



**THE
DOE**



EJ

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

Juillet - Août 2014 n° 245

www.dentiste.be

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

P109050



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

BONNES
VACANCES



N° SPÉCIAL
MÉDECINE
DENTAIRE
PÉDIATRIQUE

NOUVEAU CROSS ACTION®



powered by BRAUN

LA TÊTE DE BROSSE ORAL-B
LA PLUS SOPHISTIQUÉE.

UN ANGLE PARFAIT
POUR UN
BROSSAGE
PLUS EFFICACE*

Angle
de 16°



ORAL-B® PRO 6000 AVEC CROSS ACTION®
NOTRE DERNIÈRE INNOVATION POUR LE BROSSAGE

Grâce à leur angle parfait, les brins CrissCross® permettent d'éliminer 22% de plaque en plus et de réduire de 32% l'inflammation gingivale en plus.†

*vs. une brosse à dents manuelle classique et Sonicare® DiamondClean®.
†vs. Sonicare Diamond Clean après 6 semaines d'utilisation.
Sonicare Diamond Clean est une marque déposée par Philips Oral Healthcare, Inc.



ORAL-B® BROSSE À DENTS ÉLECTRIQUE
DOUCEUR, EFFICACITÉ ET MINUTIE

Poursuivre les soins qui commencent entre vos mains



Technicien et Dentiste : Un partenariat renforcé.

La Loi de base qui organise les soins dentaires en Belgique est datée du 1^{er} juin 1934. Y figurait une disposition qui peut paraître bien curieuse pour les plus jeunes d'entre nous, à savoir :

Il est interdit aux praticiens (...) de permettre aux personnes non qualifiées (...) et effectuant des travaux de mécanique ou de prothèse dentaires, d'accéder, en présence d'un patient, à un local équipé en vue de la dispensation des soins dentaires.
Donc : stricte interdiction d'inviter un technicien au cabinet pour rencontrer un patient !

Cette disposition adoptée en 1951 était destinée à lutter contre l'exercice illégal de l'Art dentaire fort répandu à l'époque, pratiqué par des techniciens, qui plus est couverts par l'un ou l'autre dentiste sulfureux servant de prête-nom.

C'était aussi une époque où des cars hollandais parcouraient les campagnes pour ramasser les patients pour des extractions-minutes et la pose de prothèses immédiates et retour le soir même dans les campagnes. Il devait y avoir une belle ambiance dans ces cars, le soir... C'était la version ancestrale des actuels voyages dentaires low-cost vers l'Est. L'histoire serait-elle un éternel recommencement ?

Soixante ans plus tard, l'exercice illégal existe toujours. Sans doute moins répandu qu'à l'époque. Mais ce qui a changé, c'est le travail en bonne intelligence entre les dentistes et « leur » prothésiste. Les soins prothétiques supposent un travail d'équipe entre dentiste et technicien. Une complicité dans le travail d'un réel « couple ». Il était frustrant que cette loi sévère empêchait la rencontre entre le technicien et le patient, à l'initiative du dentiste. On peut même dire que c'était une disposition devenue particulièrement vexante pour le technicien, non reconnu dans ce travail d'équipe.

« Empêchait ». Car le Moniteur belge dans son édition du 20 mai 2014 publie la modification de la Loi qui s'appliquera dorénavant ainsi :

Il est permis aux personnes qualifiées (...) (ndlr : aux dentistes) d'autoriser le technicien dentaire, tel qu'il est défini dans l'arrêté royal (...), à accéder, en présence du patient qui y aura consenti, aux locaux équipés en vue de la dispensation de soins dentaires, et ce, dans le cadre de la réalisation de travaux de mécanique ou de prothèse dentaires. La contribution du technicien dentaire se limite à une assistance orale et théorique et s'effectue en la présence, sous l'autorité et sous la responsabilité de la personne qualifiée (...) (ndlr : du dentiste).

Nous attirerons l'attention sur le nécessaire consentement du patient que le dentiste doit recueillir pour autoriser cette invitation du technicien.

Nous nous réjouissons de cette modification légale. Certes petite, mais tellement souhaitée par nos techniciens. Cette modification a pour effet également de confirmer les autres dispositions de cette Loi déjà ancienne.

Nous espérons bien entendu que cette évolution n'encouragera pas l'émergence nouvelle d'exercices illégaux, mais au contraire renforcera la collaboration positive entre dentistes et techniciens.



Michel DEVRIESE
Président

APRÈS LE DÉJEUNER

ILS S'INCRUSTENT

PLAQUEZ-LES





3 Edito

M DEVRIESE

5 Cotisations 2014

6 Sommaire

8 Le Brésil en Belgique !

E LERAT

10 Info Produits

O CUSTERS

12 20 km de Bruxelles

O CUSTERS

17 FSD - ONE une collaboration efficace

T van NUJIS

21 Sommaire articles scientifiques

23 Les traumatismes dentaires

F FOUCHER

31 L'allaitement accroît-il le risque de carie de la petite enfance ?

32 Prise en charge de patients avec fracture radiculaire d'une incisive primaire

J MACLELLAN

35 Comment traiter un patient qui présente des ulcérations buccales

E STOOPLER, G AL ZAMEL

37 Testez vos connaissances en médecine dentaire pédiatrique

L GOUPY, C NAULIN-IFI

41 Revisitez les principes de base de votre pratique quotidienne

E BINHAS

SOMMAIRE

PAS DE CARIE,
même sur mes **dents de lait**



43 Sommaire formation continue

45 Douleur & Anesthésie

20 septembre 2014

47 Prothèse digitale : une réalité

18 octobre 2014

49 Endodontie :

Simplifier les cas complexes

22 novembre 2014

51 Douleurs oro-faciales

12 septembre 2014

52 Gestion des conflits

25 septembre 2014

53 Esthétique : inlays, onlays, facettes

27 septembre 2014

54 Réanimation

30 septembre 2014

55 Gestion du temps

2 octobre 2014

56 Endodontie : objectif succès

3-4 octobre 2014

57 La relation au travail

9 octobre 2014

58 Peer-review

4 octobre 2014

59 Numéros d'agrément des activités de formation du premier semestre

61 Sommaire info professionnelle

63 Clarification de la nomenclature implant

M. DEVRIESE

64 Charges sociales : valorisation des périodes d'études

O. CUSTERS

67 Travailler tout en étant pensionné : plafonds 2014

O. CUSTERS

70 Study-Clubs

73 In memoriam : Jean Andriessens

74 Petites annonces

77 Agenda

79 Culture

P. MATHIEU

Le Brésil en Belgique ! Digital Smile Design

Emmanuelle LERAT



Le centre de conférences du Dolce à la Hulpe Bruxelles a offert le samedi 26 Avril 2014 l'opportunité aux dentistes généralistes et spécialistes d'être informés des récents développements en planification informatique du plan de traitement.

C'est dans une ambiance brésilienne feutrée que nous avons apprécié un excellent orateur, à la fois dentiste et prothésiste : le Dr Christian Coachman. Son incroyable pouvoir de séduction nous a tenus attentifs toute la journée entre le mok-up, le wax-up, le back-up.

Un excellent buffet nous a rassasiés avant une après-midi d'explications à l'aide de templates PowerPoint™ et/ou Keynote™. Les exposants toujours au beau fixe nous ont parlé des dernières innovations.

La conférence en Anglais est traduite simultanément par Marc Hermans et Patrick Bogaert qui ont mis leur touche personnelle. Le thème de ce jour était la simulation digitale, le Digital Smile Design.



1. Focus sur le plan de traitement : par où commencer pour matérialiser le rêve du patient, ses attentes irréalistes, ses désirs et ses besoins. Trucs et astuces pour éviter les situations où le clinicien va se sentir incompetent face à des problèmes esthétiques, de durabilité suivant les parafunctions. Le Dr Coachman imagine le patient sans dent et commence sa planification numérique. Il améliore la communication entre le désir du patient, le prothésiste et le dentiste. La communication va prendre une autre dimension dès qu'on utilise la photographie numérique. Il photographie son patient, le filme et va intégrer ses données sur son programme informatique. Cette photo nous donne une idée de l'intégration du sourire du patient dans son visage et de la vision de ses dents et de sa gencive. Cet élément nous apporte un énorme complément d'information avec le modèle d'étude. Le praticien aura une meilleure vision de ce qui est réalisable.

2. Dans son template (PowerPoint™ ou Keynote™) il va intégrer sa photo prise avec un iPhone, iPad ou appareil photo numérique. La lumière est bien sûr un facteur de réussite de la photo. Ensuite il va quadriller sa photo pour avoir une vision mathématique du bord incisif, de la ligne du sourire, de la ligne médiane, de l'inclinaison de ces dents, la symétrie dans la longueur et dans la forme des dents, du support labial. Une petite réglette incorporée au



programme lui permet de mesurer toutes ces longueurs. Il aura des renseignements supérieurs à ce qu'on peut avoir lorsqu'un patient est couché dans notre fauteuil et qu'on le regarde. La photo à douze heures est la plus importante, elle permet de voir le menton, la commissure des lèvres, la lèvre supérieure. On voit si la courbe de l'arcade est symétrique. On peut voir le collet des dents et l'importance de la hauteur de gencive découverte lors d'un sourire gingival.



3. Le plan de traitement débute. Le Digital Smile Design est évalué et des modifications sont faites en bouche ou sur le modèle suite aux corrections établies dans le planning numérique. Les provisoires personnalisées sont imaginées et dessinées sur la photo, tout en respectant la personnalité du sourire du patient. Une correction par Photoshop est faisable pour s'imaginer la situation finale. A cet instant les émotions du patient sont capturées sur la photo ou le film, ce qui permet au praticien de guider son plan de traitement. Les ajustements gingivaux et dentaires sont alors finalisés.



4. Son analyse informatique est mise en ligne via Dropbox, ce partage permet à chaque intervenant d'ajouter son commentaire. Une radiographie peut être taguée et le contraste modifié, une vidéo insérée, une question posée. Un modèle de diapositives peut déjà être intégré dans l'ordinateur. Les spécialistes peuvent alors directement donner leur avis sans y passer trop de temps et sans être devant le patient. Un groupe de « WhatsApp » avec les spécialistes permet un passage d'informations identiques et simultanées. Le planning orthodontique et chirurgical peut alors être proposé.

5. Un wax-up est réalisé. La forme des dents est copiée de la forme idéale de dents numériques. Il imprime un modèle wax-up qui va permettre de réaliser le mock-up intraoral en bisacryl au départ d'une clé en silicone.



6. A l'essai, le patient est filmé et photographié pour lui permettre de faire tous les commentaires qu'il veut. Cela permet de réduire fortement les plaintes après traitement. Il donne aussi son accord pour le collage ou vissage. Cette vidéo est d'une grande aide dans la décision finale. Le patient comprend sa responsabilité. Le patient ne pourra plus rien changer après le placement final dès lors qu'il a accepté le travail lors de l'essai et visionné sur la vidéo. S'il désire quand même changer quelque chose, il devra participer aux frais de laboratoire et se sentira coresponsable. Une modification de la longueur des dents peut être faite en bouche en rajoutant un peu de cire afin de montrer au patient le résultat possible.

Cette technique aide nos yeux à voir ce qu'on ne voit pas d'habitude. On peut alors avoir une excellente communication avec le laboratoire, et partager nos connaissances et discuter avec le patient d'un plan de traitement concret et adaptable à chaque phase du traitement. Le résultat ne peut être qu'exceptionnel.

Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

INFO PRODUITS

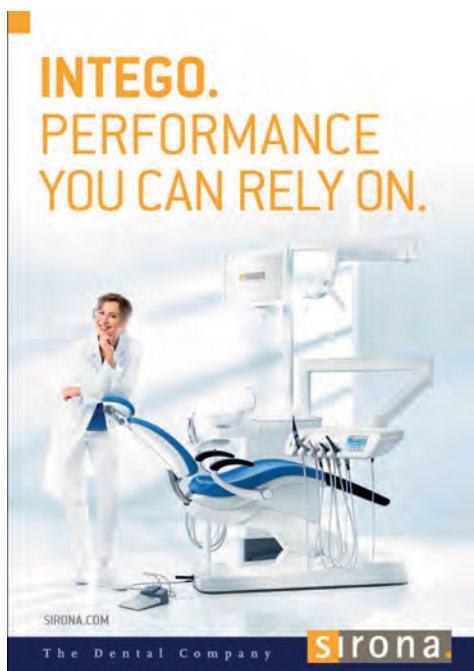


Sirona lance un nouveau poste de traitement qui vient compléter sa gamme de produits

Le 12 mai Sirona, leader de la technologie dentaire, a introduit un nouveau poste de traitement : INTEGO offre une qualité haut de gamme et des possibilités de configurations flexibles à un prix imbattable.

INTEGO complète la gamme de produits des postes de traitement Sirona. La ligne C, INTEGO et INTEGO pro couvrent ainsi une large palette d'exigences les plus diversifiées, aussi bien en ce qui concerne les praticiens que les patients. Ces postes de traitement offrent des solutions fonctionnelles dans une qualité éprouvée à un prix défiant toute concurrence. Comme tous les autres postes de traitement de Sirona, INTEGO est fabriqué à Bensheim où il est également soumis à des tests très poussés. Grâce à son design durable, à l'utilisation de matériaux haut de gamme et robustes, à la qualité de produit « Made in Germany » et à la focalisation sur des procédés de commande ergonomiques et sur le confort des patients, ce poste de traitement est non seulement plus viable, mais il facilite aussi davantage le travail quotidien des praticiens et des assistantes.

Vous trouverez de plus amples informations concernant les fonctions et les spécifications du poste de traitement INTEGO sur www.sirona.com/INTEGO.



Une boîte qui permet de ne jamais être à court de chewing-gums

Un café à 10h, un sandwich à midi ou un thé à 16h, après chaque prise d'aliments, la plaque dentaire se dépose à la surface des dents.

Très pratique et ludique, les nouvelles boîtes Freedent sont 100% recyclables et disposent d'une fermeture hermétique qui permet une bonne conservation des dragées. Grâce à ses dimensions idéales, elle trouvera une place de choix sur les bureaux et s'invitera rapidement dans les voitures monopolisant ainsi les porte-gobelets... Autant d'atouts qui feront des Boîtes Freedent le partenaire idéal pour garder une bouche propre, fraîche et saine en toutes circonstances.



Boîtes Freedent disponibles en parfum Menthe Givrée, Menthe Verte, White Menthe Forte, White Menthe Douce, White Menthe Verte et Fraise

Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

INFO PRODUITS

Webshop Nobel Biocare

Facilitez-vous la vie : laissez-vous séduire par une nouvelle expérience de shopping en ligne !

Nobel Biocare lance son nouveau Webshop pour la Belgique. Cette nouvelle plate-forme en ligne vous permet de placer vos commandes plus facilement et de manière plus rapide et contient quelques nouvelles possibilités telles que la création de votre catalogue produits personnel ainsi qu'un résumé de vos commandes et factures (NobelProcera inclus).

Ci-dessous un résumé des avantages et options supplémentaires :

Personnalisable

Créez votre propre catalogue produits et partagez-le avec vos collègues

Consultez le résumé de vos factures et commandes en ligne

Remplacez une même commande en un clic

Options afin de limiter les autorisations pour toute commande passée en votre nom par vos collègues

Navigation intuitive & fonction de recherche intelligente

Une fonction de recherche et des filtres intelligents vous propose les produits les plus adaptés.

Information produit détaillée disponible.

Des produits relatés à votre recherche initiale vous sont conseillés afin qu'aucun composant ne soit oublié

N'hésitez pas, laissez-vous séduire par une nouvelle expérience de shopping en ligne via store.nobelbiocare.be.

Profitez d'une extrême convivialité d'utilisation et découvrez toutes les fonctions supplémentaires, vous serez conquis !

N'hésitez pas à contacter votre délégué(e) Nobel Biocare pour de plus amples informations ou contactez notre service clients au numéro 02/467 41 70.

Inscrivez-vous ! store.nobelbiocare.be



Orchidée rose, l'édition design de KaVo : Apaisante, vivifiante, tonique, vous tomberez sous son charme !



KaVo. Dental Excellence.

Orchidée rose, la nouvelle édition design de KaVo, fait pénétrer la couleur dans votre cabinet. Vous pouvez non seulement personnaliser la sellerie de votre nouvelle unité de soins KaVo ESTETICA E70 ou E80 dans une belle teinte rose vivifiante, mais aussi harmoniser le coloris des accessoires du système de bras.



Travailler dans l'harmonie et la sérénité ! Les unités KaVo ESTETICA E70 et E80 éprouvées offrent les équipements ergonomiques les plus efficaces pour les soins de vos patients. Ces unités de soins ont reçu le label qualité et l'approbation AGR* (Verein Aktion Gesunder Rücken (Campagne pour l'ergonomie dorsale)). L'hygiène est garantie au cours de toutes les étapes de vos soins dentaires, grâce aux fonctions de stérilisation intégrées et aux flux standardisés des interventions. L'essence même de la qualité KaVo adaptée à votre mode de travail - la véritable norme d'évaluation de la durabilité. Un design contemporain intemporel. Des unités de traitement esthétiques et irréprochables avec des options judicieuses et utiles, garantie d'un centre de traitement idéal.

Affichez vos préférences et votre style personnel, conférez un ton particulier à votre cabinet dentaire et personnalisez vous-même votre nouvelle unité KaVo ESTETICA E70 ou E80, ainsi que votre nouveau fauteuil dentaire PHYSIO® Evo.

Vous souhaitez l'excellence et innover avec vos propres couleurs ? Les unités ESTETICA E70 et E80 dans le nouveau coloris KaVo répondent à vos aspirations personnelles.



Cette année, pour la première fois, la Société de Médecine Dentaire participait aux 20 km de Bruxelles en inscrivant une équipe de plus de 50 coureurs.

Rendez-vous était donné devant la camionnette **Souriez.be** pour un petit briefing et la distribution des T-shirts, des dossards et du ravitaillement. L'occasion de prendre aussi quelques photos.





Vers le km 7,5 dans le Bois de la Cambre, quelques supporters étaient là agitant le drapeau de la SMD pour encourager les valeureux coureurs.



Quelques coureurs apportaient une touche de folklore bien sympathique.



Après l'effort, retour à la camionnette SMD pour partager les impressions et recouvrer ses esprits, qui en mangeant une banane, qui en buvant de l'eau.



Après 1 heure 21 minutes et 31 secondes, le premier du team, Mohamed Lemkaddem, passait le portique de l'arrivée, suivi de peu par Charles Dassargues.



Cette initiative bien sympathique a permis de rassembler des praticiens de tous âges et de toutes régions sous la bannière de la SMD. Merci à tous les coureurs d'avoir répondu à notre appel, merci à Berta pour l'organisation, à Oral-B et Straumann pour leur soutien.

Rendez-vous l'année prochaine...

OC

Mohamed, l'homme le plus rapide de l'équipe SMD.

Voici le palmarès :

Voici le palmarès :

Class.	Dossard	Nom	Temps		Vit. moy km/h	Catégorie		Sex		
			10 km	20 km		Place	Nom	Place	Sexe	Ville
547.	n°4906	LEMKADDEM Mohamed	0:39:09	1:21:43	14.98	285	SEH	537	M	BRUXELLES
659.	n°4908	DASSARGUES Charles	0:39:59	1:22:51	14.77	342	SEH	644	M	BRUXELLES
1859.	n°4909	VANHORICK Bruno	0:43:39	1:28:57	13.76	886	SEH	1789	M	GENAPPE
2056.	n°10629	MANDOUX Julien	0:43:51	1:29:36	13.66	975	SEH	1974	M	BRUXELLES
2116.	n°4907	VERBEKE Sébastien	0:42:37	1:29:49	13.63	1002	SEH	2030	M	BRUXELLES
5229.	n°4913	FABIAN Thomas	0:47:01	1:37:50	12.51	2500	SEH	4937	M	BRUXELLES
5466.	n°10613	PION Inge	0:48:02	1:38:19	12.45	111	VF	312	F	MERCHTEM
5641.	n°10630	MARIEN Jean-Philippe	0:46:36	1:38:38	12.41	2684	SEH	5308	M	HUPPAYE
6439.	n°10637	MAHAUX Loïc	0:50:17	1:40:01	12.24	229	SEF	409	H	
6470.	n°4911	LARONDELLE Gaëtan	0:47:49	1:40:05	12.23	597	ESH	6059	M	BRUXELLES
6473.	n°4910	BRAEM Laurent	0:47:20	1:40:05	12.23	3080	SEH	6061	M	CEROUX MOUSTY
7745.	n°10620	DUMORTIER Olivier	0:49:18	1:42:19	11.96	2856	VH	7194	M	MOUSCRON
7919.	n°10632	SCALESE Bertrand	0:49:23	1:42:37	11.93	3679	SEH	7345	M	BRUXELLES
8981.	n°4914	LESSENT Régis	0:51:06	1:44:20	11.73	3285	VH	8275	M	HANNUT
9087.	n°10617	CARSIN Pierre	0:50:46	1:44:31	11.71	4174	SEH	8358	M	BRUXELLES
11217.	n°10633	SENGER Benoit	0:52:31	1:47:55	11.34	5043	SEH	10182	M	DURBUY
11293.	n°10625	LAMOTTE Henri	0:51:29	1:48:01	11.33	5071	SEH	10246	M	ARQUENNES
11525.	n°10635	TITS Vincent	0:55:02	1:48:24	11.29	1031	ESH	10432	M	AMOUGIES
11553.	n°10631	MOULIN Charline	0:52:10	1:48:27	11.28	594	SEF	1100	F	THIMOUGIES
12484.	n°29689	DEWAELE Olivier	0:48:38	1:49:52	11.14	5534	SEH	11206	M	ATH
33402.	n°10634	SENGER Olivier		1:50:18			SEH		M	DURBUY
13201.	n°10621	HALLEUX Dominique	0:53:50	1:50:52	11.04	520	VF	1437	F	OLNE
13232.	n°10616	CARLIER Brigitte	0:51:27	1:50:54	11.04	521	VF	1444	F	CEROUX MOUSTY
13283.	n°10615	BLANDEAU Rodolphe	0:54:01	1:50:58	11.03	5823	SEH	11830	M	BRAINE-L'ALLEUD
13292.	n°10624	LAMBERT Bertrand	0:54:00	1:50:59	11.03	5826	SEH	11837	M	BRUXELLES
13946.	n°37544	GORREMANS Philippe	0:55:59	1:51:56	10.93	585	VF	1605	M	
15575.	n°16985	HOLLAERT Thibaut	0:55:44	1:54:17	10.71	1337	ESH	13594	M	PRESLES
15576.	n°22858	BAUGNIET Céline	0:55:43	1:54:17	10.71	1067	SEF	1981	F	JODOIGNE
15958.	n°10626	LENELLE Bernard	0:55:59	1:54:51	10.66	5743	VH	13885	M	OLNE
16303.	n°10619	DANTHINE Agnès	0:56:03	1:55:19	10.61	787	VF	2159	F	SOUMAGNE
17592.	n°10623	LAFARGE Claude	0:56:22	1:57:09	10.45	6278	VH	15070	M	BRUXELLES
18511.	n°22859	KAISER Boris	0:57:51	1:58:31	10.33	1541	ESH	15744	M	HERVE
18668.	n°22860	KAISER Kenton	0:57:50	1:58:45	10.31	7648	SEH	15855	M	HERVE
20473.	n°10622	VERBELEN Baudouin	0:57:25	2:01:39	10.06	1823	SEF	3405	M	GEMBOUX
21463.	n°4912	M'HAMMEDI Rachid	0:47:30	2:03:28	9.91	8447	SEH	17703	M	BRUXELLES
22556.	n°29685	MAENHOUT Marine	1:03:44	2:05:25	9.76	2268	SEF	4171	F	BELLAIRE
22558.	n°10636	VANBOGAERT François	0:57:47	2:05:25	9.76	8767	SEH	18386	M	BRUXELLES
22584.	n°29687	ROYEN Annie	1:03:44	2:05:27	9.76	386	ESF	4183	F	HERVE
22771.	n°29691	MAUFROID Julie	1:02:43	2:05:51	9.72	2309	SEF	4254	F	CHASTRES
25134.	n°29681	CHARLES Véronique	1:02:14	2:10:45	9.36	2813	SEF	5235	F	FLOREFFE
26218.	n°29683	LATOUCHE François	1:06:59	2:13:14	9.19	9643	SEH	20488	M	WAVRE
26407.	n°29682	FLAMAND Yves	1:08:08	2:13:43	9.15	8843	VH	20572	M	TOURNAI
28349.	n°29686	ROYEN Élise	1:06:47	2:19:36	8.77	709	ESF	6749	F	HERVE
28350.	n°29684	LENELLE Charlotte	1:06:46	2:19:36	8.77	710	ESF	6750	F	OLNE
28388.	n°10628	MAHVELATI Gita	1:04:58	2:19:43	8.76	3606	SEF	6772	F	BRUXELLES
28842.	n°37545	CHARLES Astrid	1:10:12	2:21:23	8.66	3720	SEF	6999	F	BRUXELLES
30762.	n°16984	ADRIAENS Richard	1:09:50	2:30:48	8.12	9912	VH	22780	M	DROGENBOS
31491.	n°29692	FREDERICK Pierre	1:15:26	2:36:34	7.82	10097	VH	23129	M	BEERSEL
31606.	n°10614	ADRIAENS Cédric	1:09:49	2:37:39	7.76	10749	SEH	23185	M	DROGENBOS
32598.	n°29690	GYSELINCK Catherine	1:19:25	2:52:32	7.09	3200	VF	8949	F	BRUXELLES

Fondation pour la Santé Dentaire

Office de la Naissance et de l'Enfance :

une collaboration **efficace**

Thierry **van Nuijs**

PAS DE CARIE, même sur mes dents de lait

C'est le titre de la publication que vous aurez trouvée jointe à ce numéro du magazine "Le Point."



