1/2 ou full time. Bien situé & équ full inform, moteur endo,pano Bonnes cond. 0474 85 66 75 bertrand.lenoir@louisdewaele.be

8123 - Seraing : Mais méd de Seraing ch DG part time pr trav ds éq pluridisc 04 336 88 77 vincent.duminuco@bautista.be

8084 - BXL : CD stand Woluwé ch coll pr 1 à 2 j/sem patient en att cab inform, ass, 02 762 76 11 alcemaspr@gmail.com

8114 - MARCHE : CD ch pédo ou dent orient pédo pr compl équ endo-paro-stomato 084 21 43 69 ou jeandaxhelet@hotmail.com

8153 - Mouscron : CD 3 faut ass, secr, bien éq ch coll omniprat et soins enf 0470 32 21 47 dumortiersenger@skynet.be

8108 - St Gilles : CD ch pls coll pr 2 ou 3 j/sem Repr patient déjà exist et nomb. Nv faut et mat,inform, assist, TB rémun - candidateclinic@gmail.com

8125 - Jette : tr beau CD 3 faut, 3 ass, tt digit, Baltes, grosse pat, équ en place, ch jeune DG motivé et dyn Hor à déf 0475 84 80 00 anne-sophiemasson@hotmail.com

8104 - BXL : CD Ortho ch candidats ortho pr rempl et renforc éq dyn Form ass par les prat séniors. Coll à long terme catherine.ol@skynet.be

8081 - La Louvière centre : CD pluri 6 postes eng paro excl 1j/sem. TB cond trav & rém info@centre-dentaire.be 064 22 18 88

8103 - Jette : Polycli ch DG 2 à 3 j/sem collignon.dominique@skynet.be

8102 - St Gilles : ch DG pour 2 consult/sem Tb patientèle 0475 34 05 91 ou cmsparvis@skynet.be

8099 - Jemeppe sur Sambre : CD 2 faut, ent neuf, secret, assist, Baltès,rx et pano dig ch DG Hor à conv - 071 78 50 60 dentair1@yahoo.fr

8098 - BXL : Clin Dent 3 faut digit, ch coll, patient en att Hor à conv. adeldental@skynet.be

8097 - LIEGE : CD TB équip, ch coll pr trav 2j/sem. Hor à conv, bonne rém. C'est un + si vs prat chirurg (extractions, travaux sur implants, prothese fixe) sabine.cuyll@gmail.com

8095 - Auderghem : Ch DG pr trav mi tps. Hor suiv conv 0475 68 36 81 - olibabtoune@gmail.com

8094 - BXL centre : CD pleine activ ds quart résid, bien équ, grande pat, ch DG motivé pr coll TP ou mi-tps - 0498 35 36 20 dr_majid_kazemi@yahoo.com

8093 - BXL : CD de stand ch coll full time/part time; patient en att, cab inform, ass, mugur,prundea@yahoo.com 02 644 35 15 ou stana_gabriela_ana@yahoo.com 0475 74 62 43

8111 - NOH : Cent méd Zavelput, ch DG pr compl équ. Infra mod et agr. Dr Zinga 0495 45 61 46 jzinga@hotmail.com

8163 - Belgrade-Namur : CD 2 faut. Baltes-pano-ch coll DG pr 2 à 3 j/sem cdg.guillaume@hotmail.com 081 73 46 97

8169 - Braine-l'alleud : CD 2 faut ch DG (H/F) pr coll à long terme équipe Patient agréable cabinetdentairebla@gmail.com

8186 - Molenbeek : Polyclinique ch DG pr coll 3j/sem . Hor à conv. Patientèle en att 0477 22 56 67 (soir) ou wissem.valerie@gmail.com

8178 - Ixelles : CD ch DG pr trav vend et/ou sam. CD avec ass et secr, inform et digi. Patients nbrx dentistes@cabinetdentaireixelles.be

8218 - Liège : CD accès facile, moderne, ch coll pr DG, surtout prothèse pr 1 à 2 j/sem cabinet.damas@gmail.com

8187 - Etterbeek (Parlement CE) : CD bien éq ch DG motivé 3j/sem à partir de Janv 2014 Hor à conv. wissem.valerie@gmail.com

8162 - Molenbeek : CD plurid ch DG 0497501444 ou mouradsamy@yahoo.fr

8238 - Charleroi : CD pluri 3 faut (6 DG, stomato, endo, paro, ortho) 2 ass, inform (RVG, pano) ch dentiste consciencieux 0476 40 27 56 Fabrice.goris@brutele.be