Cette brochure a été réalisée par l'ONE, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, en collaboration avec la Fondation pour la Santé Dentaire, le département « prévention » de la Société de Médecine Dentaire.

Elle est destinée aux jeunes parents et a pour objectif de les sensibiliser à l'importance d'une denture saine grâce à la mise en pratique de conseils essentiels tels que le brossage dès le plus jeune âge, la visite régulière chez le dentiste et de bonnes habitudes alimentaires.

La brochure reprend de manière très claire le calendrier d'éruption des dents de lait et des dents définitives, explique pourquoi il est important d'entamer le brossage des dents de lait dès leur apparition en bouche et ce qu'est la carie du biberon.

Le calendrier des dents ...



A chaque âge sa brosse à dents



Sont expliqués également le type de brosse à dents et le dentifrice à utiliser en fonction de l'âge de l'enfant. Et bien sûr la manière de brosser les dents de l'enfant.

Protéger les dents ...



On y apprend également l'importance d'une alimentation équilibrée, l'utilité ou non d'une tétine, les problèmes orthodontiques éventuels, le moment de la première visite chez le dentiste.



A ce propos, lorsque les parents viennent avec leur enfant chez le dentiste, celui-ci peut compléter le carnet ONE de l'enfant.

Le carnet ONE contient lui aussi une série de conseils utiles aux parents.

La brochure se termine par un résumé des différents conseils :



Bref, voilà une petite brochure bien sympathique pleine conseils utiles afin de préserver la santé bucco-dentaire des enfants.

Elle est disponible auprès de l'ONE : www.one.be à la rubrique « publications parents ».

Examens dentaires chez les tout-petits de 1^{ères} maternelles

La Fondation pour la Santé Dentaire collabore depuis de nombreuses années avec l'ONE afin de promouvoir la santé chez les jeunes. La Fondation a notamment assuré la formation du personnel de l'ONE : travailleurs médico-sociaux, médecins et pédiatres, lors de plusieurs séances de formations théoriques et pratiques relatives à la prévention, la médecine dentaire pédiatrique et l'orthodontie.

Une des dernières initiatives a consisté à réaliser des examens dentaires chez des enfants de 1^{ère} maternelles ! Et cela se passe super bien avec ces enfants qui ont à peine 2 ans et demi - 3 ans ! Les examens sont précédés d'une petite introduction en classe : le ou la dentiste se présente aux enfants, leur pose quelques questions sur les dents et leur montre ce qu'est le miroir du dentiste, la lampe qu'il va utiliser.

Certains enfants sont parfois un peu plus craintifs mais lorsque le dentiste leur demande qui veut montrer ses dents, il y en a toujours l'un ou l'autre plus ou moins dégourdi qui veut bien se faire examiner les dents.



Un enfant un peu moins effarouché qui se porte volontaire...

Tous les autres enfants sont invités à voir comment cela se passe et l'ensemble de la classe est bien vite rassuré. Et ils sont tous ravis de pouvoir montrer leurs dents !



La dentiste leur montre ce qu'est le miroir, la lampe du dentiste...



... et les autres qui voient comment cela se passe.

Comme nous le disent les institutrices, c'est pour beaucoup de ces enfants le premier contact avec le dentiste. Même certaines institutrices craignaient que cela ne se passe pas aussi facilement : elles sont bien vite rassurées également !



Il faut parfois un peu matermer... Et certains enfants sont fiers de nous montrer leurs autos !

Examens dentaires lors des consultations



Toujours en collaboration avec l'ONE, les dentistes de la Fondation pour la Santé Dentaire ont réalisé des examens dentaires lors des consultations organisées par l'ONE. Ces examens dentaires sont plus difficiles à réaliser que dans les classes car, ici, l'effet de groupe ne joue pas. Par contre, cela nous a permis d'entrer en contact avec les parents et de leur donner sur place des conseils de prévention.

Tous les parents avaient reçu, depuis la naissance de leur enfant, une information complète relative à la prévention bucco-dentaire. L'objectif était de vérifier si cette information avait entraîné des changements au niveau de la santé dentaire des enfants. Pour permettre de vérifier cette hypothèse, le groupe d'enfants vus en consultation ONE sera comparé avec le groupe d'enfants vus en maternelles, groupe pour lequel l'information n'avait pas été donnée.

Lors de ces consultations ONE, nous avons pu examiner 149 enfants en Province du Hainaut et 106 à Bruxelles. Les résultats des examens tant dans les écoles que lors des

Pour la Fondation, le but de ces visites en classe de maternelles est évidemment de familiariser les enfants à la visite régulière chez le dentiste.

La prévention dentaire doit être initiée dès le plus jeune âge : c'est une évidence.

Lors de ces examens dentaires en maternelles, nous avons pu examiner 406 enfants en Province du Hainaut et 108 enfants à Bruxelles.

Le but de cette étude est de mesurer l'impact que peut avoir le programme de « coaching dentaire » délivré auprès des parents dans les consultations ONE.



Et la matinée se termine par une jolie photo de classe avec la dentiste

consultations doivent encore nous être communiqués par l'ONE. Nous espérons pouvoir consolider la mobilisation de l'ONE en matière de santé dentaire.



A la consultation ONE, l'abord de l'enfant est parfois plus problématique...

ARTICLES SCIENTIFIQUES

23 Les traumatismes dentaires

F FOUCHER

**31 L'allaitement accroît-il le risque
de carie de la petite enfance ?**

**32 Prise en charge de patients avec fracture
radiculaire d'une incisive primaire**

J MACLELLAN

**35 Comment traiter un patient qui présente
des ulcérations buccales**

E STOOPLER, G AL ZAMEL

**37 Testez vos connaissances
en médecine dentaire pédiatrique**

L GOUPY, C NAULIN-IFI

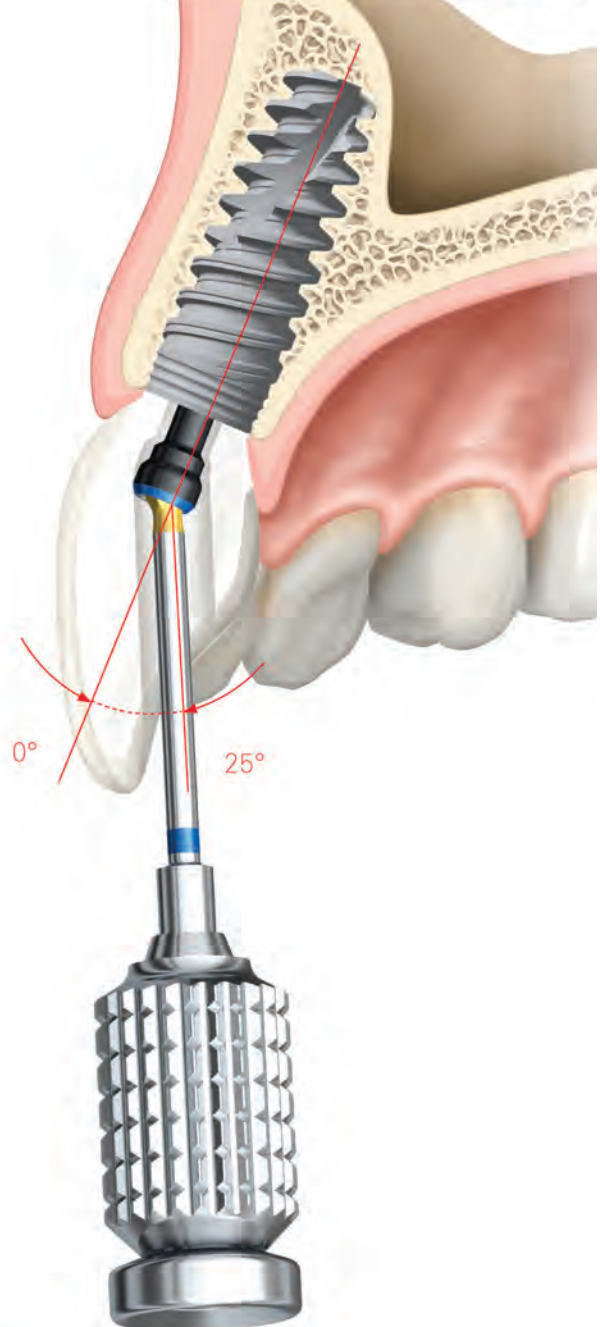
**41 Revisitez les principes de base
de votre pratique quotidienne**

E BINHAS

L'esthétique sous un nouvel angle.



Courtoisie du Dr. Juan Zufia et Sr. Santiago Dalmau



Nouvelles possibilités de traitement avec le pilier NobelProcera® transvissé en zircone avec pertuis de vis angulé (pilier ASC).

Le pilier NobelProcera ASC avec son insert en titane et son tournevis Omnigrip® offrent à ses utilisateurs de nouvelles possibilités de traitement ainsi que l'opportunité d'accroître le nombre de restaurations transvissées. Le pilier ASC permet de déplacer l'axe prothétique de la vis jusqu'à 25°, et ce dans un rayon de 360°. Ceci engendre un résultat esthétique optimal au niveau antérieur et un accès simplifié au niveau postérieur.

Le pilier transvissé en zircone angulé est disponible pour tout implant à connexion conique (CC) pour plate-forme NP et RP. Les avantages du pilier ASC sont uniques. Son nouveau tournevis Omnigrip spécialement conçu permet de clipser et de serrer la vis à 35 Ncm. Cette capacité assure une grande facilité d'utilisation et une importante sécurité. Ces nouveautés sont un véritable tournant en faveur d'un meilleur résultat clinique.

Pour de plus amples informations, contactez votre représentant local ou notre service clientèle au numéro 02/ 467 41 70.



Les traumatismes dentaires

France FOUCHER

Assistante clinique en pédodontie

Service de pédodontie et orthopédie donto-faciale du Professeur Michel Limme

Les traumatismes dentaires sont fréquents pendant l'enfance et l'adolescence. Accueillir en urgence un enfant n'est pas toujours une chose aisée. Le praticien doit faire face à la fois aux parents inquiets devant les lésions parfois très impressionnantes touchant leur enfant, mais aussi, il doit assurer la prise en charge du très jeune patient avec les difficultés que cela implique.

Que le traumatisme implique les dents lactéales ou les dents définitives, la thérapeutique de première intention, ainsi que le suivi à long terme permettent d'éviter des situations préjudiciables pour la fonction et/ou l'esthétique.

Les traumatismes en denture de lait

Chaque type de traumatisme devra être objectivé d'une radiographie qui servira à la fois d'outil de diagnostic, mais aussi de référence pour le suivi dans le temps.

Les luxations

Les luxations concernent le plus souvent les incisives, et peuvent avoir lieu avant même l'éruption des dents (c'est parfois le cas d'enfants intubés à la naissance).

Les luxations sans déplacement concernent les dents qui ont bougé dans l'alvéole mais qui sont restées dans leur position initiale après l'impact. Elles présentent une légère mobilité, avec parfois un saignement au collet de la dent.

Le traitement de ce type de luxation est principalement une surveillance clinique et radiologique étroite jusqu'à l'éruption des dents définitives. Le dentiste devra être attentif quant au changement de couleur, de mobilité, de l'évolution de la résorption radiculaire..., ceci additionné de recommandations aux parents telles que le maintien de l'hygiène bucco-dentaire et une alimentation molle pendant quelques jours.

Différentes évolutions peuvent survenir au cours de ce type de traumatisme à savoir des nécroses pulpaire, des ankyloses ou des perturbations de la rhyzalise. (Fig. 1,2, 3, 4 et 5)

Dans le cas des luxations avec déplacement, la dent n'est plus dans sa position initiale et conserve cette nouvelle position (Fig. 6). Deux questions se posent alors: la dent est-elle conservable ? Peut-on la laisser dans cette position ?

Il y a plusieurs facteurs qui influencent le choix thérapeutique :

- Le délai de la consultation en urgence : plus le traumatisme sera pris en charge rapidement, moins la formation du caillot sanguin ne rendra difficile le repositionnement de la dent.
- La mobilité de la dent : une dent lactéale très mobile n'est pas conservable.
- L'amplitude du déplacement : plus le degré de déplacement sera important, plus le risque lors du repositionnement de la dent d'entrer en interaction avec le germe définitif sera élevé.
- Les interférences occlusales : une occlusion croisée, résultant du traumatisme, ne pourra être conservée. Elle nécessitera soit une extraction, soit un repositionnement.
- La coopération du jeune patient et la faisabilité d'une attelle de contention vont de paire.

Dans les cas favorables, la réduction du déplacement avec la réalisation d'une attelle de contention est préférable.

Il existe plusieurs types de luxations avec déplacement :

A L'impaction

L'impaction refoule la dent dans le fond de son alvéole. Ce type de traumatisme est fréquent en denture de lait et s'explique par la grande malléabilité osseuse chez le jeune enfant. Lors de l'examen clinique, le bord incisal est encore visible, mais parfois l'impaction est quasi-totale, c'est la raison pour laquelle, une radiographie intra-buccale permet de faire le diagnostic différentiel d'une expulsion. (Fig 7,8 et 9).

Le praticien suivra l'éruption secondaire de la dent pouvant se produire dans une période de 1 à 6 mois.

Un nettoyage strict de la plaie sera réalisé à l'aide de liquide physiologique et de digluconate de chlorhexidine à 0,2 %. Le maintien de l'hygiène bucco-dentaire joue un rôle essentiel dans le pronostic à long terme. L'attention lors des séances de contrôle sera portée sur les risques d'abcès, de nécrose et d'ankylose.

Cependant, si le traumatisme a provoqué en plus de l'impaction une perforation de la table vestibulaire, l'extraction sera alors envisagée.

B La rétrusion

Lors de la rétrusion, la dent traumatisée peut présenter une mobilité accrue, avec une possibilité d'occlusion croisée ou de bout à bout, voire une fracture alvéolaire. (Fig 10, 11, 12 et 13). Dans les cas favorables, la réduction du déplacement est effectuée. Mais, lors de ce choc, comme cité dans les impactions, il peut facilement y avoir aussi une perforation de la table vestibulaire. La figure 14 illustre ce mécanisme. Dans ce cas, l'extraction est le traitement de choix.

C L'expulsion

Comme vu précédemment, l'alvéole d'une dent expulsée doit faire l'objet d'une radiographie de diagnostic afin d'éliminer le risque d'impaction totale. De plus, cela permet de vérifier qu'il ne reste pas de fragments radiculaires. Dans le cas de l'expulsion, la dent lactéale n'est pas réimplantée afin de ne pas risquer de léser le germe définitif ou de provoquer une ankylose. L'urgence consiste à un nettoyage des plaies avec sutures si nécessaire. Les expulsions prématurées peuvent faire l'objet de remplacement de la ou des dent(s) manquantes par un mainteneur d'espace (Fig 15).

Ces mainteneurs d'espace ne sont pas pris en charge par les mutuelles, c'est la raison pour laquelle il faut les mentionner dans la déclaration d'accident.

Les fractures

Concernant les fractures coronaires, selon la perte de substance, la prise en charge sera différente. Une fracture d'émail, si elle est minime (Fig 16) peut nécessiter un polissage pour éliminer les bords coupants avec une application de vernis fluoré par la suite.

Les pertes de substances plus importantes intéressant l'émail et la dentine (Fig 17) seront reconstruites à l'aide de ciment de verre ionomère. En effet, chez le jeune enfant, les tubulis dentinaires sont larges et nombreux et sont donc susceptibles de conduire les toxines bactériennes jusqu'à la pulpe entraînant des pathologies pulpaires. C'est la raison pour laquelle ces expositions doivent être couvertes.

Les reconstructions en composite seront envisagées ultérieurement.

La surveillance de la dent traumatisée devra avoir lieu 1 mois plus tard, puis de 3 mois en 3 mois et enfin tous les 6 mois.

La fracture coronaire avec exposition pulpaire est plus problématique. Se pose alors la question : « faut-il conserver la dent ? » 2 paramètres sont à prendre en compte : le stade de rhizalyse et la coopération de l'enfant. (Fig 18 et 19).

Les fractures radiculaires ont une gestion et un pronostic qui seront fonction de la coopération de l'enfant et du niveau du trait de fracture. Les fractures dans le tiers moyen entraînent une mobilité importante du fragment coronaire (Fig 20). Le fragment coronaire est alors extrait et le fragment apical est conservé dans l'alvéole. En effet, extraire ce dernier risquerait de léser le germe définitif. Le fragment radicaire subira la rhizalyse par les dents définitives.

Les fractures radiculaires intéressant le 1/3 apical provoquent en général peu de déplacement du fragment coronaire, et peu de mobilité. Il n'y a pas de communication entre le milieu buccal et le trait de fracture. Une surveillance clinique jusqu'à la rhizalyse complète des dents de lait traumatisées doit être assurée (Fig 21).

Le suivi post opératoire des dents de lait traumatisées

Les tests de vitalité chez le jeune enfant manquent de fiabilité. Ainsi, lors des séances de contrôle, le dentiste surveillera la couleur de la dent, son opacité, la présence ou pas de fistule vestibulaire et la présence de douleur rapportée par l'enfant. De plus, l'examen radiologique permet de suivre l'évolution de la rhizalyse ainsi que la présence de plages de résorption inflammatoire. En effet, si la pulpe se nécrose, les produits inflammatoires en résultant, vont envahir le desmodonte par les tubulis dentinaires et entraîner une résorption périphérique accélérée de la racine.

Une interrogation fréquente se pose quant au changement de teinte de la dent. Parfois l'intensité du traumatisme est suffisant pour provoquer une hémorragie pulpaire donnant une légère coloration rosée. Puis, l'hémoglobine engendre une coloration grisâtre. Cette teinte, peut être transitoire, et s'atténuer peu à peu, en raison d'une réhabilitation secondaire de la pulpe. (Fig 22)

Ou, dans certains cas, la dent conserve cette coloration car

elle se nécrose. Aussi, s'il n'y a pas de douleur, ni d'abcès le praticien peut se contenter de suivre l'évolution. Un traitement pulpaire (ou extraction selon le stade de rhizalyse et la coopération de l'enfant) devra être instauré en présence de fistules vestibulaires ou autre symptômes. (Fig 23)

Parfois, lors du suivi du traumatisme, on observe par rapport à la dent controlatérale, une dentinogenèse réactionnelle qui peut oblitérer presque complètement la chambre pulpaire entraînant une opacité de la dent. Ce cas-ci ne demande qu'une surveillance clinique. (Fig 24)

Les séquelles en denture définitive

Bien heureusement, dans de nombreux cas, les dents définitives font éruption « comme si rien ne s'était passé ». Cependant, il arrive que leur éruption révèle de nouvelles séquelles du traumatisme qui date pourtant de plusieurs années.

Il y a pour cela plusieurs facteurs prédisposants :

- 1 L'âge de l'enfant : plus l'enfant est jeune, plus il y a de risque que la dent définitive soit lésée dans sa morphogenèse.
- 2 Le stade de rhizalyse : plus l'enfant est jeune, plus la racine est grande et donc le bras de levier également. Le choc est donc susceptible de provoquer un déplacement à l'intérieur de l'os alvéolaire et de créer de possibles lésions au niveau du follicule.
- 3 La position du germe : sa position plus palatine au maxillaire le protège en quelque sorte, lors de l'impaction et lors de la rétrusion.

Ces séquelles sont de différents types. Elles peuvent altérer la dent définitive au niveau de sa structure mais aussi au niveau de sa morphogenèse : les dyschromies amélares (Fig 25), les hypoplasies (Fig 26), les duplications radiculaires, les angulations radiculaires vestibulaires, les dilacérations radiculaires, les arrêts de formation radicaire (Fig 27).

De plus, les traumatismes engendrent parfois une éruption ectopique ou retardée de la dent. (fig 28).

Les traumatismes en denture définitive

Il y a trois grands principes qui guident la thérapeutique des traumatismes en denture définitive :

- 1 être le plus conservateur possible
- 2 favoriser la formation radicaire
- 3 conserver au maximum la vitalité pulpaire

Comme en denture de lait, les luxations sans déplacement font l'objet d'une surveillance clinique rapprochée. Le suivi se fera à 1 mois, puis de trois mois en trois mois la première année et enfin tous les six mois.

Au cours de ce suivi, le praticien effectue des tests de vitalité (attendre au moins six semaines afin d'obtenir une réponse fiable). Après le traumatisme, il y a une sidération du paquet vasculo-nerveux qui peut se traduire par une réponse erronée du test de vitalité.