8160 - Eupen : Polycl ch DG indépendant FR/ALL pr diff lieux comm german Tps part ou TP. Locaux, mat, ass, accueil, secr et adm pris en charge par org exp. Ph. Lamalle 087 30 86 40 cdv.pilippe.lamalle@skynet.be

Dentiste - *Cherche assistante, secrétaire*

8096 - Nivelles : Cab plurid ch ass mi-tps (1er tps) pr compl équ exist. cabinet.dentaire.ld@gmail.com

8161 - Eupen : Polycl ch ass dent All / Fr pr diff lieux Comm German. Tps part ou TP. Exp req (faut, inform, adm) Ecr CDV, Service Personnel, Rue Laoureux 31, 4800 Verviers 087 30 86 42 cdv.direction@skynet.be

8117 - Nivelles : Cab Ortho excl ch ass dyn. Contrat 30H/semaine, dès 1er janv 2014 catherine.ol@skynet.be

8083 - Forest : ch ass TP ds clin dent 5 faut. CV + photo pr entr dariushsaber@gmail.com

Assistante - *cherche emploi*

8080 - BXL : Ch empl ds milieu dent Exp 1 an ds CD 4 faut, acc pat, stéril, prép plan de trav, devis dent, etc ikram-35@hotmail.com

8116 - BXL : Ch poste ass dent. 10 ans exp + dipl proth dent. Dyn, sour, polyv pr DG, endo, stomato, paro, chir (implants BS zygo) etc . 0477 34 94 00 elarrasi.karima@gmail.com

8176 - BXL : Secr dent ch empl. 4 ans exp. Bonne conn Bales. Gest ag, fct, stéril, ass si nec, prép unit, ect.. 0483 73 81 82 tichon_nanou@hotmail.com

8157 - BXL : Urgent Ass quali en chirurg et ass ch empl. Stocks, comm, Rdv, Pas de plan ACTIVA. cathjossa@gmail.com

8115 - BXL : ch empl ass dent ou empl . poss plan ACTIVA ou eng sous cont FPI salomonmartine47@hotmail.com

8214 - Leuven : DG brésil (Fr/Nd/Pt) exp ortho & paro ch empl ass ds CD néerl à Bxl ou Brabant Flamand ou Bxl indyleuven@gmail.com 0485 45 54 06

8124 - BXL : Ch empl ass dent (via formation PFI) sur Bxl, Namur ou BW. Serv, dyn & consc laura_doux fils@hotmail.com

8086 - Wavre : Dipl instit préscol & psychomot, souhaite réorient vers ass dent. Accueil pat & tach adm maite.pussemier@hotmail.fr

8130 - Frasnes-lez-anvaing : Sec méd, bcp exp milieu hospi + CD ortho ch empl tps partiel francoise.hennaux@gmail.com

8147 - Waterloo : Logop/psy dispo, exp en CD (trav au faut & secr), prop compét pr enrichir équ isabelleroeland@hotmail.com

8207 - Tervuren : Ch empl TP ou 4/5, exp en dent et implant, dyn, ponct, sour 0477 89 69 02 annedepiaie@hotmail.com

8089 - BXL : Ass dent dyn & poly ch empl ds CD. Conn Baltes + carte Activia missrifia120@hotmail.be

8088 - Kraainem : Ass dent biling, 12 ans exp en DG, ortho, stomato, paro & endo ch empl à Bxl ou envr 0497 22 85 63 katharina.moereels@gmail.com

8110 - BXL : Dipl ass manager. Exp milieu méd, poly & sour - dikraelhankari@yahoo.fr

Cabinet à vendre - à remettre

9999 - Luxembourg : CD (+20 ans) à vendre en 2015 +/- murs. Excellente situation. Patientèle int. de qualité. CA élevé et fiscalité intéressante. 2 faut. ds 2 salles. OPG dig. Imp. potentiel. Curieux s'abs. sb@vocats.com

8082 - Molenbeek : CD 10 ans activités + 2 app rénov Cse démén rais fam. Prix à conv ahlem2210@live.fr

8122 - BXL : Fds de comm en act + mat méd à vdr 75000€ denoville@live.be - 0478 93 10 02

Cabinet à louer

8109 - WSL : A louer Cab pr méd ou DG, Av de Janvier 5, joellever@gmail.com 0478 02 97 42

8170 - Laeken : ch local équipé quart Pagodes - Tour japo Surface 60 à 85 m2 pr dent ortho orient odf adul/enf dugris.odf@gmail.com