En revanche la prise en charge en urgence des luxations avec déplacement consiste à un repositionnement de la dent dans sa position initiale et à son maintien grâce à une contention. Les soins des tissus mous sont réalisés. Il est souvent nécessaire

de prescrire des antidouleurs et anti-inflammatoires ainsi qu'une antibiothérapie dans certains cas (traumatisme survenu dans un lieu propice aux infections, hygiène buccale déficiente). La contention doit permettre d'assurer la guérison des tissus mous, d'assurer une stabilité suffisante de la dent luxée tout en préservant sa mobilité physiologique.

Elle doit répondre à certains critères : permettre le maintien d'une hygiène bucco-dentaire, la réalisation des tests de vitalité et la réalisation de traitement endodontique si nécessaire. La contention est souple pour que la dent transmette au parodonte des micromouvements favorisant la guérison du ligament desmodontal. Elle maintient ainsi la dent dans un contexte physiologique diminuant alors le risque d'ankylose.

La durée de la contention est variable : s'il n'y a pas de fracture alvéolaire, elle est laissée 2 semaines en place. Si une fracture alvéolaire est présente, elle sera déposée six semaines après le traumatisme. Il faut toujours garder à l'esprit que plus la durée de contention est longue, plus les risques d'ankylose et de résorption sont importants.

Les cas d'impaction en denture définitive jeune, réclament une gestion appropriée. La réduction en urgence du déplacement est post-posée car elle ne donne pas de résultats satisfaisants.

Dans le cas des dents matures à apex fermé, l'éruption spontanée de la dent intrudée peut prendre plusieurs mois sans pour autant espérer un repositionnement correct. Le traitement de choix, est alors un traitement orthodontique, qui vise, grâce à des forces légères à l'extrusion lente de la dent traumatisée.

Si l'impaction touche une dent définitive immature à apex ouvert, et pour autant que l'impaction soit inférieure à 6 mm, une éruption secondaire dans les deux semaines peut se produire. Mais, si l'impaction est sévère, ou que dans les 15 jours, la dent est restée dans sa nouvelle position, alors, l'impaction est traitée comme pour une dent à apex fermé (extrusion lente orthodontique).

Pour les expulsions, le taux d'échec des réimplantations est du à la non survie des cellules desmodontales qui se déshydratent et se nécrosent entre 5 et 30 min d'exposition à l'air libre. Or, c'est de l'intégrité même de ce ligament que dépend le succès de la réimplantation. De manière simplifiée, si le ligament disparaît ou est altéré dans sa structure, le ciment entre en contact avec l'os, et la racine est prise dans le remaniement osseux et s'ankylose.

Il y a deux facteurs de réussite à prendre en compte :

Premièrement, le stade de formation radiculaire : le meilleur pronostic concerne une dent à apex ouvert. La pulpe a alors de fortes probabilités d'être réhabilitée. La racine peut continuer sa formation et l'apex peut se fermer, mais, il y a cependant des cas, où se produit la formation d'une racine courte avec un apex plat, voire une formation osseuse au niveau de la pulpe. En revanche, si l'apex est fermé, il y a de fortes chances d'avoir une nécrose pulpaire, car, après la réimplantation, les bourgeons de revascularisation ne pénétreront pas facilement à travers le foramen apical.

Deuxièmement, le temps écoulé hors de l'alvéole : l'objectif est d'obtenir une ré-attache physiologique. Si le temps écoulé est supérieur à 30 minutes, le risque d'ankylose augmente.

Protocole de prise en charge :

Si l'entourage du patient téléphone au cabinet dentaire dans le cas d'une expulsion :

Il faut d'abord s'assurer qu'il s'agit d'une dent définitive. Dans l'affolement, les parents peuvent confondre une dent définitive et une dent lactéale (Fig 29)

Si l'interlocuteur est compliant, on peut guider la réimplantation de la dent avant de venir au cabinet. Dans le cas contraire, il faut conseiller de conserver la dent dans un milieu adéquat jusqu'à la consultation en urgence.

A préparation de la dent :

La dent doit être manipulée avec délicatesse par la couronne. Si la dent a été conservée en bouche ou dans un milieu physiologique, la racine est rincée au liquide physiologique.

Si la période extra-orale est supérieure à 30 minutes, ou si le milieu de conservation n'est pas adéquat ou encore que la racine a été souillée, les cellules desmodontales desséchées et nécrosées seront éliminées. La dent est immergée quelques minutes dans une solution de fluorure de sodium à 2 % qui fixera les ions fluorures à la surface de la racine et limitera les risques de résorption.

B préparation de l'alvéole :

L'alvéole est rincée au liquide physiologique afin d'éliminer le caillot et les débris. Un instrument à bout mousse permet dans certains cas de repositionner les parois osseuses fracturées. La dent est réimplantée dans son alvéole, une contention souple sera placée pour une durée de 15 jours (sauf s'il y a une fracture osseuse, 6 semaines).

Les fractures

L'objectif premier est de maintenir la vitalité pulpaire.

Tout d'abord, les fêlures peuvent être traitées par la pose d'un sealant pour éviter la pénétration bactérienne et le risque de dyschromie d'origine exogène.

Les fractures d'émail, selon la perte de substance, peuvent être reconstruites soit par adjonction directe de composite (Fig 30) soit par pansement d'un verre ionomère provisoire. Si le patient a le fragment fracturé, et si celui-ci est exploitable, il peut être recollé, comme l'illustre la figure 31.

La pulpe a pu souffrir du traumatisme et des lésions dégénératives peuvent survenir. En effet, la dent a pu subir une luxation sans déplacement, et si l'apex est fermé il peut y avoir des risques de lésions vasculaires (qui sont moins importants si la racine est en cours d'édification).

Les fractures émail-dentine peuvent être reconstruites à l'aide d'un ionomère de verre pour protéger la dentine. Comme dans les fractures d'émail, si le morceau de dent est retrouvé et est exploitable, il pourra être utilisé.(Fig 32)

Pour les cas de fractures avec exposition pulpaire, il y a plusieurs paramètres qui influencent le choix du traitement :

- 1 la taille de l'ouverture
- 2 le délai de consultation
- 3 le degré de formation radiculaire

Selon le délai de prise en charge, plusieurs types de traitement sont proposés :

Temps d'exposition pulpaire	Traitement
< 30h	Coiffage pulpaire direct
30 h à 7 jours	Pulpotomie partielle
> 7 jours	Pulpectomie

Tableau 33 : traitement pulpaire en fonction du temps d'exposition pulpaire.

Le coiffage pulpaire direct et la pulpotomie sont des techniques d'apexogénèse. C'est à dire qu'elles permettent le développement radiculaire et la fermeture apicale après exposition pulpaire.

Le coiffage pulpaire direct sera réalisé soit avec de l'hydroxyde de calcium si la rétention est faible ou avec de la Biodentine si la cavité est rétentive (Fig 33).

La pulpotomie partielle pourra être réalisée à l'aide d'hydroxyde de calcium, de MTA ou de Biodentine.

La pulpectomie en urgence est indiquée dans les cas où l'exposition pulpaire date de plus d'une semaine.

Le suivi des dents traumatisées à long terme

Les tests de vitalité sont réalisés à partir de six semaines après le traumatisme. Cependant, il faudra être attentif à la réponse pour les dents ayant eu une pulpotomie, un coiffage, ou encore les dents présentant une oblitération pulpaire, car les tests pourraient être faussés.

La nécrose pulpaire des dents définitives jeunes doit être diagnostiquée précocement pour limiter les risques de résorption radiculaire et pour la mise en place d'une thérapeutique qui favorisera la fermeture apicale (apexification) dans le cas de dents immatures.

Cliniquement, quels sont les signes de nécrose ?

Un arrêt de la croissance radiculaire, la présence d'une fistule, une douleur spontanée à la mastication et/ou une résorption radiculaire externe peuvent être observés.

Lorsque la dent immature présente une nécrose ou une pathologie pulpaire irréversible, ou encore lorsque le développement radiculaire s'est arrêté, il faut stimuler l'apexification. Il s'agit donc d'une technique qui vise à provoquer la fermeture de l'apex, grâce à une barrière, sans allongement radiculaire.

La désinfection canalaire sera réalisée à l'aide d'hypochlorite à 2,5 %, et l'hydroxyde de calcium sera mis en place. Le CaOH₂ permettra d'éliminer l'exsudat, de désinfecter, d'éliminer les toxines bactériennes et de favoriser la cicatrisation apicale. Ensuite, un bouchon apical sera placé soit grâce au MTA soit à l'aide de la Biodentine.

Une autre conséquence des traumatismes, est l'ankylose. Il y a une disparition de l'espace ligamentaire et un remplacement progressif du cément et de la dentine par de l'os. La dent est soumise au remaniement osseux puisqu'elle fait partie intégrante de l'os. Il y a ainsi une perte de mobilité de la dent, un son mat à la percussion. Ce phénomène est asymptomatique. Ce type d'évolution se produit lors des impactions et des réimplantations. C'est la raison pour laquelle il faut informer les parents du risque d'ankylose.

L'ankylose provoque un arrêt de la croissance alvéolaire laissant la dent en infra-position s'observant par un décalage des

bords incisaux avec les dents voisines. Pour ralentir le phénomène et éviter de surajouter une résorption inflammatoire, une obturation à l'hydroxyde de calcium est placée.

Hormis le traitement préventif de l'ankylose, il n'y a pas de traitement spécifique des résorptions de remplacement. Le phénomène aboutit à la destruction plus ou moins importante de la dent avec son remplacement par du tissu osseux. Le patient sera dirigé vers une consultation en parodontologie afin d'être pris en charge.

Enfin, les résorptions radiculaire inflammatoires internes sont plus rares mais peuvent survenir suite aux luxations, extrusions, fractures, et expulsions.

Ce sont des phénomènes qui évoluent rapidement sur les dents jeunes et qui concernent n'importe quelles zones radiculaire (préférentiellement dans le 1/3 médian du canal et rarement dans le 1/3 apical).

Dès que la lésion est détectée radiologiquement, il faut immédiatement intervenir car le phénomène peut aboutir à une perforation radiculaire.

Le traitement radiculaire sera réalisé sous microscope afin d'éliminer tout le tissu inflammatoire.

En conclusion, chaque traumatisme dentaire doit faire l'objet d'une prise en charge adéquate. Tout type de lésion peut conduire à une perte immédiate ou retardée d'une ou plusieurs dents avec les conséquences fonctionnelles, esthétiques, et financières que l'on peut imaginer.

Références bibliographiques

Chantal NAULIN-IFI, 2011, Odontologie pédiatrique clinique éditeur CDP, collection JPIO

Chantal NAULIN-IFI, 2005, Traumatismes dentaires éditeur CDP collection JPIO,

International Association for Dental Traumatology: Home www.iadt-dentaltrauma.org/

Stephane Simon, Pierre Matchou, Wilhelm-Joseph Pertot, Endodontie ,editeur CDP collection JPIO

Illustrations

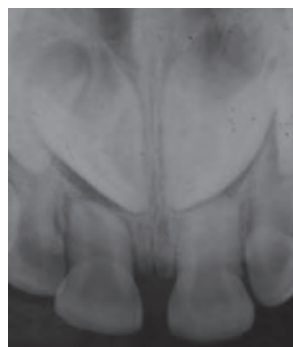


Fig 1 : Luxation sans déplacement touchant 51 et 61



Fig 2 : Après 2 mois, nécrose de la 51 nécessitant une pulpotomie.



Fig 3 : 8 mois plus tard, pulpotomie de la 61



Fig 4 : 4 ans et demi plus tard, les dents définitives ont fait éruption sans conséquences.



Fig 5 : Rhizalyse accélérée de 51 et 61 provoquée par une luxation 1 an auparavant. Cette situation va conduire à une perte prématurée de ces dents lactéales.



Fig 6 : Rétrusion et extrusion de la 61 et 62 avec saignement et dilacération de la gencive



Fig 7 : Impaction de la 51. La 52 avait été expulsée lors d'un traumatisme antérieur.

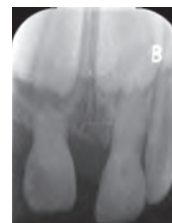


Fig 8 : Rx de diagnostic : notons la rhizalyse accélérée de la 51 due au traumatisme antérieur.



Fig 9 : L'examen clinique pourrait suggérer une expulsion de la 51 mais la radiographie montre qu'il s'agit d'une impaction totale.

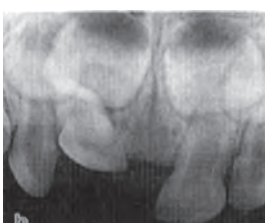


Fig 10 : L'occlusion croisée impose la réduction du déplacement



Fig 11 : La rétrusion est réduite à l'aide d'une ouate placée en palatin



Fig 12 : Pose de la contention de la 52 à la 62



Fig 13 : Dépose de la contention 15 jours plus tard. Notons le changement de teinte de la 61.



Fig 14 : La dent lactéale supérieure est positionnée en vestibulaire par rapport au germe définitif. L'impaction, tout comme la rétrusion, provoque un dérapage de l'apex en position vestibulaire ce qui explique que dans certains cas, l'impact peut provoquer une perforation de la table externe.

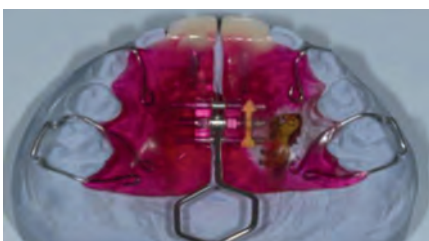


Fig 15 : Mainteneur d'espace amovible avec adjonction de 51, 61, crochets d'adams sur les 65 et 55. Des crochets de rétention ont été placés sur 53 et 63. Un vérin transversal permet de suivre la croissance du maxillaire.





Fig 16 : fracture d'émail de la 61, la perte de substance est minime. Le praticien peut réaliser un polissage des bords coupants afin d'éviter une blessure secondaire.

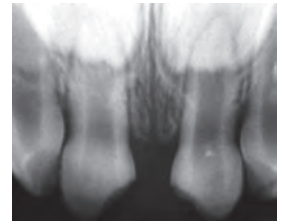
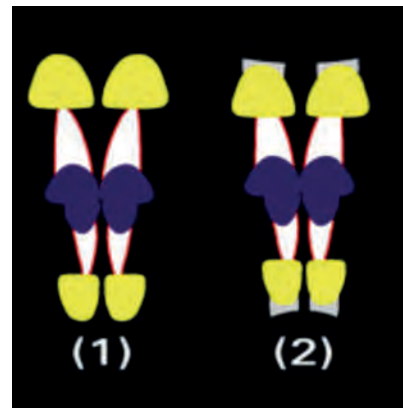


Fig 17 : Une fracture émail-dentine de 51 et 61. En urgence, le placement d'un pansement en ionomère de verre doit être réalisé afin de protéger le complexe pulpo-dentinaire.



Stade 1 ou 2
Coopération de l'enfant
▼
Pulpotomie



Stade 1 ou 2
Coopération de l'enfant
▼
Pulpotomie

Fig 18

Fig 19



Fig 20 : Fracture du 1/3 moyen radulaire de la 61. Le morceau coronaire a été retiré, le fragment radulaire est resté dans l'alvéole et a subi la rhizolyse de la 21.

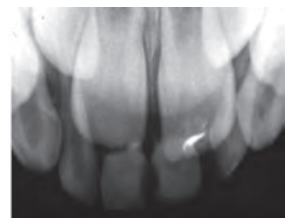
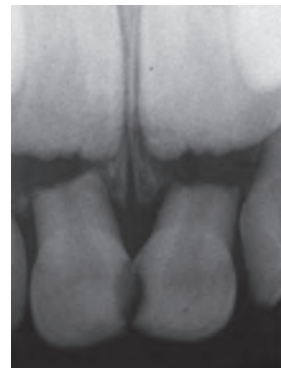
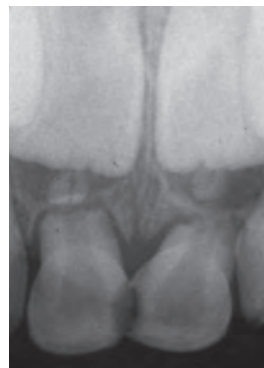
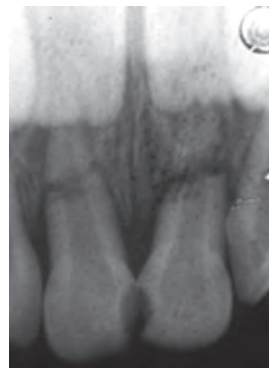


Fig 21 : Fracture du 1/3 apical de 51 et 61. Les dents ont été conservées jusqu'à leur exfoliation physiologique.

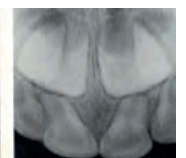
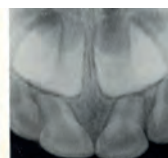
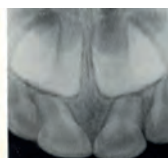


Fig 22 : A : Traumatisme de la 61 B : 15 jours plus tard, changement de teinte de la 61, radiologiquement, il n'y a pas de signe de résorption inflammatoire C : 3 semaines plus tard, il y a une réhabilitation secondaire de la pulpe, la dent se rééclaircit.



Fig 23 : Fistule vestibulaire en regard de la 61 nécessitant une thérapeutique pulpaire.

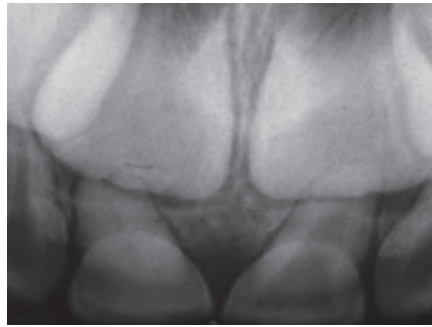


Fig 24 : Dentinogénèse réactionnelle de la 51 avec oblitération pulpaire entraînant une opacité de la dent.



Fig 25 : dyschromie amélaire sur les dents définitives secondaires à un traumatisme en denture de lait.



Fig 26 : Hypoplasie amélaire

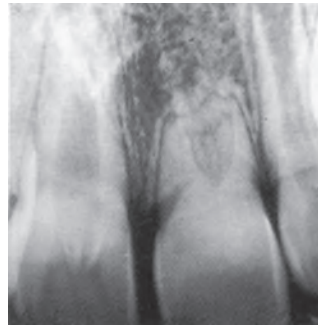


Fig 27 : Arrêt de formation radiculaire de la 21 suite à un trauma survenu en denture lactéale sur la 61.



Fig 28 : éruption ectopique de la 21

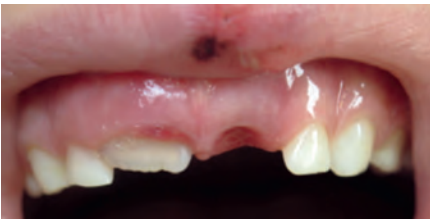


Fig 29 : ici il ne s'agit pas de l'expulsion de la 21 mais de l'exfoliation de la 61. La rx de diagnostic permet de confirmer.

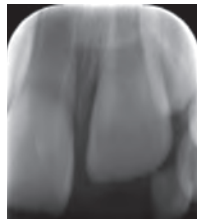


Fig 30 : fracture d'émail de la 22, reconstruction composite le jour du traumatisme

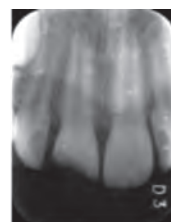


Fig 31 : fracture amélaire de la 21. La patiente a apporté le fragment fracturé qui a pu être utilisé pour la reconstruction de la dent.

Fig 32 : fracture amélo-dentinaire de 11 et 21 : reconstruction par collage des fragments.



A



B

C

Fig 33 : A=Fracture coronaire avec exposition pulpaire de la 11. Le fragment
B :Le fragment a été utilisé

Les cartes de rappel de la SMD

Un moyen sympa pour rappeler
vos petits patients à leur visite de contrôle !



Le dentiste est l'ami de mon sourire.
Je le vois au moins deux fois par an.

100 cartes + 100 enveloppes - Prix membre : 20 € - Prix non-membre : 30 €

Commandez-les directement en ligne sur www.dentiste.be/articles.aspx
Ou par téléphone au 02 375 81 75 ou par mail à secretariat@dentiste.be

L'allaitement accroît-il le risque de carie de la petite enfance ?

J Can Dent Assoc 2013;79:d123_f

L'idée de longue date que l'allaitement peut contribuer à la carie de la petite enfance a pu porter certains dentistes à s'interroger sur les conséquences de ce mode d'alimentation, par rapport à d'autres, sur la santé buccodentaire des poupons. Le nouvel énoncé de position de l'ADC sur l'allaitement (voir encadré) remet les pendules à l'heure pour les dentistes et leurs patients puisqu'il reconnaît que l'allaitement « n'est qu'un des nombreux facteurs de risque qui contribuent à l'apparition de caries ».



Position de l'ADC sur L'allaitement et la carie de la petite enfance

L'information donnée ici a été produite par l'Association dentaire canadienne à l'intention des dentistes membres de l'ADC. Elle ne devrait pas remplacer la consultation d'un dentiste ou d'un médecin. Si vous avez des questions au sujet de cet énoncé de position, veuillez communiquer avec votre dentiste ou l'Association dentaire canadienne.

L'Association dentaire canadienne est favorable à l'allaitement puisque le lait maternel offre des avantages nutritionnels aux nourrissons et constitue une bonne mesure de santé préventive. En l'absence de bonnes habitudes d'hygiène buccale, l'allaitement est l'un des nombreux facteurs de risque qui peuvent contribuer à l'apparition de caries.

Ainsi, il est essentiel de nettoyer la bouche ou de brosser les dents des poupons tous les jours, y compris ceux qui sont allaités.

Conseil d'administration de l'ADC
Ratification de la version anglaise : Juin 2013

En précisant qu'il est « essentiel de nettoyer la bouche ou de brosser les dents des poupons, y compris ceux qui sont allaités », l'ADC reconnaît dans son énoncé que l'hygiène buccale - et non pas l'allaitement - est sans doute le facteur le plus important pour lutter contre la carie de la petite enfance.

La possibilité que l'allaitement, surtout l'allaitement sur demande la nuit, puisse accroître le risque de carie de la petite enfance a préoccupé la communauté dentaire depuis qu'elle a été évoquée pour la première fois en 1977. Kotlow¹ a publié des études de cas rapportant des observations cliniques selon lesquelles l'allaitement sur demande était peut-être associé à la carie de la petite enfance, qui se caractérise par au moins une dent primaire cariée (avec lésion cavitaire ou non), absente (à cause d'une carie) ou obturée chez un enfant de moins de 6 ans².

Depuis ce jour, de grands organismes ont donné foi à ces préoccupations. L'énoncé sur la carie de la petite enfance de l'Association dentaire américaine (Statement on Early Childhood Caries³) mentionne que « l'allaitement à volonté la nuit après l'éruption de la première dent d'un enfant peut accroître le risque de carie » [trad.]. La politique sur la carie de la petite enfance de l'Académie américaine de dentisterie pédiatrique (Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies⁴) recommande « d'éviter l'allaitement ad libitum dès que la première dent primaire apparaît et que d'autres glucides sont introduits dans l'alimentation » [trad.].