8091 - Braine l'alleud : Sybroendo Syst B à vdr

vendre cse doubl empl très peu servi parfait état cabinetdentairebla@gmail.com

8092 - BXL : Aéro-poli pr raccord KAVO prophy-jet neuf ds boîte 230 € dr.ayadjaffan@yahoo.fr 0475 72 52 18

8234 - Wépion : à vdr microsc Zeiss OPML pico neuf 9950 € - acnspri@gmail.com

8208 - Erpent : à vdr mat compl pr photog intrabucc Fuji S5 pro (12Mp) + Obj. macro Nikon 105mm VR + Flash annulaire Sigma 140 DG davidhuljev@hotmail.com

8100 - Genval : A donner Unit Cemm formula + Turbine w&h sinea, pièce à main bienair michèle.defer@skynet.be

8119 - Bonnelles : A vdr four thermaprep 2 Com neuf 300€ hors frais d'envoi henrotaypauline@gmail.com

Cherche

8121 - Marche-en-Famenne : Ch amalgam pr AG en vrac, type DENTOMAT ou similaire 082 21 26 01 michel.louviaux@marche.be

8175 - Jodoigne : CD Ortho excl bien sit et équ, Baltès, secrétaire, belle pat fid, Rdc prof & app ch coll prév retraite vanleeuw.danielle@skynet.be

8171 - Verviers : Groupe CD ch faut dent occ bon état mounakhamis@hotmail.com

8174 - Ans : ONE pr Projet 2014 Camp sens - Dé-pist et promo santé bucco-dent ch DG à l'aise avec enf 2H 1x/trim. Rém 50€+frais dépl. 1° Action mars 2014. C. Dallons 0491 35 79 84 caroline.dallons@one.be

8129 - Welkenraedt : Centre méd ch DG 0485 20 28 98 lefinmyriam@hotmail.com

Stage

8135 - BXL : DG ch à faire stage 6 mois + contrat en fin de stage si satisfaction ignoto30@gmail.com

8159 - BXL : DG roum Fin ét en 2010. Exp 3 ans. Ch stage borgianis@hotmail.fr 0489/ 34 03 24

Matériel - à vendre

8217 - BXL : Faut SIRONA C4+2006,com neuf, unit asp VSA 300 (2012), plaf 4 lamp + pt instr. Prix à disc 0489 65 84 86 munyutu@hotmail.com
8152 - Ottignies : Lamp Zoom, exc état 200€ pas de livr - bdentiste@me.com

Nouvelles annonces

Assistante - cherche emploi

30 Assistante dentaire - Bonjour, ma formation de base est prothésiste dentaire mais j'ai travaillé pendant 8 ans comme assistante dans un cabinet stomatologique. Ayant l'expérience du travail à 4 mains (soins et chirurgie), organisée, ponctuelle et sérieuse, je cherche un poste d'assistante à Nivelles ou aux environs.

Cabinet à vendre - à remettre

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

50 - Luxembourg - CD (+20 ans) à vendre en 2015 +/- murs. Excellente situation. Patientèle int. de qualité. CA élevé et fiscalité intéressante. 2 faut. ds 2 salles. OPG dig. Imp. potentiel. Mail : sb@vocats.com

Dentiste - cherche collaborateur

28n dentiste généraliste à Namur Cabinet dentaire deux fauteuils informatisé et numérisé cherche dentiste généraliste. Radiographie panoramique, endo mécanisée, etc.

29 Cherche dentiste Jette cabinet 3 fauteuils, 3 assistantes, cadre moderne et agréable, tout digitalisé, baltès, équipe en place jeune et dynamique, cherche dentiste diplômé en Belgique, horaire à définir

31 Cherche Orthodontiste DSO Cabine d'orthodontie exclusive, Brabant Wallon bien situé, bien équipé, Baltès, 1 secrétaire, belle patientèle fidèle, rez prof, appartement à l'étage, cherche collaborateur, en prévision fin de carrière, reprise pro-

gressive souhaitée

32 Cabinet de standing à Uccle Cabinet dentaire pluridisciplinaire à Uccle cherche un(e) dentiste généraliste. Très bonnes conditions de travail et de rémunération.

35 Parodontologie/ Implantologie "Cabinet pluridisciplinaire spécialisé à Namur cherche dentiste spécialiste en parodontologie / implantologie 1 jour semaine.