Or, l'idée que l'allaitement puisse causer la carie de la petite enfance, que ce soit à cause des propriétés du lait maternel ou des pratiques d'allaitement, n'est étayée par aucune donnée scientifique actuelle. Une étude parue récemment dans le Journal de l'Association dentaire américaine⁵ examine les effets sur la santé buccodentaire de l'allaitement et cite un recensement exhaustif de la documentation de 2008 qui conclut à « la nécessité de mener des recherches scientifiques rigoureuses pour déterminer s'il y a véritablement un lien entre l'allaitement et la carie de la petite enfance puisqu'il manque de données probantes » [trad.].

Références

1. Kotlow LA. Breast feeding: A cause of dental caries in children. ASDC J Dent Child. 1977;44(3):192-3.
2. Canadian Dental Association. CDA Position on Early Childhood Caries [accessed 2013 Jun 19]. Available: http://www.cda-adc.ca/en/cda/about_cda/position_statements.asp
3. American Dental Association. Statement on Early Childhood Caries [accessed 2013 Jun 19]. Available: <http://www.ada.org/2057.aspx>
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies [revised 2011; accessed 2013 Jun 19]. Available: <http://www.aapd.org/policies/>
5. Salone LR, Vann WF, Dee DL. Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. J Am Dent Assoc. 2013;144(2):143-51.

Prise en charge de patients avec fracture radiculaire d'une incisive primaire

Jennifer **MACLELLAN**, DDS, MSc, Cert Ped, FRCD(C)
J Can Dent Assoc 2013;79:d98_f

Fracture radiculaire d'une incisive primaire

Blessure d'une incisive primaire consécutive à un traumatisme. Un diagnostic de fracture radiculaire devrait toujours être confirmé à l'aide de radiographies dentaires.

Tableau clinique

Population

- L'incidence de traumatisme de dents primaires est plus élevée alors que la coordination motrice est encore en développement, soit vers l'âge de 2 à 3 ans.

Sièges et causes probables

- Les incisives en protrusion sont plus à risque de subir un traumatisme dentoalvéolaire.
- Les fractures radiculaires de la dentition primaire sont peu fréquentes. Les luxations sont quant à elle davantage fréquentes en raison de la plasticité de l'os alvéolaire.

Signes

- Le fragment coronaire fracturé peut être absent, mobile ou déplacé, tout comme il peut présenter une mobilité physiologique normale.

Symptômes

- Le patient peut ou non ressentir de la douleur.
- Fermer la bouche en occlusion est impossible ou cause de la douleur lorsque le fragment coronaire est déplacé ou mobile.

Investigation

- Obtenir des antécédents médicaux complets :
 - Noter toute affection systémique qui pourrait avoir une incidence sur le traitement (p. ex. diathèse hémorragique, immunodépression, troubles convulsifs, cardiopathies congénitales, prise de médicaments, allergies médicamenteuses).
 - Selon les informations reçues, consulter un médecin ou référer pour traitement, au besoin.
- Obtenir des antécédents dentaires complets, incluant un historique de tout traumatisme dentaire ou buccofacial.

- S'il y a traumatisme :
 - Noter quand, où et comment l'accident s'est produit.
 - Demander si des personnes ont été témoins de l'accident.
 - Demander au patient s'il a été traité avant d'arriver au cabinet dentaire.
- Réaliser un examen extra-buccal :
 - Si possible, prendre des photographies afin de documenter les blessures.
 - Mesurer les blessures à l'aide d'une règle ou sonde parodontale et noter leurs dimensions.
 - Palper les maxillaires supérieur et inférieur afin de vérifier qu'il n'y ait pas de fracture.
 - Noter l'étendue du mouvement mandibulaire et la sensibilité, la tuméfaction, le claquement ou le crépitement de l'ATM.
 - Palper le cou afin de vérifier s'il y a douleur ou raideur, le noter le cas échéant.
- Réaliser un examen intra-buccal (ill. 1) :
 - Si possible, prendre des photographies afin de documenter les blessures.
 - Mesurer les blessures des tissus mous et noter leurs dimensions. Examiner toutes les dents pour vérifier si des traumatismes sont présents.
 - Vérifier l'occlusion afin d'exclure la possibilité de fracture mandibulaire.
 - Vérifier si des signes cliniques d'une nécrose pré-existante sont présents (c.-à-d. parulis et fistules).
- Réaliser un examen radiographique (ill. 2) :
 - Radiographie occlusale : utiliser un film de taille 2 et exposer à 60° comme s'il s'agissait d'un film d'occlusion.
 - Pour confirmer la fracture radiculaire : des expositions à d'autres angles peuvent être nécessaires si le fragment coronaire n'est pas déplacé.
 - Pour confirmer ou infirmer des signes radiologiques de nécrose préexistante.
 - Radiographie des tissus mous : temps d'exposition équivalent au ¼ d'une radiographie rétroalvéolaire.
 - Pour confirmer qu'il n'y a pas de matière étrangère ou de fragments dentaires dans les lèvres ou joues, s'il y a lacerations intra-buccales

Diagnostic

Un diagnostic de fracture radulaire est établi en fonction des résultats radiologiques.

- Films d'occlusion : fracture radulaire visible, plus fréquente dans le tiers moyen ou apical

Diagnostic différentiel

- Avulsion ou intrusion complète, si le fragment coronaire n'est pas cliniquement visible
- Luxation, si le fragment coronaire est déplacé
- Subluxation, si le fragment coronaire est mobile mais pas déplacé
- Commotion, si le fragment coronaire n'est ni mobile ni déplacé

Traitement

Traitements initiaux

1. Référer immédiatement le patient au service d'urgence d'un hôpital s'il présente un ou plusieurs des signes et symptômes ci-dessous, puisqu'ils pourraient être indicatifs d'une blessure à la tête ou à la moelle épinière :

- Évanouissement
- Douleur ou raideur au cou ou à la tête
- Engourdissement d'une quelconque partie du corps
- Nausée ou vomissement
- Somnolence ou vision trouble

2. Traiter le patient selon l'état du fragment coronaire

Le fragment coronaire est absent

- Envisager la prise de radiographies thoraciques afin de vérifier si le patient a aspiré le fragment coronaire, si celui-ci ne peut être trouvé.
- Ne pas réimplanter le fragment coronaire.
- Laisser le fragment radulaire apical se résorber, sauf si :
 - la dent était nécrosée avant même la blessure
 - le fragment apical peut facilement être extrait

Le fragment coronaire est mobile ou déplacé

- Extraire le fragment coronaire.
- Laisser le fragment radulaire apical se résorber, sauf si :
 - la dent était nécrosée avant même la blessure
 - le fragment apical peut facilement être extrait avec un davier ou des élévateurs
- Si le fragment coronaire n'est que légèrement déplacé, les lignes directrices de l'International Association of Dental Traumatology suggèrent le repositionnement manuel sans jumelage

Le fragment coronaire est mobile ou présente une mobilité physiologique

- Aucun traitement n'est requis - surveiller seulement.

3. Suturer les lacérations intra-buccales au besoin.

4. Discuter des séquelles possibles.

- Incisive primaire traumatisée :
 - Nécrose : dent décolorée (non pathognomonique d'une nécrose), tuméfaction intra-buccale ou extra-buccale, mobilité accrue

- Dent permanente de succession :
 - Nécrose : dent décolorée (non pathognomonique d'une nécrose), tuméfaction intra-buccale ou extra-buccale, mobilité accrue
 - Aucun trouble de développement (hypoplasie de l'émail ou hypocalcification) n'est à prévoir.
 - Troubles de l'éruption : une éruption retardée ou un chemin d'éruption altéré sont possibles, bien que peu probables.
- Perte d'espace dans le sextant antérieur si le fragment coronaire est manquant ou extrait :
 - *Perte d'espace maxillaire* : risque minime de perte d'espace si les canines primaires ont fait éruption et que la longueur de l'arche antérieure est établie. La perte d'espace est plus fréquente chez les enfants ayant des comportements actifs de succion non alimentaire.
 - *Perte d'espace mandibulaire* : risque élevé de perte d'espace, à moins que la dent soit presque exfoliée.

Suivi

- Le fragment coronaire est absent ou a été extrait.
 - Examens clinique et radiographique annuels jusqu'à l'éruption de la dent de succession.
- Le fragment coronaire présente une mobilité physiologique ou a été repositionné.
 - Examen clinique : 1 semaine après la blessure, puis 6 à 8 semaines plus tard.
 - Examens clinique et radiographique annuels jusqu'à l'éruption de la dent de succession.

Si des signes radiologiques ou des signes et symptômes cliniques de nécrose ou de troubles de l'éruption sont observés lors du suivi, il est indiqué de pratiquer une extraction.

Conseils

- Demander au patient d'opter pour une diète molle durant 10 à 14 jours et de se brosser les dents avec une brosse à poils souples après chaque repas.
- Utiliser un rince-bouche à base de chlorhexidine (sans alcool si possible) 2 fois par jour durant 1 à 2 semaines.
- Contacter le cabinet dentaire si de la douleur ou des signes de nécrose apparaissent entre les visites de suivi.

Bibliographie

1. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. 3. Injuries in the primary dentition. Dent Traumatol. 2012;28(3): 174-82.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Policies and Guidelines. Guideline on Management of Acute Dental Trauma [version 2011; consulté le 2013 mai 7]. Disponible au : www.aapd.org/policies/.
3. University Hospital of Copenhagen and the International Association of Dental Traumatology. The Dental Trauma Guide. Primary Teeth; Root Fracture [consulté le 2013 mai 7]. Disponible au : www.dentaltraumaguide.org/Primary_Root_fracture_Description.aspx.

4. Dean JA, Avery DR, McDonald RE. Chapter 21. In: McDonald and Avery's Dentistry for the Child & Adolescent. 9th ed. Maryland Heights (MO): Mosby; 2011.
5. Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak A. Chapter 15. In: Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence. 5th ed. Elsevier; 2013.

6. Andreasen JO, Andreasen FM. Essentials of Traumatic Injuries to the Teeth: A Step-by-Step Treatment Guide. 2nd ed. Oxford (UK): Blackwell Publishing; 2000.



Ill. 1 : Photographie montrant un déplacement et de la mobilité des fragments coronaires des dents 51 et 61 à la suite de fractures radiculaire du tiers moyen (voir ill. 2). Les fragments coronaires ont été extraits et les fragments radiculaire laissés *in situ*.



Ill. 2 : Radiographie prise par le dentiste traitant tout juste après le traumatisme, avant que le patient soit dirigé vers l'hôpital pour enfants de sa région. Aucune des dents traumatisées ne présente de signes radiologiques de caries préexistantes ou de nécrose.



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

Comment **traiter** un patient pédiatrique qui présente des **ulcérations buccales**

Eric T. **STOOPLER**, DMD, FDS RCSEd, FDS RCSEng;
Ghada **AL ZAMEL**, DDS
J Can Dent Assoc 2014;80:e9_f

Ulcérations buccales

L'ulcération buccale est un problème clinique fréquent dans la population pédiatrique. L'ulcération se définit généralement comme une lésion bien circonscrite, caractérisée par un déficit épithélial recouvert d'un caillot fibrineux (une pseudomembrane) qui donne à l'ulcération un aspect blanc jaunâtre.

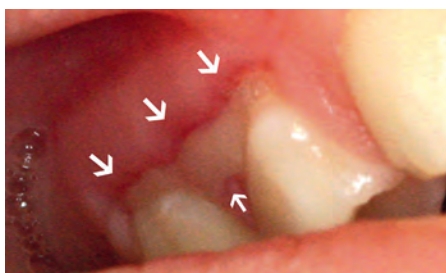
Présentation

Population

- Tout segment de la population pédiatrique, de la petite enfance à l'adolescence
- Enfants de parents atteints d'ulcérations buccales à répétition dues à une prédisposition génétique (c.-à-d. stomatite aphteuse récurrente)
- Jeunes enfants en groupes (p. ex garderies, zones de jeux communes) qui présentent des ulcérations buccales d'étiologie infectieuse (c.-à-d. bactérienne ou virale), dues au risque accru de transfert de liquides buccaux dans ces lieux

Signes

- Lésions bien circonscrites, souvent affaissées, caractérisées par un déficit épithélial recouvert d'une pseudomembrane blanc jaunâtre (ill. 1)
- Ulcérations isolées ou multiples, pouvant former des grappes (herpétiformes)
- Siège intra-buccal ou péri-buccal : muqueuse buccale kératinisée ou non kératinisée, oropharynx, lèvres, peau péri-buccale
- Taille variable (la lésion se mesure habituellement en millimètres, mais peut être plus grosse)
- Localisation habituelle : lésions buccales ou péri-buccales isolées ou multiples, avec ou sans atteinte d'autres zones (c.-à-d. peau, organes génitaux, autres muqueuses)



Ill. 1 : Ulcérations sur la gencive supérieure chez une fillette de 4 ans (flèches).

Symptôme

- Intensité de la douleur : peut varier d'asymptomatique à intense
- Brûlure
- Irritation
- Prurit (démangeaisons)
- Symptômes généraux tels que fièvre, malaise, adénopathie, dysphagie et irritabilité générale

Investigation

1. Interroger le parent ou le patient (si celui-ci est assez vieux) sur l'histoire des lésions.
 - Les lésions buccales sont-elles apparues de façon abrupte (p. ex. en l'espace de quelques heures ou jours) ou chronique (p. ex. en l'espace de semaines ou de mois)?
 - S'agit-il de lésions isolées ou multiples ?
 - Le patient a-t-il des antécédents d'affections similaires (c.-à-d. présente-t-il des ulcérations buccales à répétition) ?
 - Siège des lésions : régions buccales ou péri-buccales seulement, ou atteinte des régions buccales ou péri-buccales et d'autres zones ?
 - Où sont situées les lésions buccales ou péri-buccales (p. ex. lèvres, joues, langue, gencives, palais, plancher de la bouche, oropharynx) ?
 - Le patient a-t-il des antécédents de traumatisme buccal ou péri-buccal ?
 - Les lésions sont-elles associées à des symptômes généraux tels que fièvre, malaise, adénopathie, douleur gastro-intestinale, nausées, vomissements, diarrhée ou douleur articulaire/musculaire généralisée ?
 - Est-ce qu'un membre de la famille (c.-à-d. parents, grands-parents, frères et sœurs) a des antécédents récents ou chroniques d'ulcérations buccales ou péri-buccales ?
 - L'enfant a-t-il récemment été en contact avec une personne qui présentait des ulcérations buccales ou péri-buccales visibles? L'enfant a-t-il touché des jouets, ustensiles ou tasses utilisés par cette personne ?
2. Réaliser un examen clinique :
 - Dans la mesure du possible, noter le poids du patient et surveiller toute fluctuation importante du poids durant les visites de suivi.
 - Examiner les signes vitaux afin de détecter toute anomalie importante qui pourrait être due à de possibles troubles métaboliques causés par une hydratation ou un apport nutritionnel insuffisants.
 - Faire un examen approfondi de la tête et du cou à la

recherche d'adénopathies et d'ulcérations sur les zones cutanées ou muqueuses exposées.

- Faire un examen approfondi de la cavité buccale et de la zone péri-buccale pour détecter toute ulcération sur les faces buccales ou péri-buccales ou sur l'oropharynx.
- Évaluer si, dans l'ensemble, l'enfant semble malade.

3. Faire des analyses de laboratoire complémentaires :

- Ces tests ne sont habituellement pas demandés par les dentistes généralistes. Si des analyses en laboratoire sont indiquées, le patient devrait être dirigé vers son médecin de famille, son pédiatre ou un spécialiste en médecine buccale.

Diagnostic

En raison du tableau clinique non spécifique de bon nombre d'ulcérations buccales dans la population pédiatrique, le clinicien devrait envisager les diagnostics différentiels suivants :

Ulcérations isolées

- Traumatismes
- Ulcère aphteux récurrent
- Infection fongique profonde (rare)
- Cancer (rare)

Ulcérations multiples

- Étiologie infectieuse

Bactérienne

- Gingivite ulcéralive nécrosante aiguë
- Impétigo péri-buccal

Virale

- Gingivostomatite herpétique primaire
- Infections herpétiques récurrentes
- Herpangine
- Pharyngite aiguë lymphonodulaire
- Maladie infectieuse pieds-mains-bouche
- Varicelle
- Rougeole

Atteintes ulcéreuses et vésiculo-bulleuses chroniques

- Stomatite aphteuse récurrente
- Pemphigoïde bulleuse juvénile
- Dermatose à IgA linéaire de l'enfant
- Épidermolyse bulleuse congénitale
- Dermatite juvénile herpétiforme
- Maladie de Riga

Affections associées à des troubles systémiques

Stomatite aphteuse récurrente

- Neutropénie congénitale
- Maladies auto-immunes (p. ex. lupus érythémateux, maladie de Crohn)
- Maladie de Behçet
- Syndrome PFAPA : trouble clinique caractérisé par une fièvre périodique, une stomatite aphteuse, une pharyngite et une adénite cervicale

- Troubles métaboliques
- VIH/sida

Traitement

Traitements initiaux fréquents

- Traitement palliatif :
 - Surveiller l'apport nutritionnel et assurer une hydratation adéquate.
 - Traiter la fièvre avec des antipyrétiques en vente libre (c.-à-d. acétaminophène).
 - Envisager l'usage d'un rince-bouche antimicrobien pour prévenir la surinfection des ulcérations (si le patient peut se rincer la bouche et cracher).
- Si un diagnostic précis peut être confirmé, envisager l'administration des médicaments appropriés pour traiter les ulcérations buccales, par exemple, des antibiotiques, des antiviraux ou des corticostéroïdes topiques, dans les limites de votre domaine d'expertise.
- Si le patient semble être très déshydraté et léthargique ou s'il montre des signes de retard staturo-pondéral, le diriger vers un établissement de soins actifs pour une évaluation urgente.
- Une réévaluation clinique du patient devrait être faite deux semaines après la première consultation.

Autres traitements

- Si une affection systémique semble être la cause des ulcérations buccales, le patient devrait être dirigé vers son médecin de premier recours ou son pédiatre pour une évaluation plus approfondie et une prise en charge.
- Au besoin, diriger les patients qui présentent des ulcérations spécifiques d'un organe vers le spécialiste médical compétent (c.-à-d. dermatologue, gastroentérologue, otorhinolaryngologiste) pour évaluation et prise en charge

Virale

- Offrir un soutien au patient et à sa famille.
- Recommander une hydratation fréquente et un apport nutritionnel adéquat.
- Surveiller la résolution des lésions buccales ou des symptômes généraux.
- Si le patient semble très déshydraté et faible ou montre des signes de retard staturo-pondéral, le diriger vers son médecin de famille ou un établissement de soins actifs pour une évaluation urgente.
- Si les ulcérations persistent après plus de deux semaines, diriger le patient vers son médecin de famille, son pédiatre ou un spécialiste en médecine buccale pour une évaluation plus approfondie et une prise en charge.

Bibliographie

1. Greenberg MS, Glick M, Ship JA, editors. *Burket's oral medicine*. 11th ed. Hamilton: BC Decker; 2008.
2. Pinto A. Pediatric soft tissue lesions. *Dent Clin North Am*. 2005;49(1):241-58.
3. Patel NJ, Sciubba J. Oral lesions in young children. *Pediatr Clin North Am*. 2003;50(2):469-86.
4. Flaitz CM, Baker KA. Treatment approaches to common symptomatic oral lesions in children. *Dent Clin North Am*. 2000;44(3):671-96.



Testez vos connaissances en médecine dentaire pédiatrique

Vu à l' **ADF**

Dr Lucile GOUPY - Dr Chantal NAULIN-IFI

Questions :

- Un enfant de 5 ans se présente en consultation suite à un traumatisme ayant entraîné la luxation des incisives centrales temporaires supérieures.
Quel examen radiographique faut-il faire ?
 - une radiographie panoramique ?
 - une radiographie apicale ?
 - une radiographie occlusale ?
- Les contre-indications absolues à l'utilisation du MEOPA sont :
 - une respiration buccale
 - une hypertension crânienne
 - un pneumothorax
 - une occlusion intestinale
- Vous avez écorné la pulpe d'une 2^{ème} molaire de lait en curetant une carie chez un enfant de 4 ans.
Le traitement que vous envisagez alors est :
 - un coiffage indirect ?
 - un coiffage direct ?
 - une pulpotomie ?
 - une pulpectomie ?
- Si, dans le cas précédent, vous avez choisi la pulpectomie, quel matériau d'obturation canalaire allez-vous choisir ?
 - un ZOE auquel on peut ajouter de l'iodoforme
 - de la gutta percha
 - du Ca(OH)₂
 - du MTA
- L'amélogénèse imparfaite :
 - est une maladie héréditaire
 - atteint tant les dents temporaires que les dents permanentes
 - atteint les incisives et les 1^{ères} molaires permanentes
- Un petit patient âgé de 8 ans se présente à la consultation 24 heures après un traumatisme. Il présente une fracture coronaire avec exposition pulpaire de la corne mésiale.
Quel traitement préconisez-vous ?
 - un coiffage direct
 - une pulpotomie partielle
 - une pulpotomie cervicale
 - une pulpectomie
- Un petit patient de 4 ans se présente en urgence avec une cellulite génienne basse. La dent causale est la 85. Sa température est de 38,5 °C, que faites-vous ?
 - vous ouvrez la chambre pulpaire et prescrivez des antibiotiques
 - la dent est extraite immédiatement
 - la dent devra être extraite à une autre séance
 - sans traitement, le pronostic vital risque d'être engagé
- Un enfant de 6 ans se présente avec un abcès parodontal en regard de la 74 :
 - vous prenez un cliché apical
 - vous extrayez la dent immédiatement
 - vous ouvrez la chambre pulpaire
 - vous prescrivez des antibiotiques
- Après extraction précoce d'une dent temporaire, la pose d'un mainteneur d'espace est indiquée :
 - si le germe de la dent définitive présente plus des 2/3 radiculaires formés
 - lorsqu'une molaire temporaire est extraite avant l'âge de 7 ans
 - chaque fois qu'est observée l'absence du germe de la dent définitive
 - s'il n'y a pas utilité à analyser l'occlusion

10. Un patient de 3 ans se présente à votre cabinet avec des lésions carieuses multiples :

- a. l'enfant a à la main un biberon de jus de fruit, vous dites qu'il peut continuer à le boire
- b. la prise en charge consiste à la pose de CIV sur les dents pouvant être maintenues et l'extraction des dents abcédées
- c. si des dents sont extraites, il n'est pas nécessaire de réaliser une prothèse pédiatrique
- d. un rendez-vous de contrôle est fixé une fois par an

Réponses :

- 1. **c** : En traumatologie, ce cliché permet de mettre en évidence un décalage existant entre la dent et l'alvéole. Cette prise de radiographie est facile, même chez un très jeune enfant. L'enfant mord sur un cliché ISO taille 2 s'il est en denture temporaire. Le cylindre localisateur est situé à la base du nez et orienté perpendiculairement au plan du film.
- 2. **b, c, d** : En raison d'une volatilité importante et d'une solubilité dans le sang supérieure à celle de l'azote, le protoxyde d'azote pénètre plus rapidement dans les cavités closes de l'organisme que l'azote n'en sort. Ce phénomène peut être à l'origine d'une surpression dans les cavités closes inextensibles de l'organisme. Une administration prolongée peut également créer une augmentation de volume dans les cavités (naturelles OU pathologiques) aux parois extensibles. Ce haut pouvoir de diffusion est à l'origine des contre-indications absolues à l'utilisation du MEOPA.
- 3. **c** : La pulpotomie consiste à retirer tout le tissu pulpaire de la chambre camérale. Cette thérapeutique est fondée sur l'hypothèse que la pulpe radiculaire d'une molaire cariée peut être saine alors que la pulpe coronaire est inflammatoire. C'est le traitement pulpaire le plus courant pour les molaires temporaires. La dent doit être asymptomatique ou présenter des douleurs provoquées. Les tests de sensibilité pulpaire sont positifs, le coiffage pulpaire direct qui consiste à poser un bio-matériau de coiffage directement sur le tissu pulpaire et fait appel à une réaction de défense pulpaire et à la formation de dentine réactionnelle reste une technique exceptionnelle. Il est indiqué seulement pour une dent saine dont la pulpe est exposée accidentellement de façon très ponctuelle. Il est contre-indiqué sur les dents temporaires cariées. La pulpectomie est indiquée lorsque la pulpe présente une inflammation irréversible ou une nécrose (résorption radiculaire > 2/3).
- 4. **a** : Après la pulpectomie d'une molaire temporaire, l'obturation canalair doit être réalisée avec une pâte résorbable. Les matériaux les plus utilisés sont les pâtes d'oxyde de zinc-eugéol (ZOE) auxquelles on peut ajouter entre 20 à 50 % d'iodoforme favorisant la résorbabilité.
- 5. **a et b** : L'amélogénèse imparfaite est une pathologie génétique affectant la formation de l'émail. Sa prévalence

varie de 1/14000 à 1/4000 naissances. Les deux dentures sont systématiquement atteintes avec une sévérité relativement similaire. Cette pathologie peut être transmise de façon autosomique dominante, récessive et liée au chromosome X.

La réponse c concerne les Hypominéralisations Molaires Incisives (MIH). Cette pathologie d'origine systémique se traduit par des défauts qualitatifs et/ou quantitatifs de l'émail restreints aux incisives et premières molaires permanentes. Sa prévalence est en très large hausse avec des pourcentages atteignant 25 % en Finlande.

- 6. **b** : La pulpotomie partielle consiste en l'excision du tissu pulpaire sur une hauteur de 2 à 3 mm, afin de coiffer un tissu non inflammatoire.

Elle est préférée :

- **au coiffage direct, car elle permet :**
 - d'obtenir un meilleur contrôle de la surface exposée;
 - d'éliminer le caillot extra-pulpaire;
 - d'obtenir une meilleure rétention du matériau de coiffage;
 - de permettre un scellement plus efficace et ainsi d'empêcher l'invasion bactérienne
- **à la pulpotomie cervicale, car :**
 - elle permet une diminution physiologique de la lumière de la chambre pulpaire par apposition de dentine tertiaire ayant pour conséquence une augmentation de la résistance de la dent à la fracture;
 - elle autorise cliniquement les tests de sensibilité pulpaire ;
 - elle est considérée comme traitement définitif ne nécessitant pas une réintervention par une pulpectomie, sauf si un tenon intra-radicaire est indiqué pour la restauration.

Cette thérapeutique présente un taux de succès de 95 % sur les dents traumatisées et entre 89 et 91% pour les dents permanentes immatures cariées, quel que soit le stade du développement radiculaire au moment du traitement. Une étude plus récente montre un taux de succès de 93 % en utilisant le MTA.

- 7. **a et d** : Souvent, il est difficile d'intervenir le jour de la consultation d'urgence, car l'enfant est algique et l'anesthésie et les soins peuvent être traumatisants. Cependant, des facteurs de gravité sont à prendre en compte : trismus, plancher induré, localisation basse et postérieure de la dent, dysphagie, dyspnée, température au-delà de 38,5 °C. À la palpation, un plancher induré et un autre espace atteint indiquent tout de suite l'hospitalisation (score de Flynn supérieur à 4). Le traitement en urgence consiste à ouvrir la chambre pulpaire de la dent causale et à rédiger une ordonnance d'antibiotiques et d'antalgique. La prescription est soit de l'amoxicilline (dose enfant : 50 mg/kg/24h), si allergie aux pénicillines : clindamycine: 20 mg/kg/24h) en association avec du métronidazole (dose enfant : 30 mg/kg/24h), soit de l'Augmentin (dose enfant 80 mg/ kg/24 h). Chez l'enfant., l'état peut se dégrader très vite, il est alors important d'avoir un suivi et une prise en charge très rapide. Au rendez-vous fixé impérativement deux à trois jours après, il faut traiter l'étiologie soit par avulsion soit par parage canalair de la porte d'entrée.

8. **a et b** : Après l'examen clinique et l'évaluation de la mobilité, une radiographie rétroalvéolaire met en évidence une lésion de la furcation et permet de visualiser le germe de la dent permanente. Une anesthésie para-apicale est suffisante pour extraire la dent. L'antibiothérapie n'est pas nécessaire. La mise en place d'un mainteneur d'espace sera réalisée, au vu de l'âge de l'enfant
9. **b et d** : L'éruption des dents permanentes se fait lorsque les 3/4 de la racine sont formés. La perte d'une molaire temporaire avant l'âge de 7 ans conduit à une éruption retardée des dents permanentes, alors qu'après 7 ans, elle aboutit à une éruption précoce. Si l'os recouvrant le germe successional a été détruit par un phénomène infectieux, on observe le plus souvent une éruption accélérée de la dent permanente.

Dans le cas contraire, on peut présager que l'éruption ne se fera pas avant plusieurs mois, et donc poser l'indication de la pose d'un mainteneur d'espace. Face à l'agénésie du germe successional ou d'une microdentie, l'abstention de la pose d'un mainteneur d'espace peut être préférée. La mise en place d'un mainteneur d'espace nécessite, en cas de problème orthodontique, l'avis d'un spécialiste.

10. **b et d** : Ce jeune patient présente des « caries précoces du jeune enfant ». Ces lésions carieuses sont dues soit :
- à la prise ad libitum de biberons de lait, de liquides contenant des hydrates de carbone ou d'eau sucrée (syndrome du biberon);
 - à un allaitement maternel prolongé (au-delà de l'âge d'un an);
 - fréquemment à une hygiène buccale très insuffisante voire inexistante.

Les lésions carieuses étendues en surface se propagent de manière extrêmement rapide. Elles commencent par atteindre les incisives maxillaires, puis les faces occlusales et vestibulaires des premières molaires. Les canines et les secondes molaires sont parfois moins atteintes du fait de leur éruption plus tardive. Les incisives mandibulaires ne sont généralement pas touchées en raison de la protection de la langue et de la salive (orifice de la glande sous-mandibulaire toute proche). La prise en charge débute par l'arrêt de l'habitude néfaste et par l'explication des bonnes règles d'hygiène tant alimentaires que de brossage. Il est essentiel que la plaque soit éliminée chaque jour en utilisant un dentifrice fluoré, afin que les lésions puissent être exposées à l'ion fluor. Lorsque le risque carieux est abaissé, les moyens restaurateurs mis à notre disposition sont les résines composites, les moules pour les dents antérieures et les coiffes pédodontiques préformées pour les dents postérieures. En cas d'extraction, le remplacement des dents par une prothèse pédiatrique doit être envisagé. Les rendez-vous de contrôle sont fixés tous les 3 à 6 mois.

IMAGINA DENTAL

La SMD signe un accord de partenariat avec Monaco Medix, l'association Monégasque de l'imagerie dentaire 3D, co-organisatrice du congrès IMAGINA Dental.

Cet accord de partenariat permettra aux deux associations de mieux se faire connaître auprès des praticiens du nord et du sud, de promouvoir leurs activités et surtout de permettre aux membres de la SMD d'obtenir une remise de 20% sur l'inscription au congrès IMAGINA Dental.



IMAGINA DENTAL

4^{ème} CONGRÈS DENTAIRE DES TECHNOLOGIES 3D & CAD/CAM

1^{er} - 3 AVRIL 2015

MONACO

IMAGINA DENTAL

www.imaginadental.org

Des actions diaboliques chez KaVo!



Regardez régulièrement sur le site www.kavo.be pour les promos actuels à propos du championnat du monde

Quelle est votre meilleure formation KaVo?



KaVo. Dental Excellence.

REVISITEZ LES PRINCIPES DE BASE DE VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE



Dr Edmond Binhas

La gestion et l'organisation, piliers de l'environnement non clinique, sont devenues des disciplines à part entière de notre profession. Il est désormais convenu que les praticiens doivent adopter un comportement de chef d'entreprise de santé. Le cabinet reste cependant un lieu d'exercice de soins médicaux. J'insiste habituellement sur les aspects entrepreneuriaux de l'exercice de la dentisterie. Il me semble opportun aujourd'hui de revenir sur certains aspects purement techniques et de rappeler certains principes fondamentaux qui s'appliquent à la simplification du travail dentaire.

La simplification du travail permet d'exercer plus rapidement, dans des conditions plus sereines et de faciliter la réalisation des actes. Cela ne signifie pas que les traitements sont exécutés sommairement. Bien au contraire ! Le travail simplifié sous-entend que le praticien maîtrise parfaitement les protocoles cliniques, observe une organisation rigoureuse et met en place certains concepts opératoires spécifiques. Parmi ceux-ci, citons le regroupement des actes par groupes de dents ou par quadrants, l'élaboration d'un plan de traitement initial et une approche globale de la bouche du patient. D'autre part, un éclairage satisfaisant et une instrumentation adaptée pour chaque acte constituent des éléments préalables essentiels. Un instrument choisi avec soin, bien présenté par l'assistante, au bon moment, constitue déjà un travail simplifié... Les outils les plus élaborés de gestion du temps seront inutiles si ces fondamentaux ne sont pas respectés.

CONDITIONS PRÉALABLES

Par ailleurs, un certain nombre d'autres conditions préalables doivent être impérativement respectées pour un déroulement optimal des séances de traitement. Le développement du cabinet dans les années à venir passera par l'offre d'un très haut niveau de service qui ira au-delà de la satisfaction des attentes du patient. J'ai appelé cette démarche : le facteur « OUAOUH ». C'est en systématisant sa mise en place que vous arriverez à attirer un type de patients désireux de se faire soigner par vous. C'est à dire, prêts à investir pour des services et des traitements de qualité et en un mot, prêts à recommander votre cabinet autour d'eux.

Ainsi, l'organisation du cabinet et le niveau de service offert au patient doivent se manifester dès l'arrivée dans le hall d'accueil. Un personnel souriant, bien entraîné, dégagant une impression de professionnalisme et de maîtrise prend en charge puis dirige le patient au sein d'un cabinet bien rôdé. Le patient comprend alors qu'il sera bien soigné par une équipe de professionnels dans les meilleurs délais. Lorsque le patient, le praticien et l'assistante sont détendus, le travail devient plus fluide et est souvent réalisé plus rapidement. Même si, vous et moi savons très bien que tout ne se déroule pas toujours de façon idyllique.

Autre préalable : le praticien et l'assistante doivent connaître le déroulement de chaque acte de façon parfaite. Cela exige un niveau de formation élevé. Je suis frappé de constater que les meilleurs praticiens sur le plan clinique sont souvent ceux qui réalisent les actes rapidement. Car la parfaite connaissance des étapes opératoires leur permet d'avoir le geste juste au bon moment. En outre, le travail simplifié exige une analyse détaillée de la disposition des lieux, des trajets de déplacements, des sens de circulation, de l'instrumentation, de l'équipement, du matériel et des produits utilisés. Enfin, il ne faut pas sous-estimer l'impact des aspects psychologiques, qu'il s'agisse des interrelations entre l'équipe dentaire et le patient que des relations internes au sein de l'équipe elle-même.

3 VOLETS ESSENTIELS

Sans prétendre faire une revue exhaustive, j'aimerais revenir sur trois volets essentiels de l'organisation du travail dentaire :

1. le schéma de circulation des personnes,
2. le travail à 4 mains
3. le recyclage des instruments.

1- Le schéma de circulation des personnes

Les schémas de circulation sont en effet un puissant outil d'organisation, synonyme de gain de temps, de fluidité et d'efficacité. Souvent étudiés sur plan lors des projets de création ou transfert de cabinet, ils sont bien souvent oubliés avec le temps et la routine qui s'installe. Il est intéressant d'étudier les différents schémas de circulation en fonction des ressources disponibles pour le cabinet, tant en terme de personnel que d'équipement. Ils seront évidemment à nuancer en fonction du type de rendez-vous programmé. En effet, le schéma de circulation ne sera pas le même pour l'accueil d'un nouveau patient lors d'une première consultation et un rendez-vous de soins classiques pour un patient habituel. Ces schémas invitent le dentiste à planifier son exercice, à réfléchir sur l'équipement de son cabinet, et enfin à recruter puis former son personnel. Il en découle des descriptions de postes précisant « qui fait quoi ? » dans la prise en charge du patient. De nombreuses erreurs sont commises à ce moment entraînant des pertes de temps parfois importantes. C'est pourquoi, il faut analyser avec soin le moment clé représenté par le changement de patients entre 2 rendez-vous. L'une des règles les plus efficaces dans ce domaine est l'utilisation de check-list pour optimiser ce changement.

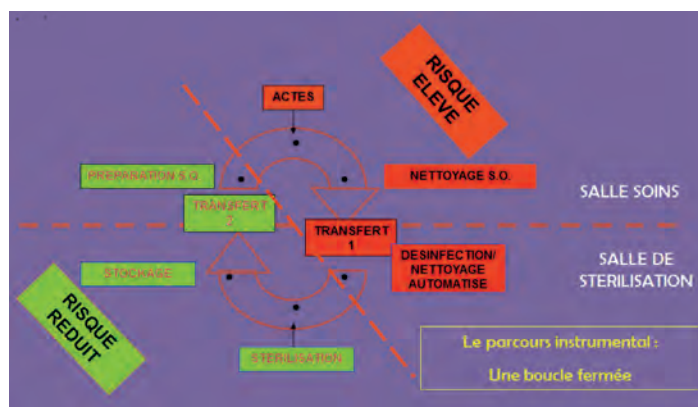
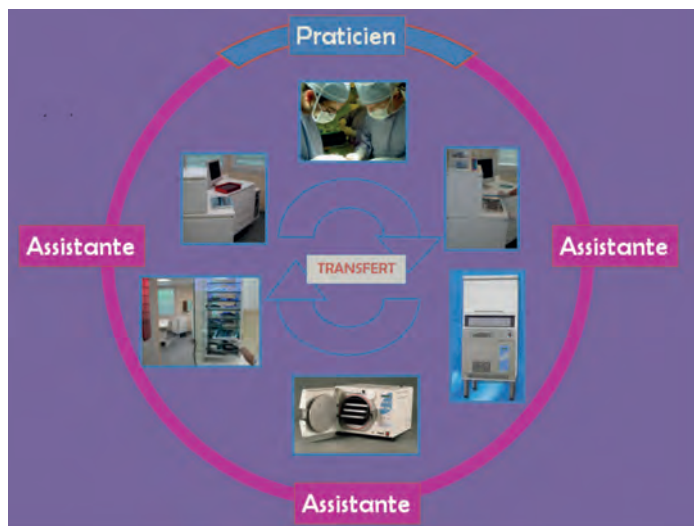
2- Le travail à 4 mains

La phase suivante concerne le travail à quatre mains. Les cabinets dentaires varient considérablement dans leur conception, leur style et l'emplacement des équipements. Cependant, les concepts de base nécessaires pour pratiquer, de façon efficace et confortable, l'art dentaire à 4 mains (voire à 6 mains) et son corollaire le concept de bacs et cassettes

peuvent être appliqués à n'importe quel environnement dentaire. Il s'agit là d'aspects importants de l'organisation clinique malheureusement trop peu développés dans les écoles dentaires et les manuels :

- Comment optimiser la présence de l'assistante,
- Quelles positions assises adopter pour le praticien et son assistante,
- Comment choisir le siège idéal,
- Comment maintenir un champ opératoire dégagé (utilisation optimale de l'aspiration, différents principes d'aspiration, techniques d'écartement des joues et de la langue, et utilisation correcte du miroir),
- Comment optimiser le transfert d'instruments entre le praticien et l'assistante,
- Etc.

Il s'agit d'autant de questions à se poser et de réponses à trouver en vue d'une interaction souple et efficace entre le dentiste et l'assistante au fauteuil.



3 - Le recyclage des instruments

Après s'être intéressé à la circulation des personnes et au travail à 4 mains, la dernière phase consiste à étudier le recyclage des instruments de la salle de soins à la salle de stérilisation. S'intéresser à ce schéma vous permettra de gagner du temps par une bonne organisation.

Il s'agit d'analyser en détails vos méthodes de travail en abordant le circuit des instruments de façon globale et d'autre part de rationaliser votre chaîne de stérilisation.

Cela ne sera possible qu'avec une organisation basée sur des systèmes. Cela va de l'utilisation de plateaux de travail pré préparés à la chaîne de stérilisation en passant par la phase de nettoyage et re-préparation du poste de travail entre deux patients. L'objectif premier de cette analyse minutieuse est d'éliminer les pertes de temps ainsi que les gestes inutiles.

Sur le schéma suivant nous constatons que les risques peuvent au final s'avérer aussi grands (pour le moins) pour l'assistante que pour le praticien.

CONCLUSION

Les bénéfices de techniques éprouvées de simplification du travail sont nombreux pour l'ensemble des personnes travaillant dans le cabinet : diminution de la fatigue et du stress, amélioration de la qualité et de l'efficacité du travail et accroissement des résultats financiers. Pour parfaire ce tableau, ajoutons la satisfaction du travail bien fait, plus de temps libre et une meilleure santé ! N'est-ce pas là le meilleur moyen de retrouver le plaisir dans son travail ?



CONTACT

Institut BINHAS
 Claudette - N° vert : 0800 521 764
 5 rue de Copenhague BP 20057
 13742 VITROLLES Cedex
 Tél. : 04 42 108 108
 E-mail : contact@binhas.com
 www.binhas.com

FORMATION CONTINUE

45 Douleur & Anesthésie

20 septembre 2014

47 Prothèse digitale : une réalité

18 octobre 2014

49 Endodontie :

Simplifier les cas complexes

22 novembre 2014

51 Douleurs oro-faciales

12 septembre 2014

52 Gestion des conflits

25 septembre 2014

53 Esthétique : inlays, onlays, facettes

27 septembre 2014

54 Réanimation

30 septembre 2014

55 Gestion du temps

2 octobre 2014

56 Endodontie : objectif succès

3-4 octobre 2014

57 La relation au travail

9 octobre 2014

58 Peer-review

4 octobre 2014

**59 Numéros d'agrément des activités
de formation du premier semestre**

1 DENTIFRICE

SENSIBILITÉ INTÉGRAL

SPECIALLEMENT FORMULÉ AVEC

7 AVANTAGES*



Soin complet pour l'hypersensibilité dentinaire de vos patients¹⁻⁶

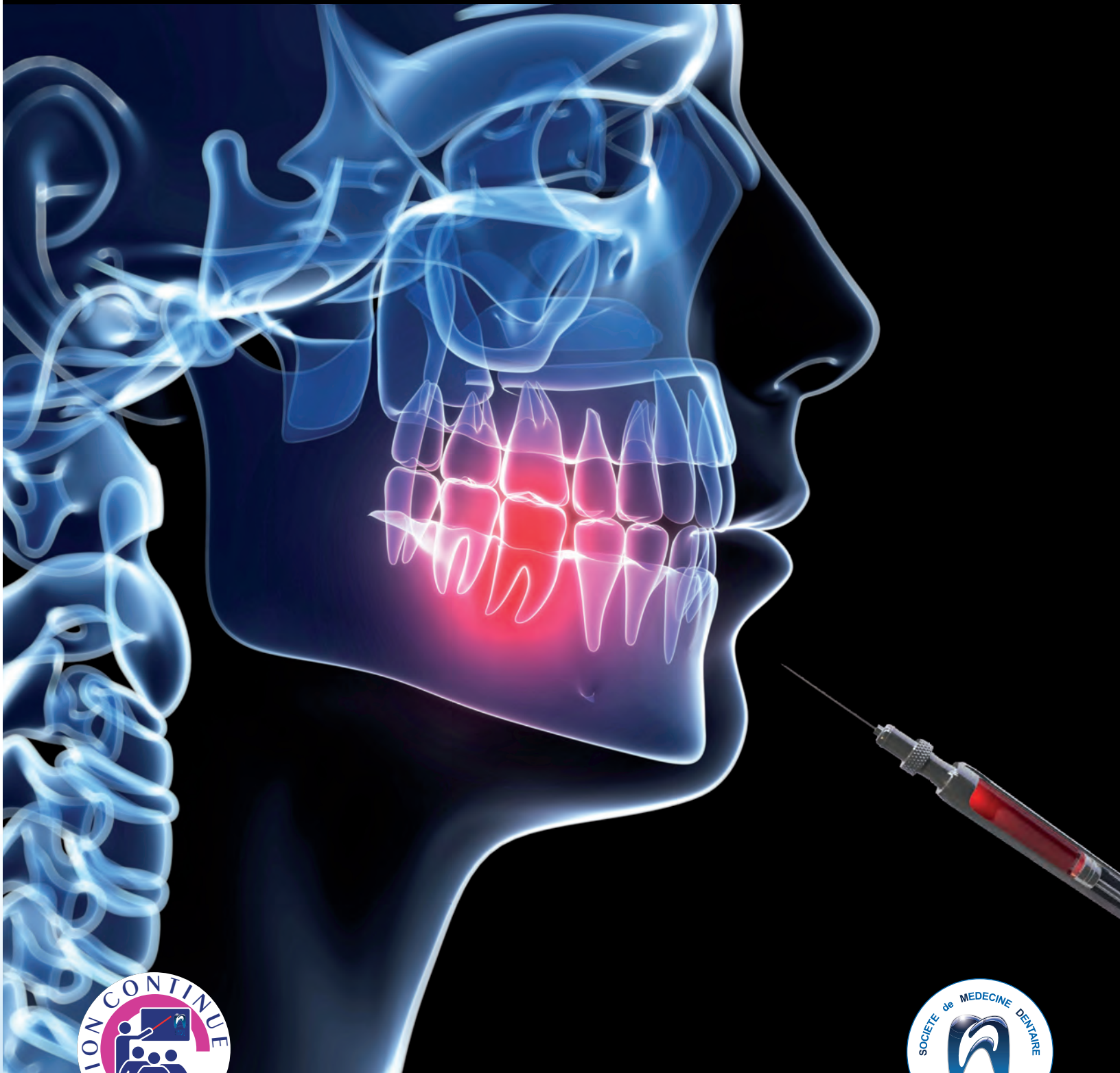
Nous faisons évoluer de manière permanente notre gamme de produits spécialisés afin de rencontrer les différents besoins des patients souffrant d'hypersensibilité dentinaire. C'est dans cette optique que nous avons développé le soin Sensodyne® Complete Protection.



SENSODYNE®

* Avec un brossage 2 fois par jour.