39 Recrutement "cabinet médio-dentaire Reding SPRL, pluridisciplinaire, recrute dentiste généraliste temps partiel

41 offre d'emploi dentiste cabinet Ciney - Cherche Dentiste gén ou stagiaire 6ème année. Temps plein de préférence. Collab moyen ou long terme. Cabinet moderne, 2 fauteuils, dossiers informatisés, rx numériques, 2 secrétaires. Situé à Ciney, proximité gare.

53 Tournai : cherche dentiste DG pour collaboration 2-3 jours/semaine. Cabinet en pleine activité.

40 - Bruxelles - Cherche un(e) collaborat(eur)rice compétent et motivé pour compléter équipe de dentiste et ortho, le lundi et mercredi après-midi. Quartier du midi. CV : hafidabakioui@skynet.be ou 02 539 29 58

Dentiste - Cherche assistante, secrétaire

38 Cabinet d'orthodontie recherche assistante mi-tps Cab. ortho. (2 praticiens) rech. assistante 1/2 tps (2 jrs/sem + 1 samedi/mois). Bonnes connaissances

informatiques, bonne présentation, bonne orthographe, contact aisé, organisée, habitant la région, les langues sont un atout. poss. formation sur place.

43 Assistante dentaire Cabinet mixte dentaire et dermatologique situé dans la périphérie hutoise cherche une assistante dentaire ayant déjà un minimum d'expérience, doit gérer les agendas des deux cabinets. La personne doit avoir un véhicule. Temps partiel.

A vendre

34 Installation à vendre A vdr installation Marus en bon état année 2000 + fauteuil récemment recouvert.

52 capteur Owandy krystal-x wifi à vendre. Etat impeccable + soft , prix à débattre

Divers

42 BAL DENTAIRE ULB "Bal dentaire plus connu sous le nom de Saint-Apolline grand casino de Bruxelles The Viage le 15 mars.

Prix : Repas 55 € étudiants, 75 € Bourgeois
19h : Début banquet 22h : Début revue/ spectacle ouverture des portes
23h : Ouverture du bal Divers
baldentaire2014@gmail.com

Pour répondre à une annonce, veuillez vous rendre sur www.dentiste.be rubrique Annonces

Suite à la mise en place de notre nouveau site internet, toutes les petites annonces existantes ont du être supprimées.

Nous vous invitons à vous rendre sur www.dentiste.be, à vous identifier et à redéposer votre annonce !

LISTERINE® ZERO™

Goût moins intense,
efficacité puissante

LISTERINE® ZERO™ prévention efficace pour de nouveaux groupes de patients

Grâce à la formule innovante ZERO™ sans alcool au goût moins intense et à la teneur optimale en fluor, les groupes de patients qui ne pouvaient ou ne voulaient jusqu'à présent pas utiliser le bain de bouche LISTERINE® peuvent désormais profiter des avantages préventifs de LISTERINE®.



- Goût moins intense
- Sans alcool
- Teneur élevée en fluor (220 ppm)

Avantages spécifiques pour l'hygiène buccale quotidienne.

- LISTERINE® ZERO™ réduit la plaque dentaire¹
- LISTERINE® ZERO™ garde les gencives saines
- LISTERINE® ZERO™ renforce les dents et protège contre les caries
- LISTERINE® ZERO™ rafraîchit l'haleine longtemps²



Développé pour les
patients sensibles au goût

Pour toute question, veuillez contacter la ligne d'information professionnelle:
0800 49 848 (appel gratuit, uniquement à partir d'un poste fixe)
www.listerine.be

1. Data on file D, microbiology dossier, McNEIL-PPC, Inc.
2. Pitts, G., et al., Mechanism of Action of an Antiseptic, Anti-odor Mouth rinse. Journal of Dental Research 62: 738-742, 1983.

LISTERINE®
POUR UNE HYGIÈNE BUCCALE TOTALE

Agenda

13 mars 2014

Bien-être au travail

Lieu : SMD - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/14-Bien-etre.htm



3 avril 2014

Gestion des conflits

Lieu : SMD - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/14-conflits.htm



15 mars 2014

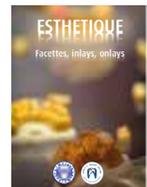
Workshop - Secrets et utilisation clinique d'un nouveau ciment bioactif calcium-silicate
Lieu : UCL - EMDS
Info : drimucl@gmail.com