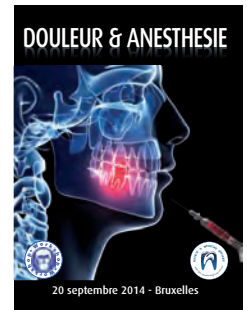
DOULEUR & ANESTHESIE



20 septembre 2014 - Bruxelles

Douleur et anesthésie

20 septembre 2014 de 9h à 12h30



Accréditation demandée : 20 UA dom 1 - Formation continue 3 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 Chérchève) 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

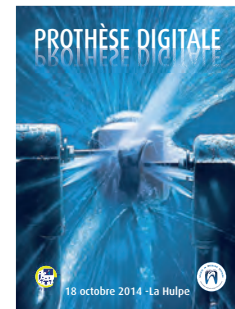


Prothèse fixe digitale : une réalité

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

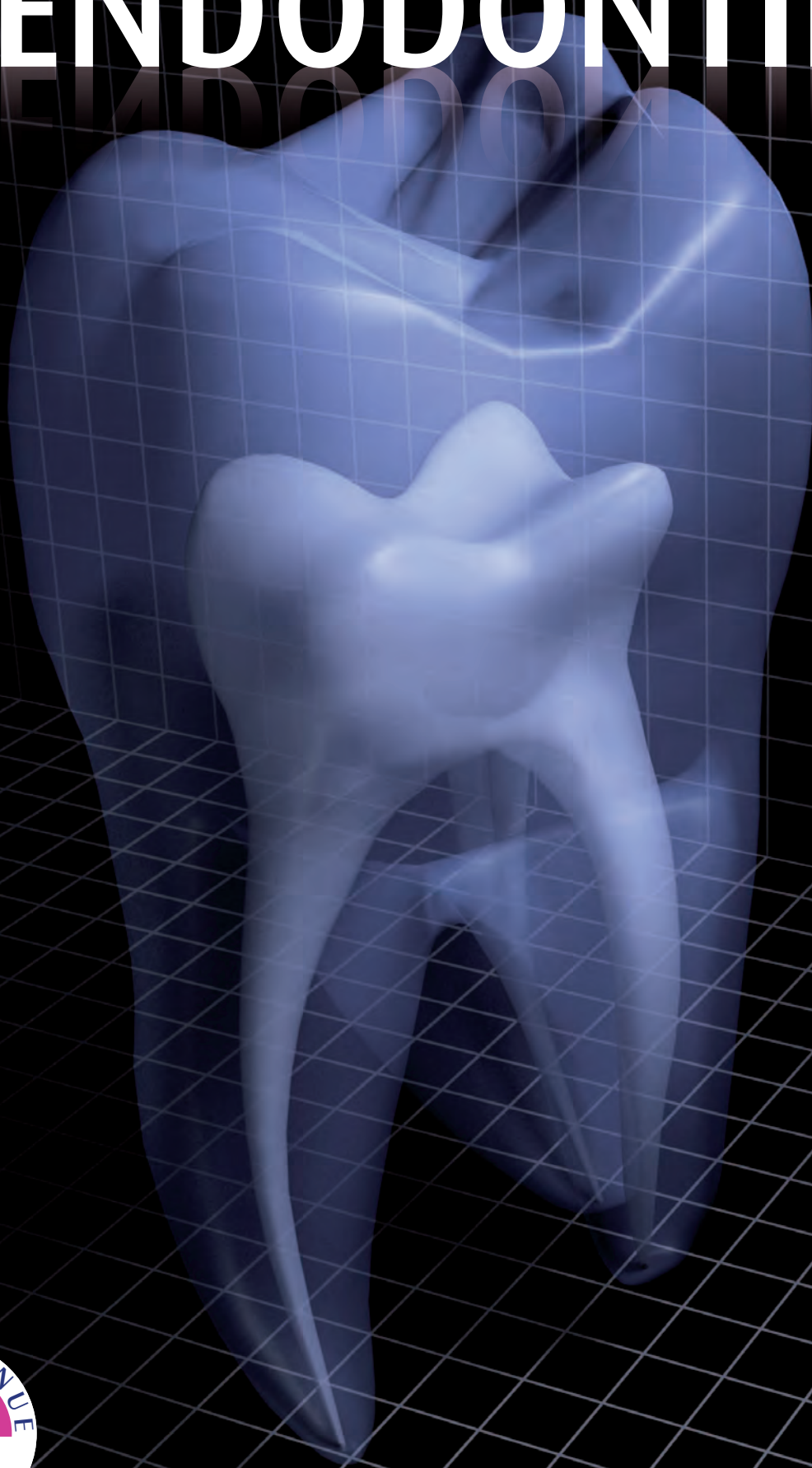
Le but de cette journée est de présenter d'une part les changements de paradigmes que l'on a pu récemment observer dans le domaine de la médecine dentaire reconstructrice sous l'influence de l'implantologie, des techniques adhésives et des énormes progrès réalisés en conception et fabrication assistées 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

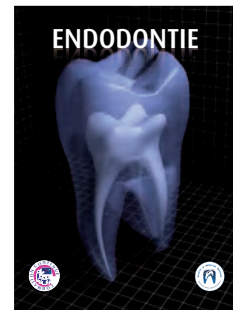


Endodontie : Simplifier les cas complexes !

22 novembre 2014 de 9h00 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'endonzia
- 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 ?

DOULEURS oro-faciales

La place du dentiste



Marc RENGUET

- Kinésithérapeute.
- Spécialiste en kinésithérapie maxillo-faciale, vestibulaire et HMTC
- Initiateur du concept HMTC (Harmonisation Myotensive de la Tête et du Cou)
- Coordinateur de la formation HMTC pour kinésithérapeute, traitant de toutes ces pathologies.
- Travaille depuis 15 ans dans un centre pluridisciplinaire dans la gestion de ces pathologies, à Louvain-La-Neuve.

Douleurs oro-faciales

Jeudi 12 septembre de 14h00 à 18h00

Place du dentiste dans la gestion des douleurs oro-faciales

Douleurs dentaires atypiques, douleurs et dysfonctionnements des ATM, douleurs buccales, certaines otalgies, différents types de céphalées et d'algies de la face,...

Comment gérer ces problèmes, quelle anamnèse peut diriger un diagnostic et quels examens cliniques peuvent confirmer les hypothèses ?

Ces différentes plaintes sont souvent liées à des dysfonctionnements maxillo-faciaux mais pas toujours.

Par l'approche théorique et surtout pratique de cette formation nous proposons aux dentistes de pouvoir se positionner face à ces plaintes.

Beaucoup de plaintes douloureuses dans la sphère oro-faciale peuvent avoir des causes fonctionnelles. De fait, certaines dysfonctions, voir para fonctions très courantes peuvent entraîner ces plaintes et le dentiste est réellement en première ligne pour les déceler et proposer une prise en charge efficace de ces problèmes.

COMPLÉT



SOCIÉTÉ DE
MÉDECINE
DENTAIRE

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



Mme Fatima AZDIHMED

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



Gestion des conflits

Jeudi 25 septembre de 9h00 à 17h00

Bruxelles

A qui s'adresse cet atelier ?

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

Quelques exemples :

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

Acquisitions :

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

La Méthode :

La méthode est basée sur le principe d'une pédagogie interactive et « orientée solution »

Des mises en situation et des jeux de rôle (exercices personnalisés) sont prévus et s'inspireront de « situations réelles. ».

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

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

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

Accréditation 27926 : 40 UA dom 2 - Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be ou au 02 375 81 75



Dr Joseph SABBAGH

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



Esthétique inlays, onlays, facettes

Samedi 27 septembre de 9h00 à 17h00

Heverlee (autoroute Bruxelles - Liège)

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

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

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

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

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

1. Inlays-Onlays : restaurations postérieures indirectes

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

2. Facettes en céramique

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

Comment pré-traiter les facettes avant le collage ? Que faire si une facette se décolle ?

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

Le nombre de participants est fixé à 16 pour une meilleure communication et déroulement de la journée.

Une liste des instruments nécessaires et que les dentistes devront avoir avec eux sera envoyée en temps voulu.

Accréditation 25951 : 40 UA dom 7 - Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be ou au 02 375 81 75



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

Mardi 30 septembre de 9h00 à 16h00

Bruxelles

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**



Mme Fatima AZDIHMED

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



Gestion du temps

Jeudi 2 octobre de 9h00 à 17h00

Bruxelles

Ces dernières années, nombreuses sont les études qui ont révélé que les dentistes sont de plus en plus stressés.

La charge de travail du dentiste est sans cesse croissante et les patients sont de plus en plus exigeants.

Les contraintes administratives sont toujours plus importantes.

La gestion du cabinet dentaire (comptabilité, enregistrement des feuilles de soin, commandes aux fournisseurs, etc.) empiète jusqu'à 18% sur son temps de travail. Le dentiste se retrouve du coup à la merci du temps.

De nombreux outils permettent de prioriser, organiser et classer.

Seulement, comme dit Parkinson : « Plus on dispose de temps pour faire un travail, plus ce travail prend du temps ».

Ceci implique qu'il ne suffit pas d'avoir une « to do list », un agenda, un gestionnaire de mails, etc. il nous faut également apprendre à respecter notre temps.

OBJECTIF :

- Lors de cette journée vous apprendrez ce que signifie gérer le temps, à travers des outils d'organisation professionnelle qui vous feront gagner en efficacité et en productivité.
- Vous apprendrez à reconnaître les signes de ce qui peut être chronophage et à y faire face grâce à des techniques et outils qui vous feront gagner du temps.
- Cette formation vous permettra de reconnaître les aspects de votre comportement qui sont des qualités et découvrir ceux qui peuvent devenir un piège et qui sont à changer.
- Enfin, vous apprendrez à anticiper certaines actions administratives afin qu'elles n'empiètent pas sur votre vie sociale et familiale.

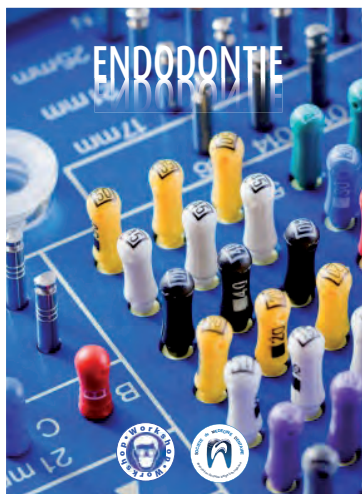
METHODE :

La méthode est basée sur le principe d'une pédagogie interactive et « orientée solution ».

Des apports théoriques sont couplés à des exercices en sous-groupe.

La pédagogie est participative et impliquante : elle permet d'intégrer le changement recherché. Le partage d'expériences vécues et de réflexions lors des débriefings et des feedbacks sont animés par un formateur-coach.

Accréditation 27927 : 40 UA dom 2 - Formation continue 6 hrs.
Inscriptions sur www.dentiste.be ou au 02 375 81 75



Sam ARYANPOUR

- Licencié en science dentaire UCL 1992
- Post-gradué Service de Prothèse Dentaire EMDS/ UCL 1992-1993
- Diplôme de Spécialiste en Traitements Conservateurs Endodontie UCL 2000
- Assistant Spécialiste en Traitements Conservateurs Endodontie UCL 2001
- Pratique privée 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



Endodontie

Objectif succès

3 octobre de 9h00 à 17h00

4 octobre de 9h00 à 12h30

Bruxelles - Diamant

Théorie et Travaux pratiques sur 1 jour et demi

Vendredi 3 octobre de 9h00 à 17h30

Introduction

La trousse à outils de l'endodontiste
Instrument unique : mythe ou réalité ?
Objectif zéro fracture
Obturation

A tout problème une solution :

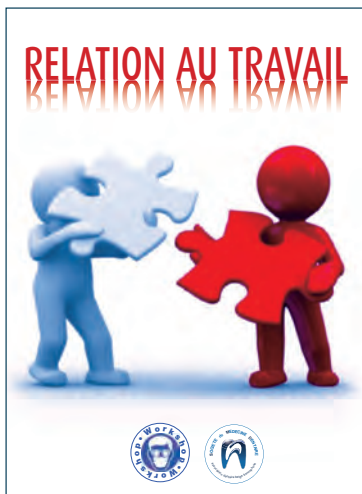
1. Gérer l'urgence endodontique.
2. Identifier les fêlures.
3. Que faire face un canal qui saigne ?
4. Canal introuvable, quelles solutions ?
5. Le localisateur d'apex ne répond pas !
6. Soulager la douleur post-opératoire.
7. Accident à l'hypochlorite.
8. Instrument fracturé.
9. Lime bloquée, retrouvons le chemin vers l'apex.
10. Réussir l'anesthésie des dents douloureuses...

Samedi 4 octobre de 9h00 à 12h30

Matinée de travaux pratiques

Préparation canalair (Revo-S et WaveOne)
Démonstration sous microscope d'ouvertures de chambre et d'obturations

Accréditation 25446 - 25447 - 60 UA dom 4 Formation continue 9 hrs.
Détails en encart et sur www.dentiste.be



Mme Fatima AZDIHMED

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



LA RELATION AU TRAVAIL

Jeudi 9 octobre de 9h00 à 17h00

Bruxelles

NOUVEAU

Au delà de la rigueur et la précision que demande le métier de dentiste, celui-ci se voit confronter dès ses études à une difficulté trop souvent négligée ; la relation. Lors des études universitaires, le dentiste n'apprend pas vraiment toutes les clefs de la relation qui permettraient d'améliorer l'ambiance au cabinet, le rapport avec les patients et les collaborateurs mais aussi de ce qui pourrait faciliter l'adhérence au traitement.

Différentes études ont révélé que le dentiste commence à subir le stress et ses complications tels que la dépression et le Burn out dès qu'il commence à entrer en relation avec le patient.

Les techniques de communication existent et amènent le dentiste à plus de sérénité et plus d'efficacité dans la pratique de son métier.

Objectifs

Lors de cet atelier, vous apprendrez :

Comment fonctionne notre cerveau.

Comment entrer en relation avec le patient.

Comment choisir ses mots et quelle posture corporelle adopter.

Comment montrer de l'empathie sans tomber dans le piège de la compassion (garder la distance nécessaire pour la pratique de votre métier).

À Découvrir quel champs de manœuvre face à la peur (du dentiste et/ou du patient).

À Développer votre sens de l'observation pour mieux comprendre et donc mieux agir.

À Créer un rapport de confiance pour favoriser l'adhérence au traitement.

À Se protéger face aux personnalités dites "difficiles" (manipulateur, Type A).

Méthode

La méthode est basée sur le principe d'une pédagogie interactive et « orientée solution ». (Avec des outils venant des neurosciences et la PNL entre autre).

Des apports théoriques sont couplés à des exercices en sous-groupe.

La pédagogie est participative et impliquante : elle permet d'intégrer le changement recherché.

Le partage d'expériences vécues et de réflexions lors des débriefings et des feedbacks sont animés par un formateur-coach.

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



Peer-Review

Samedi 4 octobre de 9h00 à 12h15

Bruxelles - Diamant

La Société de Médecine Dentaire organise sa deuxième (et probablement dernière) session de peer-review en 2014.

Pour des raisons d'organisation, l'inscription aux 2 peer-review (session 1 et 2) est obligatoire.

Les inscriptions se font exclusivement en ligne sur www.dentiste.be/Evenements.aspx

Veuillez choisir un sujet pour chaque session.

Session 1 de 9h00 à 10h30

N°	Sujet	Modérateur
1	Empreintes en prothèse fixe	Bertrand SCALESSE
2	Repensons la nomenclature	Anne METO
3	Les inlay-onlays au cabinet dentaire	Bertrand LAMBERT
4	L'hygiène au cabinet	Thierry VAN NUIJS
5	Une "auxiliaire de soins" est-elle indispensable pour le dentiste ?	Bruno GONTHIER

Session 2 de 10h45 à 12h15

N°	Sujet	Modérateur
6	Trucs et astuces	Bertrand SCALESSE
7	Hygiénistes dentaires : menace ou opportunité ?	Anne METO
8	Les techniques de pose d'isolation	Bertrand LAMBERT
9	L'hygiène au cabinet	Thierry VAN NUIJS
10	Le tiers payant obligatoire	Michel DEVRIESE

Inscription sur www.dentiste.be Menu formations

Numéros d'agrément - Activités de formation du 1^{er} semestre 2015

Type	Date	Titre	N° agr.	UA	Dom	Min.
Study-club	16/01	Les déterminants de la réhabilitation implantaire unitaire en zone esth	26944	10	7	90
Cours	24/01	Info professionnelle	27248	20	2	180
Workshop	31/01	Réanimation cardio-respiratoire	26943	40	1	360
Study-club	06/02	Dentiste et tabac en 2014	27002	10	1	90
Workshop	13/02	Formation à l'entretien motivationnel	26642	30	2	300
Workshop	14/02	Place du dentiste dans la gestion des douleurs oro-faciales	27081	20	7	180
Study-club	18/02	St Apolline Conférence : Mieux communiquer au cabinet	27479	10	2	90
Study-club	27/02	Les déterminants de la réhabilitation implantaire unitaire en zone esth	27309	10	7	90
Study-club	12/03	Les déterminants de la réhabilitation implantaire unitaire en zone esth	27249	10	7	90
Workshop	13/03	Le bien être au travail : comment prévenir stress, épuisement et/ou b	27541	40	2	360
Study-club	13/03	Va-t-on remplacer toutes les molaires atteintes de parodontite par de	27542	10	6	90
Cours	17/03	Réforme de la Nomenclature d'orthodontie	27814	10	2	90
Study-club	18/03	Concepts thérapeutiques de l'alvéole après extraction	27250	10	6	90
Study-club	18/03	Hypnose au cabinet dentaire	27817	10	1	90
Study-club	20/03	Nouveautés et astuces en Endodontie	27543	10	4	90
Cours	22/03	Odontologie pédiatrique préventive et curative : Quelle approche en 2	27313	20	5	180
Cours	22/03	Traumatismes chez l'enfant : en pratique, comment gérer l'urgence e	27314	10	5	90
Cours	22/03	L'Hypnose Médicale Dentaire : découvrez les mots qui soignent ...	27311	10	5	90
Cours	01/04	Maître de stage "Médecine dentaire intégrée au service du patient"	27696	10	2	90
Workshop	03/04	Gestion des Conflits	27544	40	2	360
Workshop	05/04	Facettes et Inlays-Onlays : de la préparation au collage	27545	40	7	360
Workshop	07/04	Réanimation cardio-respiratoire	27678	40	1	360
Study-club	22/04	Gestion des antidouleurs	27251	10	1	90
Study-club	24/04	La prévention des fractures en endodontie	27852	10	4	90
Study-club	24/04	Impact des traitements anticancéreux sur la cavité orale	27861	10	1	90
Cours	26/04	Améliorer la communication Dentiste - Prothésiste Photographie numé	27600	20	2	180
Cours	26/04	Redessiner un sourire	27896	20	7	180
Study-club	29/04	Les secrets du MTA	27146	10	4	90
Study-club	08/05	La prothèse amovible partielle	27418	10	7	90
Workshop	10/05	Facettes et Inlays-Onlays : de la préparation au collage	27117	40	4	360
Workshop	13/05	Améliorer la communication avec le patient et avec le labo par la pho	27923	20	2	180
Study-club	14/05	Dentiste et tabac en 2014	27334	10	1	90
Study-club	15/05	Décision de reprise d'un traitement endo discussion de cas	27826	10	4	90
Study-club	15/05	Les biphosphonates	27921	10	1	90
Workshop	15/05	Place du dentiste dans la gestion des douleurs oro-faciales	27919	20	7	180
Workshop	16/05	Dentisterie esthétique adhésive - Jour 1	27312	40	4	360
Workshop	17/05	Dentisterie esthétique adhésive - Jour 2	27310	40	4	360
Workshop	22/05	Gestion du temps	27546	40	2	360
Study-club	22/05	Les empreintes optiques	27679	10	7	90
Workshop	05/06	Le bien être au travail : comment prévenir stress, épuisement et/ou b	27925	40	2	360
Workshop	06/06	Place du dentiste dans la gestion des douleurs oro-faciales	27920	20	7	180
Study-club	17/06	Restauration des dents postérieures par obturation en monocouche o	27996	10	4	90
Cours	19/06	La santé-bucco dentaire chez les jeunes en province de Luxembourg.	28207	10	2	90

Retrouvez toutes les activités auxquelles vous avez participé en vous connectant sur www.dentiste.be avec votre login et votre mot de passe.

Vos patients connaissent-ils les acides du quotidien ?



L'alimentation moderne comporte de plus en plus d'aliments et boissons riches en acides. Toutefois, beaucoup de patients ignorent les dommages que les acides contenus dans les fruits, les boissons gazeuses et le vin qu'ils consomment chaque jour sont susceptibles de causer à leurs dents.

Une exposition répétée à ces acides alimentaires peut rendre l'émail vulnérable à l'érosion due à

leurs attaques. Cependant, à des stades précoces, elle peut être difficile à repérer. Aussi les patients ne s'en aperçoivent-ils souvent pas.

Un diagnostic précoce et des conseils appropriés concernant l'hygiène dentaire sont essentiels pour contribuer à gérer et à prévenir l'érosion dentaire due aux attaques acides. Ceci aide aussi à éviter des dommages irréversibles.

Il a été démontré qu'utilisé deux fois par jour Proglasur réduisait l'émail ramolli par les acides et offrait une protection continue contre les effets de l'érosion dentaire.¹



La protection quotidienne contre les effets de l'érosion dentaire dus aux attaques acides.

Consultez www.proglasur.be pour en savoir plus.

INFOS PROFESSIONNELLES

63 Clarification de la nomenclature implant

M DEVRIESE

**64 Charges sociales : valorisation des périodes
d'études**

O. CUSTERS

67 Travailler tout en étant pensionné : plafonds 2014

O. CUSTERS



N'oubliez pas vos dents

Des dents, on est censé les avoir pour toute la vie. Très tôt, nous apprenons à nos enfants de prendre soin non seulement de leur corps, mais également de leurs dents. Mais trop souvent, nous les oublions lorsque nous souscrivons une police 'soins de santé'.

Commencer tôt

Même si vous vous brossez les dents correctement et quotidiennement, des facteurs externes, comme des accidents de sport ou de la route, une surconsommation de boissons rafraîchissantes sucrées, d'alcool ou de médicaments, peuvent faire en sorte qu'une visite ou un traitement chez le dentiste, le stomatologue ou encore le parodontologue s'impose. Si tel est le cas, il vaut mieux prendre ses précautions. Ne vous limitez donc pas à prendre soin de vos dents et à vivre sainement, mais souscrivez également une assurance soins dentaires complémentaire de DKV. Plus vous êtes jeune au moment de la souscription, moins la prime sera élevée. Ainsi, tout risque de préexistence et/ou d'exclusion sera limité.

Un sourire rayonnant

Vous connaissez probablement quelqu'un qui porte un appareil dentaire ou des bagues orthodontiques. L'orthodontie est en effet devenue une spécialité dentaire vouée à la correction des mauvaises positions des dents, chez l'enfant comme chez l'adulte. L'intervention de votre mutualité est néanmoins souvent limitée à des montants forfaitaires et n'est prévue que lorsque le traitement est instauré avant l'âge de 15 ans. Le plan Soins Dentaires de DKV vous rembourse 80% du montant qui reste à votre charge et ce, même jusqu'à l'âge de 40 ans.

Le prix d'une prothèse

Dans le cas où il ne vous est plus possible de sauver vos dents, il se pourrait que vous soyez amenés à porter une prothèse dentaire fixe ou amovible, qui remplace vos dents naturelles. Pour en revenir à notre exemple; un implant et une couronne vous coûtent facilement € 2.000. Vous estimez donc -en toute logique- qu'après l'intervention de votre mutualité, il vous restera moins de € 1.000 à payer. Malheureusement, la mutualité n'intervient pas dans les frais relatifs à des implants, bridges ou couronnes. Ainsi, de telles réparations prothétiques avancées restent entièrement à votre charge. Le plan Soins Dentaires de DKV vous les rembourse à 80% ⁽¹⁾.

DKV prend soins de vos dents

La démarche est très simple. Tout ce que vous devez faire est de fixer un rendez-vous avec votre intermédiaire d'assurances, de passer ensuite un examen chez votre dentiste et de faire un contrôle une fois par an. DKV paie intégralement les frais de cet examen chez votre dentiste, avant même que vous ayez payé votre première prime. Ainsi, vos dents bénéficieront également des meilleurs soins. Pour toute la vie.

¹ Capital limité



soins dentaires

frais ambulatoires

perte de revenu

dépendance

hospitalisation

Les meilleurs dents. Pour toute la vie.

www.dkv.be

Clarification de la nomenclature implant

Un membre nous pose la question suivante :

La SMD a publié l'info suivante :

« A partir du 1^{er} mai, l'ancrage ne doit plus se faire en utilisant la prothèse existante. On peut donc confectionner une nouvelle prothèse et placer les ancrages dans celle-ci. Et cette prothèse peut même être attestée, si toutefois elle respecte les délais traditionnels imposés (7 ans). »

Cette modification implique-t-elle ou non le maintien des 2 conditions nécessaires antérieures ?

A savoir :

1. Patient édenté porteur depuis au moins 1 an d'une prothèse complète mandibulaire
2. Cette prothèse doit être techniquement correcte et doit avoir fait l'objet d'un remboursement d'une prestation prothétique

Réponse :

La condition d'« être depuis au moins 12 mois porteur d'une prothèse amovible inférieure complète sur un maxillaire inférieur totalement édenté » est bien maintenue.

La condition « totalement édenté » ne pose pas de problème.

La condition « être porteur » pose 2 questions :

1. quelle prothèse ? Design, etc...
2. quelle **preuve** à l'existence de cette prothèse ?

La réponse à la question 1 est claire dans la législation : « cette prothèse amovible inférieure complète doit présenter une occlusion, une articulation, un ajustement et un design corrects, doit avoir au moins 12 mois »

Le **fondement** de cette disposition est qu'il faudrait avoir tout d'abord essayé pendant 12 mois de traiter la personne avec une prothèse complète, et ne pas décider d'emblée qu'il va falloir recourir aux implants.

(thèse soutenue particulièrement par les universités néerlandophones)

La réponse à la question 2 est plus « délicate ». En effet, vous remarquerez que l'ancien texte comportait une suite à la phrase, suite que nous avons fait biffer depuis le 1^{er} mai 2014 (en rouge ci dessous) :

« cette prothèse amovible inférieure complète doit présenter une occlusion, une articulation, un ajustement et un design corrects, doit avoir au moins 12 mois, et avoir bénéficié d'un remboursement d'une prestation de la rubrique « Prothèses dentaires amovibles, consultations comprises » de l'assurance obligatoire ou de l'assurance complémentaire pour les indépendants »

MAIS reste en vigueur la Règle interprétative 02 - Implants oraux

Question :

Un assuré qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance pour sa prothèse, peut-il bénéficier d'une intervention pour des implants et/ou le placement de deux piliers ainsi que leur ancrage sur ces deux implants ?

Réponse :

Si aucune intervention n'a été accordée par l'assurance maladie obligatoire ou l'assurance petits risques des indépendants pour une prestation de la rubrique "prothèses dentaires amovibles, consultations comprises" pour ou sur cette prothèse inférieure

complète amovible, aucune intervention de l'assurance n'est possible pour les implants, ni pour le placement des piliers sur les deux implants et leur ancrage.

Date du moniteur : 17/12/2010

Date de prise d'effet : 01/05/2009

TOUTEFOIS cette règle interprétative va changer en :

Question :

Un assuré qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance pour sa prothèse, peut-il bénéficier d'une intervention pour deux implants et/ou le placement du pilier sur ces implants et la mise en place des ancrages correspondants dans la prothèse amovible inférieure complète ?

Réponse:

Oui, ce bénéficiaire qui n'a pas bénéficié d'une intervention de l'assurance a droit à une intervention pour des implants et/ou pour le placement de deux piliers et leur ancrage sur ces deux implants, pour autant qu'il ait plus de 70 ans et qu'il réponde à toutes les conditions de l'article 6, paragraphe 5bis de la nomenclature des prestations de santé.

Mais cette règle interprétative n'est pas encore publiée (nous préviendrons).

J'en conclurais que l'esprit de cette règle de prothèse complète pendant un an reste, mais que le contrôle de cette condition est assoupli et repose essentiellement sur le dossier du patient tenu consciencieusement par le praticien.

MD



INFOS PROFESSIONNELLES

Charges sociales : valorisation des périodes d'études

En votre qualité de travailleur indépendant, le rachat de votre période d'études peut, le plus souvent, influencer favorablement le montant de votre pension.

1. Pourquoi demander la valorisation de la période d'études ?

Le montant de la pension en régime indépendant est fonction de vos revenus professionnels, mais aussi du nombre d'années de carrière professionnelle justifiées.

En effet, une carrière est considérée comme « complète » si elle comprend 45 années d'activité professionnelle.

Ainsi, pour justifier une carrière complète, il faut avoir commencé à travailler à 20 ans, et ce, sans interruption jusqu'à l'âge légal de la pension, soit 65 ans.

Certaines personnes ne peuvent cependant faire état d'une carrière de 45 ans.

C'est le cas, notamment, des dentistes, vu la durée de leurs études.

C'est pourquoi, le législateur offre aux travailleurs indépendants la possibilité de valoriser certaines années d'études, pour leur pension.

La valorisation de la période d'études à partir du 1^{er} janvier de l'année du vingtième anniversaire et moyennant le paiement de cotisations à partir du 1^{er} janvier 1957 peut être ainsi assimilée à une période d'activité de travailleur indépendant.

Cette possibilité permet donc au travailleur indépendant de compléter sa carrière professionnelle et d'augmenter ainsi le montant de sa pension.

2. Qu'entend-on par périodes d'études ?

La période d'études comprend :

- la période pendant laquelle des cours du jour de plein exercice sont suivis. L'année d'études est censée débuter le 1^{er} septembre d'une année et se terminer le 31 août de l'année suivante ;
- la période de deux ans au maximum au cours de laquelle l'intéressé a préparé un mémoire de fin d'études en vue de l'obtention d'un diplôme légalement reconnu ou une thèse de doctorat ;
- les stages, si leur accomplissement est une condition à l'obtention d'un diplôme, certificat ou brevet, légalement reconnu ;
- la période pendant laquelle des médecins suivent une formation de médecin spécialiste dans un établissement de soins ;

Les études peuvent être poursuivies en Belgique et à l'étranger.

L'assimilation peut couvrir, outre la période d'études proprement dite :

- la période comprise entre la fin des études et le début de l'activité indépendante, à condition que celui-ci se situe dans les 180 jours à compter de la fin de la période d'études ;
- la période comprise entre la fin des études et le début du service militaire ;
- la période d'incapacité de travail qui suit dans les 30 jours la fin de la période d'études, si l'intéressé avait la qualité de travailleur indépendant au moment où a débuté la période d'études ou d'apprentissage.

Attention ! Les périodes susdites doivent être postérieures au 31 décembre de l'année précédant le 20^{ème} anniversaire du demandeur.

3. Quelles sont les conditions à respecter ?

1. Avoir la qualité de travailleur indépendant :
 - soit au moment où débute la période d'études ;
 - soit dans les 180 jours qui suivent la fin des études ;
 - soit dans les 180 jours qui suivent la fin du service militaire si celui-ci fait lui-même suite à une période d'études.
2. Ne pas avoir exercé une activité durant la période à valoriser donnant lieu à assujettissement à un régime de pension belge ou étranger.
3. La période à valoriser ne peut être assimilée dans un autre régime de pension.
4. Introduire une demande.
5. Payer des cotisations.

4. Où et quand introduire la demande ?

La demande doit être introduite auprès de l'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (I.N.A.S.T.I), soit par le biais de la Caisse d'Assurances Sociales où le travailleur indépendant est affilié en dernier lieu, soit directement par le demandeur lui-même.

A cette demande doivent être jointes les attestations de fréquentation scolaire émanant de l'institution où ont été poursuivies les études (attention : ne pas fournir la copie des diplômes).

La demande peut être introduite à n'importe quel moment de la carrière, quelle que soit l'époque où se situent les études.

La date d'introduction conditionne toutefois le montant des cotisations (coefficient d'indexation variable).

Exception :

L'assimilation des périodes d'études antérieures à 1957 n'est pas soumise à l'introduction d'une demande, celle-ci n'étant pas subordonnée au paiement de cotisations. Lors de l'examen du dossier "pension", l'assimilation sera examinée d'office.

5. Où et quand introduire la demande ?

L'assimilation des périodes d'études, situées après le 31 décembre 1956, n'est effective que si l'intéressé paie, pour chaque trimestre susceptible d'être assimilé, une cotisation dont le montant est déterminé par la date d'introduction de la demande et par la période couverte.

5.1. Montant des cotisations :

Le montant de la cotisation varie selon la période couverte par l'assimilation. A ce montant s'ajoutent des frais de gestion.

5.1.1. La période antérieure au 1^{er} janvier 1975.

La cotisation correspond à un :

- forfait de 104,55 EUR pour chaque trimestre antérieur au 1^{er} juillet 1970 ;
- forfait de 182,79 EUR pour chaque trimestre compris entre le 1^{er} juillet 1970 et le 31 décembre 1974.

Ces montants ont été établis selon les barèmes de l'année 2013.

5.1.2. La période comprise entre le 1^{er} janvier 1975 et le 31 décembre 1983.

La cotisation correspond à 60 % de la cotisation trimestrielle minimum destinée au régime « pension » d'un assujetti à titre principal, afférente au trimestre au cours duquel la demande a été introduite. La cotisation trimestrielle de 2013 est de l'ordre de +/- **440,00 EUR**.

5.1.3. La période comprise entre le 1^{er} janvier 1984 et le 31 décembre 1996.

La cotisation correspond à la cotisation trimestrielle destinée au régime « pension » d'un assujetti à titre principal, calculée sur base d'un revenu fictif.

Dans cette hypothèse, si la demande n'est pas introduite dans les 2 ans qui suivent la fin de la période d'études, un intérêt de 6,5 % l'an est dû pour la période entre la fin des études et la date d'introduction de la demande.

5.1.4. La période à partir du 1^{er} janvier 1997.

La cotisation correspond à 60 % de la cotisation sociale due par les assujettis à titre principal sur la partie des revenus professionnels qui n'excède pas le plafond intermédiaire, et éventuellement 53 % de la cotisation due par les assujettis à titre principal sur la partie des revenus professionnels comprise entre le plafond intermédiaire et le plafond absolu calculée sur base d'un revenu fictif.

Le revenu fictif utilisé pour ces deux dernières périodes est fonction du revenu réévalué qui a servi de base au calcul définitif de la 1^{ère} cotisation trimestrielle située après la période d'assimilation, à défaut, du revenu réévalué qui a servi de base au calcul définitif de la dernière cotisation avant la période d'assimilation.

Exemple :

Monsieur X, né en mars 1948, a effectué des études supérieures jusqu'en juin 1970. Il a entamé son activité indépendante au 1^{er} septembre 1970.

Il demande en 2013 à ce que la période du 1^{er} janvier 1968 au 30 juin 1970 soit assimilée à une période d'activité réelle. Quel est le coût de la valorisation de la période d'études ? **1045,50 EUR (frais de gestion compris)**.

5.2. Procédure de paiement :

Le paiement des cotisations peut être effectué :

- en un seul paiement dans le mois qui suit la notification de la décision de l'I.N.A.S.T.I. ;
- suivant un plan d'apurement arrêté par l'I.N.A.S.T.I. qui tient compte d'un intérêt de retard simple au taux annuel de 6,5 %.

Remarque :

Si le travailleur indépendant ne respecte pas le mode de paiement qu'il a choisi et qui a été accepté, il perd la garantie du droit à la pension : il est, en effet, censé avoir renoncé à son droit à l'assimilation.

5.3. Caractère fiscal des cotisations payées

Les cotisations payées dans ce cadre ont le même caractère fiscal que les cotisations sociales. Si vous exercez toujours une activité professionnelle, elles seront considérées comme des charges professionnelles.

6. Quelle répercussion sur la pension ?

Le supplément de pension que procure actuellement la régularisation d'une année d'études s'élève à un montant minimum forfaitaire annuel de **178,87 EUR** au taux ménage et de **143,10 EUR** au taux isolé (montant au 1^{er} décembre 2012). Toutefois si la pension de retraite allouée correspondant à la pension minimale ou à une portion de pension minimale (justification d'au moins les deux tiers d'une carrière complète), le supplément de pension annuel s'élève à **369,70 EUR** au taux ménage et à **279,42 EUR** au taux isolé (au 1^{er} avril 2013).

7. A quoi devez-vous faire attention ?

7.1. Si vous avez une carrière mixte ou que vous poursuivez votre activité indépendante au-delà de l'âge de 65 ans.

Le rachat d'une période d'études, dans certaines situations, ne pas entrer en considération dans le calcul de la pension. Les cotisations auront, dans ce cas, été « payées à fonds perdu ».

Ainsi, si vous exercez votre activité indépendante au-delà de 65 ans et que vous justifiez en fin de compte plus de 45 années de carrière, les années excédentaires ne seront pas prises en compte. Ces années excédentaires concerneront la plupart du temps les années de valorisation de la période d'études.

7.2. Un remboursement de cotisations est-il envisageable ?

Les cotisations payées dans le cadre d'une valorisation « période d'études » ne pourront en aucun cas être remboursées, même si la période concernée par la valorisation n'est pas prise en compte pour le calcul de la pension. Faites donc analyser votre situation avant d'effectuer toute démarche de rachat.

7.3. Toute la période d'études !

Le rachat d'une période d'études concerne « la période toute entière », soit du 1^{er} janvier de l'année du vingtième anniversaire au dernier jour des études. Il est donc impossible de racheter uniquement l'une ou l'autre année susceptible de venir compléter une carrière professionnelle déjà justifiée pour un certain nombre d'années.

7.4. Pension de retraite anticipée !

La période d'études valorisée, bien que prise en compte pour le calcul du montant de la pension, n'entre pas en ligne de compte dans le nombre d'années requises pour prétendre à la pension anticipée.

OC

Source : UCM

A decorative graphic consisting of three overlapping circles in shades of blue, purple, and green, with the text 'INFOS PROFESSIONNELLES' written across them in white capital letters.

INFOS PROFESSIONNELLES

Travailler tout en étant pensionné : plafonds 2014

Si vous prenez votre pension, cela ne signifie pas nécessairement que vous deviez arrêter de travailler. Tout en percevant votre pension, vous pouvez continuer à exercer une activité professionnelle à condition que les revenus que vous tirez de cette activité soient limités.

Le revenu **professionnel autorisé dépend de la nature de l'activité**, de l'âge (avant ou à partir de 65 ans), d'une éventuelle charge d'enfant et du type de pension dont vous bénéficiez (voir tableau ci-dessous).

Si la limite de revenus autorisés n'est pas respectée, des sanctions sont prévues (voir plus loin).

En juillet 2013, le travail autorisé des pensionnés a été modifié. La réforme prévoit notamment l'indexation annuelle des limites de revenus chaque 1^{er} janvier. Voici les nouveaux montants pour 2014.

Les limites

65 ans ET 42 ans d'ancienneté

Dès l'âge de **65 ans**, une pension de retraite ou une pension de retraite et de survie peut être cumulée de manière **illimitée** avec les revenus d'une activité professionnelle à condition que le pensionné ait une **carrière d'au moins 42 ans**. (NDLR : ce qui dans la pratique ne s'applique donc que rarement aux dentistes).

Autres situations

Les **plafonds de revenus** restent applicables aux personnes qui ne satisfont pas aux conditions d'âge et de carrière. Le tableau ci-dessous indique les montants indexés à ne pas dépasser en 2014. Ces montants ont été publiés au Moniteur belge.

Activité	Enfants à charge	Pour les bénéficiaires de pension(s) de survie uniquement âgés de moins de 65 ans	Pour les bénéficiaires de pension(s) de retraite ou de retraite et de survie	
			Avant 65 ans	Après 65 ans
Indépendant	Sans	14.377,00 €	6.175,00 €	17.835,00 €
	Avec	17.971,00 €	9.262,00 €	21.694,00 €

Les revenus professionnels

Les revenus professionnels sont **ceux définis fiscalement**.

Les sanctions

Si la limite de revenus autorisés est dépassée de moins de 25 %, vous perdez pour cette année-là de 1 à 25 % de votre pension. Si la marge de 25 % est dépassée, vous perdez l'intégralité de votre pension et vous devez payer des cotisations sociales qui ne vous donnent aucun droit supplémentaire en matière de pension.

Les sanctions concernent toute l'année civile et ce même si l'activité n'est pas exercée toute l'année.

Qu'en est-il de vos cotisations sociales ?

Si, après avoir pris votre pension, vous exercez encore une activité indépendante autorisée, vous devez en principe continuer à payer des cotisations sociales. La base de calcul de ces cotisations est toutefois limitée au plafond de revenus autorisés.

Ces cotisations ne permettent pas de constituer des droits supplémentaires en matière de pension.

Plus de détails auprès de votre caisse d'assurance sociale.

Vous devez tenir compte de certaines règles :

- Premièrement, vous devez déclarer officiellement votre activité professionnelle par lettre recommandée à l'office des pensions.
- En outre, des plafonds de revenus spécifiques sont en vigueur.

OC

Sources : UCM, Xerius

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/



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.^(1,2,3)



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**

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, hémorragie gastro-intestinale (peu fréquent) ; constipation (rare) ; anorexie (inconnu) -

Troubles généraux et anomalies au site d'administration : œdème (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-œdème (peu fréquent) ; dermatose bulleuse comme érythème polymorphe, dermatite exfoliatrice, syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique, vascularite allergique (très rare) - **Affections hématologiques et du système lymphatique :** thrombocytopenie, 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.

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

(2) Notice scientifique Brufen.

(3) Notice scientifique Ibuprofen EG.

(4) Mehlich DR, Et al. A Controlled comparative study of ibuprofen arginate versus conventional ibuprofen in the treatment of postoperative dental pain. In: J. Clin. Pharmacol. 2002, 42: 904-911.

(5) Novalbos J. Farmacotherapia 2006.

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.

Bientôt d'autres dates et sujets



Bruxelles

Lieu : À CONFIRMER

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

7 octobre 2014 : Syndrome des apnées du sommeil : prise en charge pluri-disciplinaire
A DAELEMANS - J DAUBE - M BRUGMANS

2 décembre 2014 : Matériaux en prothèses fixes et amovibles - *Ch RAUTER*



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.

10 septembre 2014 : sujet à déterminer

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.

2 octobre 2014 : Mieux communiquer au cabinet - *M 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.

25 septembre 2014 : La prévention des fractures en endodontie - *J-P SIQUET*

22 novembre 2014 : Dentiste et tabac en 2014 - *Th VANVYVE, V SEHA, Dr Th MICHIELS*



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.

Bientôt d'autres dates et sujets

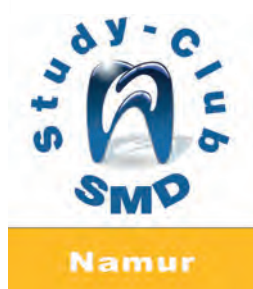
Accréditation : nous vous rappelons que pour être pris en compte pour l'accréditation, vous devez être présent dès l'heure du début annoncée et rester jusqu'à la fin de la conférence.
L'INAMI est très strict à ce sujet, soyez prévoyants.



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.

11 septembre 2014 : Orthodontie : prise en charge optimisée des adolescents et des adultes
Ph Van STEENBERGHE

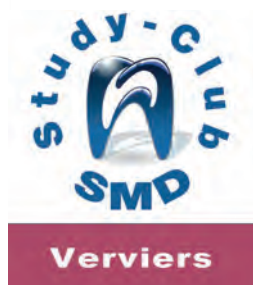


Lieu : Château de Namur - Avenue de l'Ermitage, 1 - 5000 Namur

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.

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*



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.

15 mai 2014 : Les biphosphonates - *Dr Emmanuel LEGROS*

2 octobre : sujet à déterminer

20 octobre : Le sinus - *M GABAI, B LOMBART*

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.



Jean Andriessens

In Memoriam

Cher Jean,

Tu nous as quittés et, au nom du service de prothèse de l'Ecole de médecine dentaire et de stomatologie, je souhaite te dire ces quelques mots. J'y associe bien entendu les enseignants et les nombreux praticiens que nous avons formés et que tu as connus.

C'est dans le courant de l'année 1973 que Jean-François Simon t'a sollicité pour collaborer avec notre service. Jean-François te connaissait ... pour nous, compte-tenu de notre jeune âge, c'était la découverte d'un prothésiste, la découverte d'une nouvelle collaboration proposée par notre patron ... une décision sans doute importante mais qui ne nous a certainement pas interpellés à ce moment là. Nous nous sommes cependant très vite rendus compte que cette collaboration était particulière car, en plus de disposer d'un travail précis, rigoureux, soigné, nous avons eu la chance de rencontrer un homme qui privilégiait à tout moment les valeurs humaines telles que le respect des autres, le respect du travail des autres, la défense des autres et bien d'autres valeurs encore. Et que dire des liens d'amitié qui se sont tissés ? Quelle joie pour toi, quelle joie pour nous de nous retrouver quasi systématiquement chaque vendredi vers 17h30 à l'EMDS pour parler boulot, pour parler de tout, pour parler de rien mais surtout pour faire honneur à notre amitié et, soyons sincères, à l'apéritif que tu nous ramenaient. Et les soirées organisées avenue de l'Hélianthe pour l'entièreté du staff ... à chaque fois, une soirée qui nous comblait de bons petits plats, d'excellents vins, de discussions animées, de fou-rires ... des moments historiques !

Je profite de l'occasion, Jean, pour te remercier d'avoir accueilli durant plusieurs années nos étudiants dans ton laboratoire. Tu leur expliquais, mieux que quiconque, les difficultés auxquelles était confronté un prothésiste, tu leur témoignais l'amour de ton métier, tu les initiais au montage d'une céramique, ... c'était pour eux un moment de pur bonheur et je sais que tu appréciais également ces moments là.

Tu nous as quittés mais tu nous laisses d'innombrables souvenirs . . .