5 avril 2014

Workshop : Facettes, inlays, onlays

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



17 mars 2014

Nomenclature Ortho

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

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



17 mars 2014

Démonter pour préserver sans stress

Lieu : SOP - Paris
www.sop.asso.fr



22 mars 2014

Pédodontie

Lieu : Diamant - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/14-Pedodontie.htm



29 mars 2014

Peer-review

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



Septembre 2014 Ne manquez pas le rendez-vous biennal du monde dentaire en Belgique

19e SALON de l'Équipement Dentaire

dentex 2014

ORGANISATION : DENTEX INTERNATIONAL
www.dentex.be

18-19-20 septembre

HEYSEL palais 7 **BRUSSELS EXPO**

APRÈS LE DÉJEUNER

ILS S'INCRUSTENT

PLAQUEZ-LES



"Extravagant Traveler" au Grand Hornu

Exposition de Frédéric PLATÉUS
du 9 février au 4 mai 2014

Frédéric PLATÉUS, né en 1976, travaille et vit à Liège. Après de nombreuses années dans les graffitis (Recto, son nom de graffeur) réalisés avec des bombes de peinture, il s'est orienté vers la réalisation d'objets sculpturaux, design, brillants, lissés et colorés. Le père de Frédéric Platéus était prothésiste. Dès l'âge de 16 ans, comme le métier lui plaisait, il commença à travailler dans le laboratoire de son père. Il fût ainsi initié aux métaux précieux, aux polymères, aux résines, et au plâtre. Grâce aux techniques dentaires, Frédéric Platéus a commencé ses premiers objets ou graffitis en trois dimensions.

L'artiste autodidacte s'inspire du sport, de la vitesse, de la culture urbaine et du hip-hop.

« Extravagant Traveler » est le trajet aller-retour qu'il fait de la rue vers le musée. Le titre de l'exposition est une référence à une chanson du rappeur américain Kool Keith décrivant un voyageur auquel l'apparence et les "marques extérieures" ont permis d'acquiescer un tapis de légendes.

L'artiste nous dévoile un engin supersonique et "m'as-tu-vu". La sculpture, déposée sur une remorque, est un prototype de vaisseau spatial ou manga. Trois films sont projetés enregistrant la dynamique de cette oeuvre d'art destinée à voyager et à impressionner le plus grand nombre.



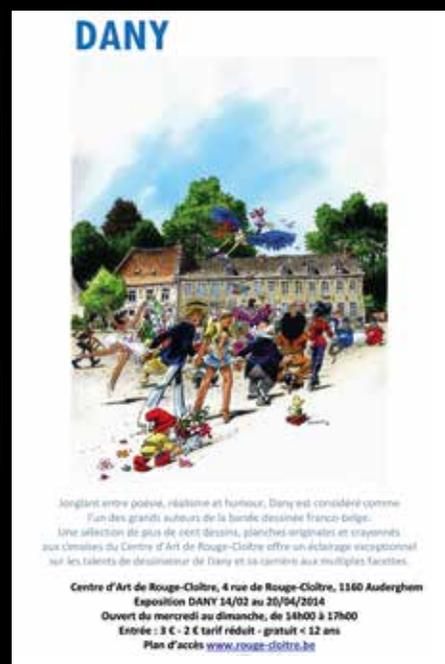
"Dany" Centre d'Art de Rouge-Cloître à Auderghem Pour les amateurs de BD, exposition du 14 février au 20 avril 2014

Dany est considéré comme l'un des plus grands auteurs de la bande dessinée belge. A la fin des années 60', sa carrière prend son envol avec "Greg" dans "Les Aventures d'Olivier Rameau". Une série où se mêlent santé, vie et humour. Quelques années plus tard, il nous offre "Histoire sans héros", dans un style tout différent et très réaliste avec la collaboration de Jean Van Hamme.

Ce récit, d'une densité remarquable, connaîtra une suite passionnante intitulée "Vingt ans après". Plus tard, viennent des gags plus coquins dans lesquels Dany nous prouve son talent remarquable pour dessiner les jolies filles.

Dany est un grand voyageur qui recueille beaucoup de documentation et collectionne de nombreuses émotions que l'on retrouve entre autres dans les albums Equator et Transylvania. En ce moment, avec son ami et scénariste Arleston, il dessine « Les Guerrières de Troy » (Heroic Fantasy).

Le Rouge-Cloître nous présente une sélection de plus de cent dessins, des planches originales et de crayonnés révélant les multiples facettes du talent de Dany.



Exposition BOZAR Michaël BORREMANS

du 22 février au 3 août 2014

L'artiste, né en 1963, vit et travaille à Gand. Il réalise des dessins, des peintures, des films et sa grande inspiration vient de peintres tels que Vélasquez, Goya, Vermeiren et Manet mais subit néanmoins l'influence de tous les siècles modernes et anciens. Ses techniques sont basées sur les peintures du baroque.

Dans l'interview que l'artiste m'a accordée, il m'explique qu'il a été très influencé par Vélasquez pour la technique mais également par Man Ray ; ce dernier a utilisé beaucoup de médiums comme la photo et la peinture. L'artiste apprécie le comportement de Man Ray face à l'art.

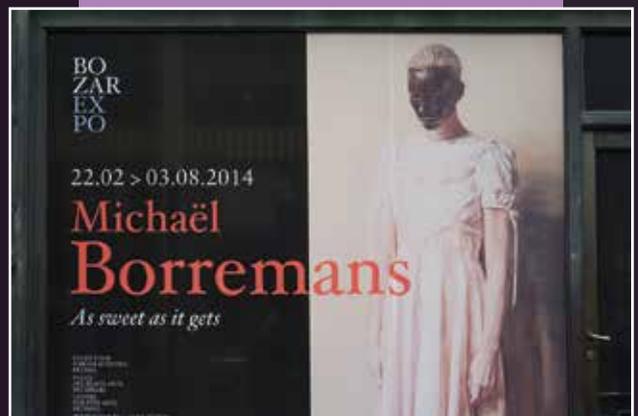
Michaël Borremans possède deux ateliers en Belgique ; en effet, lorsqu'il ne peut plus se concentrer dans son premier atelier, il se réfugie dans l'autre pour y puiser de nouvelles sources d'inspiration. Peintre autodidacte, il a suivi des cours de dessin et d'art graphique à St Luc dans sa ville natale de Gand. Dans l'exposition BOZAR, les visiteurs assisteront à la projection d'un film "Ce film n'est pas un film mais une peinture et n'a rien à voir avec le cinéma" dit l'artiste, c'est une projection d'une peinture de l'artiste.

Michaël Borremans voyage beaucoup, il possède des carnets de croquis mais tout son travail se fait en Belgique. L'artiste explique que tous les peintres en Belgique sont des « individus », chacun pour soi, chacun son propre style. Artistiquement, il ne se sent proche de personne. Il dit que l'art contemporain ne le regarde pas et que la peinture pour lui est une addiction. Il applique une technique ancienne sur des toiles au résultat contemporain. Son intuition lui dit ce qu'il doit faire ou ne pas faire et il exécute. Pour ses peintures, les photos sont ses croquis. Il réalise une mise en scène comme un régisseur de théâtre : il fait des photos du modèle, le filme et déjà, dans sa tête, il est en train de peindre, « Mes photos sont mes croquis pour mes peintures ». L'artiste est très content et fier d'exposer aux Beaux Arts, un institut belge et bilingue, un des bastions encore belge, un endroit historique et légendaire, le meilleur espace où il peut exposer. L'exposition est une initiative de Paul Dujardin, directeur des Beaux Arts.

Il y a quelque temps, l'artiste a reçu une invitation du musée de Dallas et actuellement les deux musées travaillent ensemble. Après Bruxelles, l'exposition partira au musée de Tel Aviv pour se diriger ensuite à Dallas.

Les peintures de Michaël Borremans sont achetées par les plus grands collectionneurs du monde. Il est cependant moins connu dans notre région francophone. Cet artiste se veut résolument belge, il aime la Belgique pour son temps, pour la couleur de son ciel, en évoquant Jacques Brel « La Belgique est imprévisible et absurde ».

Il peint avec son sang (cfr un autoportrait qu'il a fait de lui représentant un homme au torse nu avec un trou noir au niveau du cœur et un pinceau entre dans le trou). La reconnaissance pour lui est un très beau compliment.





Plus qu'un implant.
Un sentiment de confiance.

Straumann® Dental Implant System est une solution leader à l'échelle mondiale pour les omnipraticiens et les spécialistes. Notre engagement en faveur de la recherche garantit la qualité en s'appuyant sur des données scientifiques indépendantes. En mettant au point des innovations qui améliorent les soins aux patients, nous sommes devenus un partenaire de confiance dans plus de 70 pays.

Plus d'information: 02 790 00 00, info.be@straumann.com, www.straumann.be

60 YEARS


simply doing more



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

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



**BNP PARIBAS
FORTIS**

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

bnpparibasfortis.be