- le souvenir d'un homme humble, passionné par tous les développements et innovations dans le cadre de ta profession mais aussi de manière générale,
- le souvenir d'un homme particulièrement engagé dans la défense professionnelle,
- le souvenir d'un homme accueillant, attentif et disponible,
- le souvenir d'un ami, d'un véritable ami.

Jean, tu resteras toujours un ami pour nous. Nous tenons encore une fois à te remercier pour ton engagement, ton investissement envers ta profession mais aussi envers la nôtre.

De tout cœur et tout simplement MERCI.

Professeur Christian Vanzeveren
Chef de département ff.
Département de Médecine dentaire et de stomatologie
U.C.L.

Annonces

Pour des raisons de confidentialité, les adresses e-mail et les numéros de téléphone ont volontairement été supprimés des annonces.

Pour répondre à une annonce, veuillez vous connecter sur notre site www.dentiste.be, rubrique Annonces, sélectionner l'annonce désirée et cliquez sur Plus de détails pour faire apparaître le formulaire de réponse.

Dentiste - *cherche collaborateur*

80 - AUVELAIS - "Cabinet dentaire pluridisciplinaire (ortho pèdo implanto DG) cherche DG motivé 1/2 ou full time. Cabinet bien situé, bien équipé. Entre Namur et Charleroi, 5km autoroute de Wallonie.

116 - MOUSCRON - Le Centre Hospitalier de Mouscron recherche un dentiste (Master en sciences dentaires) et un orthodontiste pour compléter son équipe composée actuellement de 3 dentistes. Le poste est libre immédiatement. Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter Monsieur P. LIBON, Licencié en sciences dentaires

117 - MONS - Cabinet de groupe à Mons recherche DG/paro/ortho pour compléter équipe de 5 collaborateurs. Equipé de 3 fauteuils, pano, rx digitalisé. Ambiance agréable, pas d'absentéisme, bonnes conditions de travail. info + cv

118 - HORNU - dans centre medical, consultation d'orthodontie à remettre, 2 samedis par mois, nombreux patients en attente.

124 - BRUXELLES - Cabinet Dentaire à Evere recherche 4 dentistes généralistes pour 2-3 j/sem à définir. Cabinet remis à neuf, nouveaux fauteuils & matériel, assistante, ... Très bonne ambiance. Bcp de patients en attente. Envoyer votre CV à Francois Charles

126 - BERCHEM-SAINTE-AGATHE - Cabinet dentaire situé à Berchem-Sainte-Agathe recherche dentiste pour une collaboration à long terme. Excellent équipement (Planmeca). Patientèle importante et horaire à convenir.

127 - EMBOURG - Dentiste cherche collaborateur/trice pour dentisterie générale et surtout prothèse dans nouveau cabinet tres bien situé, centre de Liège, avec parking aisé. Travail 1jour/semaine et si possible 2 jours en fonction demande.

128 - VISE - Pour remplacer collaborateur sortant (juillet), je recherche DG compétent et motivé pour collaboration mi-temps et reprise progressive (pension) d'un CD privé de 2 fauteuils en pleine activité.

131 - MONS - Cabinet de groupe à Mons recherche dentiste pour compléter son équipe. Ambiance agréable, pas d'absentéisme, bonnes conditions de travail. Plein temps ou mi temps (jours à convenir). Infos + cv

135 - Huy - cabinet d'ortho région de Huy cherche collaborateur spécialiste ou non.

143 - TILFF - dentiste cherche collaborateur(trice) avec possibilité association à long terme

144 - BERLOZ - Seraing Haut, Cabinet multi-fauteuils, cherche pedodontiste. Horaire très libre, mercredi exploitable. Un cabinet pourrait être dédié exclusivement à cette activité (déco, équipement).

145 - CHATELINEAU/GOZEE - www.cliniquedeladent.be. Nous recherchons 1 collaborateur en remplacement d'un dentiste partant fin juillet. 7 cabinets sur 2 sites, pano/télé + rx numériques, stérilisation dernier cri, baltes, ... 4 assistantes, labo dentaire sur place, énorme patientèle.

146 - Namur - Cabinet pluridisciplinaire cherche dentiste pour parodontologie non chirurgicale et maintenance parodontale.

148 - BRUXELLES - Cab à Ixelles cherche dentiste pr 3 jrs/sem (Lu-Je-Sa). Cab non conventionné, 2 fauteuils, informatisé, pano digitale, CEREC, 1 ass/secr. La personne doit être présentable, ponctuelle, minutieuse, travailler sous loupe. envoyer CV par email.

149 - BRUXELLES - cab Ixelles cherche orthodontiste pour 1 jrs/sem pour patientèle autant enfant qu'adulte, et pour ortho conventionnelle multibague, lingual, et/ou invisalign. envoyer CV par email.

152 - ARLON (frontière Luxembourg) - Cabinet médico-dentaire pluridisciplinaire Reding cherche dentiste généraliste temps partiel. Cabinet de standing non conventionné, 5 fauteuils, assistantes et secrétariat. Patientèle fidèle et en attente. Cadre très professionnel et ambiance familiale

155 - WEMMEL - cherche dentiste généraliste pour 2j/semaine, avec possibilité d'association à long terme.

157 - JETTE - Dentiste généraliste demandé pour cab, 2 fauteuils, bonne patientèle, pour continuer les consultations du dentiste en fin de carrière. situation Jette, place du miroir.

159 - BRUXELLES - Cabinet a Anderlecht cherche DG pour min 3 jour/sem pour compléter equipe actuelle. 2 fauteuils, pano digitale, assistante/secrtaire, patientèle en attente. envoyer CV par email et/ou tel.

165 - ARLON - cabinet medico-dentaire Reding SPRL, pluridisciplinaire, recrute dentiste généraliste temps partiel. www.cabinet-reding.be

166 - VERVIERS - Centre Médical en plein centre de Verviers cherche DG. Cabinet avec pano digitale, chaîne sté, assistante/secrétaire, grosse patientèle en attente. Candidature par email ou tel. www.centretmd.be. Cadre très professionnel et ambiance familiale

167 - SERAING - La maison Médicale de Seraing cherche un dentiste pour emploi part time. Cabinet dentaire avec radiologie informatisée. Equipe médicale pluridisciplinaire.

169 - SOIGNIES - cherche dentiste généraliste pour 1 ou 2 jours par semaine. Très bonne rémunération, tout informatisé.

170 - MOUSCRON - Cabinet de groupe recherche dentiste généraliste ou stagiaire aimant faire les endos pour compléter son équipe. Cabinet moderne, excellentes conditions.

Dentiste - *Cherche assistante, secrétaire*

58 - BRUXELLES - centre dentaire 2 installations à schaarbeek botanique cherche assistante-secrétaire à temps plein ,dynamique, disponible ,flexibilité horaire en soirée et week-end ;PLAN ACTIVA;libre immédiatement

151 - NIVELLES - cabinet dentaire pluridisciplinaire (générale-endo-pédo-ortho) à Nivelles cherche une assistante dentaire 30h/semaine pour renforcer l'équipe existante. Cv uniquement par mail.

162 - BRUXELLES - Cabinet Spécialisé en Parodontologie et Implantologie cherche assistante dentaire Mi-temps (ma-me-je) pour assistance fauteuil, stérilisation, secrétariat. Envoyer un CV.

Assistante - *cherche emploi*

115 - BRUXELLES - Sérieuse, dynamique et polyvalente, je suis à la recherche d'un poste d'assistante administrative/assistante dentaire au sein d'un cabinet, je suis disponible immédiatement, n'hésitez pas à me contacter au 0487393141 pour plus de renseignements.

168 - NIVELLES - Ayant une formation de prothésiste dentaire, j'ai travaillé pendant 9 ans comme assistante dans un cabinet de stomatologie. J'ai de l'expérience du travail à 4 mains (soins et chirurgie). Je cherche un poste d'assistante ou prothésiste à Nivelles ou environs.

172 - VOSSEM - Bonjour, expérimentée, ponctuelle, sérieuse, sachant prendre des initiatives, je suis à la recherche d'un temps plein ou d'un mi-temps.

Cabinet à vendre - à remettre

120 - NAMUR - Cabinet dentaire à remettre pour ennuis de santé. Équipement et intérieur moderne. Patientèle fidèle.

129 - ROBERTVILLE - Cabinet design avec vue sur jardin à remettre pour cause de départ à l'étranger. Entièrement équipé (stérili, pano) et récemment rénové. Excellente patientèle. Libre à partir de juillet avec possibilité de mi-temps dès juin pour suivi des patients.

133 - LUXEMBOURG - A vendre pour départ en retraite. En activité depuis 30 ans. Grosse patientèle. 70m² 1 fauteuil avec multiples possibilités d'agrandissement. Fiscalité attrayante, charges légères. Prix demandé : 1 an de CA.

153 - BRUXELLES - cab dent moderne et très agréable, en pleine activité, à vendre cause départ étranger. 25 ans d'existence, excellente situation (en rez de chaussée), très bien desservi (bus, tram). Gros potentiel. patientèle - 0475 49 50 51

163 - LIEGE - A remettre à Liège (Cointe) - cabinet dentaire équipé, en activité, très bien situé ds quartier agréable, au rez-de-chaussée, 70 m², local pour 2^{ème} cabinet préinstallé ou autre affectation, cave, double parking privé.

173 - BRUXELLES - Cabinet dentaire et murs à remettre pour cause de départ à l'étranger. Entièrement rénové en 2010. Possibilité de collaboration transitoire. Prix à discuter.

175 - LIMASS - CD 1 fauteuil en pleine activité situé au rez d'une maison villageoise avec un appartement 2 chambres à l'étage, conditions à convenir.

177 - BRUXELLES - Cherche collaborateur en vue cession d'ici 6 mois.

179 - SERAING - Cabinet à vendre avec immeuble à Seraing. Gros et petit matériel bon état complètement informatisé. Cause retraite.

180 - Rochefort - Cabinet dentaire en pleine activité, situé dans une maison bourgeoise 4 façades avec jardin, à remettre pour cause de départ à la retraite en janvier 2015. Belle patientèle et excellentes perspectives. La maison et le cabinet sont indissociables. Possibilité de deuxième cabinet dans un bâtiment annexe. Téléphone : 084 21 27 33 et 0472 672 986

Cabinet - à louer

140 - BRUXELLES - quartier Prince d'Orange

147 - FLERON - Très agréable cabinet de +- 30m² situé au REZ-DE-CHAUSSE, idéalement situé à Fléron sur grand route, proche de tous les commerces, arrêt de bus. Possibilité de locations diverses - prix dégressifs (CHARGES COMPRIS : eau-électricité et chauffage-Wifi) 1/2 journée : 25€ - 1 journée : 40€ - semaine : 150€ mois : 550€

Matériel - à vendre

125 - LIEGE - à vendre fin d'activité rx pano Palomex Siemens argentique +dévop Velopex très bon état. 2000 €

130 - BRUXELLES - A vendre Appareil Radio ortho et céphalo Cranex3+ Soredex argentique en parfait état pour 1500 €. Parfait pour un jeune orthodontiste ou un 2^{ème} cabinet.

158 - TIHANGE - à vendre fin d'activité rx pano Palomex Siemens a - A vendre Unit Stern Weber S320TR (2 Mmoteur, 1Turbine, 1 Détartreur Satelec, 1 Seringue air-eau) de - de 6 ans estimé à 15.000€ (40% du prix d'achat) ainsi que tout le matériel d'un cabinet opérationnel. - Prix largement à discuter. - A voir et faire offre.

174 - LENS 7870 - à vendre fin d'activité rx pano Palomex Siemens arA vendre unit gaucher, fauteuil, rx, petit matériel.

178 - WAVRE - Comptoir de secretariat moderne de forme semi-circulaire. Une hauteur bureau et une hauteur comptoir. Montage aisé. Tablettes revêtement hêtre et piètement en métal. Très bon état. Mesures précises sur demande. Prix à convenir

Cherche

121 - LA LOUVIERE - Cherche à acheter des meubles dentaires récents et une radiographie murale

134 - MONTHERMÉ - URGENT Suite à un problème de santé, je cherche un(e) remplaçant(e) pour une durée de 1mois. Ardennes françaises, proche frontière belge. Conditions financières à préciser par mail ou tel.

136 - HANNUT - Recherche articulateur SAM 2 + arc facial+ table de montage

141 - FLEMALLE - Polyclinique cherche DG - Ambiance de travail agréable Jours: mercredi, jeudi, vendredi

Divers

160 - LIEGE - VW Tiguan 2.0 TDI 136 4Motion Track & field de 05/2008, 157000 Km. gris-bleu métalisé, kit mains libres et GPS, 10.900 €

Maître de stage - cherche stagiaire

132 - MONS - Cabinet dentaire à Mons recherche stagiaire. Cabinet Equipé de 3 fauteuils, pano, rx digitalisé. Ambiance agréable, pas d'absentéisme, bonnes conditions de travail.info + cv .

142 - BRUXELLES - Etudiante en master 2 à l'UCL cherche maître de stage mi-temps pour l'année 2014-2015.

164 - BRUXELLES - Stagiaire de 6^{ème} anné cherche maître de stage

Pour consulter TOUTES les annonces,
ou publier une annonce,
rendez-vous sur notre site :
www.dentiste.be
rubrique "Annonces"

The Belgian Society of Periodontology in collaboration with BUOS

presents

Piezocision™

for rapid orthodontic treatments:

A team approach

by Prof. S. Dibart (Periodontist)
& Dr E. Keser (Orthodontist)
from Boston University, USA

Friday **5th December 2014** Liège

Lecture | Workshop | Gala diner

Program

Welcoming : _____ 8:30

Lecture : _____ 9:00 - 16:00

Workshop : _____ 16:00 - 18:00

(Limited to 20 people)

Gala Diner & Music : _____ 19:30

Price

BSP/BUOS (BBNO & UFOB) members : _____ 195,00 eur

Non-members : _____ 295,00 eur

Full-time students : _____ 75,00 eur

Workshop : _____ 175,00 eur

Gala Diner : _____ 95,00 eur

(Offered for BSP members)

Piezocision™ is a minimally invasive surgical procedure, combining micro incisions and localized piezoelectric decortication aimed at achieving rapid orthodontic tooth movement, with minimal trauma and patients discomfort, while strengthening the existing periodontium.

The possibility of hard and/ or soft tissue grafting via tunneling during piezocision™ prevents or treat Mucogingival defects and allows for successful esthetic and functional outcomes.

This novel approach is leading to shorter orthodontic treatment time, enhanced interdisciplinary results, minimal discomfort, and great patient acceptance.



Info & inscriptions : www.parodontologie.be

Agenda

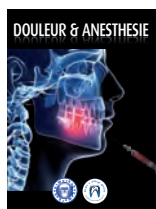
19-20 juillet 2014 Week-end Workshop : Facettes, inlays, onlays

Lieu : Luxembourg
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=530



20 septembre - Dentex 2014 Douleur et anesthésie

Lieu : SMD - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=471



25 septembre 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/EvenementDetail.aspx?id=523



27 septembre 2014 Workshop : Facettes, inlays, onlays

Lieu : GC - Heverlee
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=529



30 septembre 2014 Réanimation cardio-respiratoire

Lieu : SMD - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=534



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



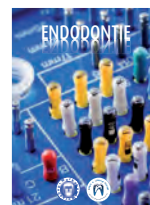
2 octobre 2014 Gestion du temps

Lieu : Diamant - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=524



3-4 octobre 2014 Endodontie : objectif succès

Lieu : SMD - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=525



4 octobre 2014 Peer-review

Lieu : Diamant - Bruxelles
Info : Société de Médecine Dentaire
Tél : 02 375 81 75
E-mail : secretariat@dentiste.be
www.dentiste.be/EvenementDetail.aspx?id=525



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 

COMMANDEZ DÈS MAINTENANT LE LIVRE DE PATRICIA MATHIEU !

OFFRE
SPÉCIALE !
Livraison
offerte*

Couverture provisoire



PETITS TRÉSORS DE DESSINATEURS

Le livre

Lorsque Dany, le créateur d'Olivier Rameau, suggère à Patricia Mathieu de développer un concept de livre photo autour du monde de la BD, l'idée de dévoiler les objets préférés, petits trésors des dessinateurs et caricaturistes, les a séduits. Patricia Mathieu est partie à leur rencontre pour les photographier, eux et leur « trésor ». Ils se sont prêtés au jeu et ont accepté d'exposer ici, par des dessins et des textes, la raison de cet attachement personnel.

L'auteur

Née à Ixelles et passionnée par la photographie depuis de très nombreuses années, Patricia Mathieu immortalise des artistes, peintres, sculpteurs et... dessinateurs de bandes dessinées. Définissant son art comme une collaboration, elle voit aujourd'hui nombre de ses clichés utilisés par les artistes afin d'illustrer leurs publications ou sites internet. Son appareil toujours à portée de main, Patricia Mathieu capte également les moments de la vie quotidienne, au hasard des rencontres et lors de ses voyages.

www.patriciamathieu.be

Découvrez les objets préférés de...

Edouard Aidans, Dino Attanasio Batem, Philippe Bercovici, Ludowic Borecki, Francis Carin, Michel Carpentier, Raoul Cauvin, Jean-François Charles, Maryse Charles, Dany, Lucien De Gieter, Bob de Groot, Philippe Delaby, Jean-Luc Delvaux, Christian Denayer, Bruno Di Sani, André-Paul Duchâteau, Jean Dufaux, Benoît Ers, René Follet, Philippe Geluck, Gérard Goffaux, Alain Goffin, Olivier Grenson, Marc Hardy, Hermann, Frédéric Jannin, Daniel Kox, Pierre Kroll, Laudec, Corentin Longrée, Malik, Midam, Rafael Morales, Olivier Pâques, Frank Pé, Michel Pierret, Johan Pilet, Romain Renard, Etienne Schröder, François Schuiten, Jean-Claude Servais, Jacques Sondron, Turk, Jean Van Hamme, Herni Vernes, Walthery, Marc Wasterlain, Michel Weyland

Pour souscrire :

Versez la somme de 19 € sur
le compte des Éditions Luc Pire
IBAN : BE 26 7320 2246 3029
BIC : CREGBEBB
Communication : Point + nom et prénom
+ courriel + adresse de livraison.



* Offre valable en Belgique jusqu'au 30 juillet 2014,
dans la limite des stocks disponibles.
Livraison en octobre 2014.

editions@lucpire.eu — www.lucpire.be

lucpire
éditions

Exposition Pierre Alechinsky à la Maison Erasme jusqu'au 22 novembre

"Écritures d'herbes"



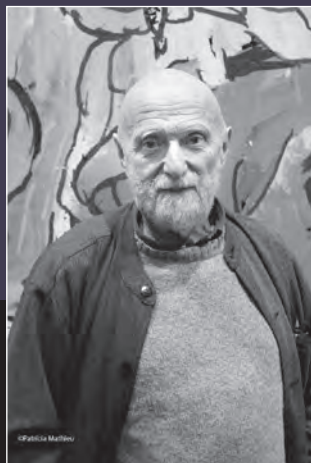
Erasme a séjourné dans cette maison gothique en 1521. La demeure y rassemble une collection de peintures anciennes (Holbein, Bosch, Metsys...) et de splendides meubles d'époque. La bibliothèque est riche de milliers d'éditions anciennes. A l'arrière se trouve un merveilleux jardin : " le jardin philosophique " aménagé par Benoît Fondu en 2000 avec quatre autres artistes contemporains (Catherine Beugrand, Marie-Jo Lafontaine, Perejame et Bob Verschueren).

Une invitation à s'asseoir pour jouir du temps ou bavarder avec des amis. Benoît Fondu est architecte paysagiste contemporain, on lui doit notamment le parc de Chevetogne, le parc du Château de Seneffe, le Castella en Italie... et beaucoup d'autres aménagements en dehors de chez nous.

"le jardin des maladies" aménagé par René Pechère. Une centaine de plantes du 16^{ème} siècle, utilisées par Erasme grand humaniste de la Renaissance, y sont cultivées.

La maison Erasme a reçu le prix du meilleur musée en 2009.

Le plus petit Béguinage de Belgique se trouve à côté du musée, construit en 1252 à l'ombre de la Collégiale, il forme un véritable trésor de l'époque.



Le peintre belge Pierre Alechinsky expose dans cette belle demeure "Écritures d'herbes"

Au rez-de-chaussée, sa nouvelle collection "Longues-vues" qui forme une longue phrase visuelle en raison d'un leitmotiv évoquant une lunette.

La triade eau air feu sur un disque de cuivre rouge est exposée dans un sous-verre et forme un inhabituel tableau.

Ce disque lui a servi à créer ses eaux fortes exposées (voir photos). Alechinsky y évoque le quatrième élément, la terre.



Cette terre avec du rouge de Venise se retrouve dans les œuvres et contraste d'autant mieux avec le papier peint de couleur verte et dorée tapissant cette pièce d'exposition.

Pierre Alechinsky, lors de sa visite dans la maison d'Erasmus, fut conquis par les coloris d'un herbier du 18^{ème} siècle présent dans la collection du musée. Il s'est alors souvenu qu'il avait travaillé avec l'herbier Danois "Flore Danica" commandé par le Roi.

Au premier étage sont exposés ses collages développés de 1982 à 1990, figurant à côté de l'herbier du musée et de ses 3 volumes de "Flore Danica".

L'artiste a vécu 27 ans en Belgique, a beaucoup voyagé appréciant ainsi la calligraphie chinoise et réside depuis de nombreuses années à Bougival non loin de Paris. En 1949, il a rejoint le fameux groupe Cobra avec Dotremont, Aspel, Constant, Jorn...

"Ecritures d'herbes" semble lié à un style particulier de la calligraphie chinoise et se rapporte à une rêverie de l'artiste, pinceau à la main. Le commissaire de l'exposition est le talentueux et sympathique Daniel Abadie, ayant également organisé la grande exposition du peintre au centre Pompidou à Paris.

Une double visite que je vous recommande vivement, la maison d'Erasmus et ses jardins enchanteurs et cette belle découverte des œuvres de Pierre Alechinsky, toujours très actif dans son atelier. Certains propos recueillis auprès de Daniel Abadie.

Adresse rue du Chapitre 31 - 1070 Anderlecht ouvert de 10 h à 18h entrée plus facile par la rue Formanoir



Daniel Abadie
©Patricia Mathieu

Exposition de Koen Van Mechelen Château de Chimay jusqu'au 17 août 2014



©Patricia Mathieu

L'artiste conceptuel (Saint Trond 1965) nous offre une autre version de son Cosmopolitan Chicken Project. Il croise diverses races de poules pour obtenir un Kosmopolitisch Kip. Toutes les œuvres de cet artiste sont en rapport avec la poule, les œufs, les couveuses... Installations, vidéos, photographies sont les supports de ses œuvres. Il est connu internationalement.
Château de Chimay - rue du Château 14 - 6460 Chimay

Exposition " Les Diabes rouges " Botanique Bruxelles Photographies au Muséum rue Royale

Un moment bien choisi pour montrer les œuvres du photographe flamand Stefan Van Fleteren pour découvrir cette équipe pendant ces jours de juin, avis aux amateurs de Football et de belles photographies jusqu'au 17 août.



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



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

 **straumann**
simply doing more