

# ENTRE DENTISTES

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

Mars - Avril 2013 n° 237

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

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

## 4<sup>ème</sup> Rendez-vous des Cercles

Samedi 23 mars 2013

## L'usure dentaire : un problème pour vous ?

Samedi 20 avril 2013

# FIABILITÉ DANS UN ESPACE RÉDUIT

## STRAUMANN® NARROW NECK CrossFit®

La solution Soft Tissue Level de Straumann pour faire face aux limitations de place

- Fiabilité lors de la pose d'implants de diamètre réduit
- Large éventail d'options de traitement ■ Simplicité d'utilisation au quotidien



Vous pouvez nous joindre au +32 (0)2 790 10 00.  
[info.be@straumann.com](mailto:info.be@straumann.com) [www.straumann.be](http://www.straumann.be)

COMMITTED TO  
**SIMPLY DOING MORE**  
FOR DENTAL PROFESSIONALS

# édito



## Une médecine dentaire plurielle

Il y a les dentistes conventionnés et ceux qui ne le sont pas. Les accrédités et ceux qui ne veulent pas de ce système (qui reste volontaire). Il y a les généralistes et les spécialistes. Ceux qui pratiquent le tiers payant et ceux qui ne le pratiquent pas. Il y a des dentistes propriétaires de leur cabinet, et ceux qui sont collaborateurs. Ceux qui travaillent en groupe et ceux qui travaillent en solo. Ceux qui ont du personnel salarié et ceux qui n'en n'ont pas. Ceux qui posent des amalgames et ceux qui n'en veulent plus. (Et vous continuerez l'énumération).

Certains de ces choix sont volontaires, d'autres davantage « subis ». Le praticien, durant toute sa carrière, et encore plus en début de carrière, doit poser des choix. A défaut, il subira.

Ces choix se font idéalement après analyse approfondie, réflexion, formations, échanges avec des collègues, etc.

Les membres de notre Profession vivent TOUS des situations différentes. La Société de Médecine Dentaire est bien consciente de cette diversité. Elle connaît les avantages et inconvénients de chacune de ces situations. Si elle identifie des modèles de pratique qui optimisent l'exercice de notre Art, elle est consciente de la diversité des praticiens et respecte profondément la situation de CHACUN.

**Une seule chose compte : que chaque dentiste progresse. Qu'il progresse dans l'excellence de la prise en charge de ses patients et de leur santé.**

Mais progression ne veut pas dire croissance. Cette « progression » s'apparente davantage au mot « développement ». Ce mot, auquel on ajoute depuis quelques temps systématiquement l'adjectif « durable », « sustainable » en anglais.

Cela doit nous rappeler que toute progression doit être « tenable » ... dans le temps.

Cela n'est possible que si le praticien, dans sa spécificité, dans « sa » diversité, dans sa progression reste dans ce subtil état d'équilibre qui s'appelle... bonheur.

Il n'y a pas un modèle-type dans lequel doivent se mouler l'ensemble des praticiens. Si chacun veut progresser à son rythme dans son propre modèle, il doit aussi apprendre à accepter et à respecter les autres modèles et les autres chemins que veulent suivre ses Consoeurs et Confrères.

On ne peut prôner l'immobilisme par peur des innovations, des changements, des recherches vers l'excellence, des alternatives, et des « pratiques non-conventionnelles » ... des autres.

Nous sommes LIBRES, dans une Médecine dentaire plurielle. Et nous entendons le rester. Au service de nos patients.

**Michel DEVRIESE**  
*Président*

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

**NOUVEAU**



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

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

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

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

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

**Colgate®**

**VOTRE PARTENAIRE EN HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE**

[www.colgatetotal.be/prosoingencives](http://www.colgatetotal.be/prosoingencives)

# Cotisation 2013



**Vous êtes diplômé en**

**Montant**



2007 et avant	340 euros
2008	175 euros
2009	90 euros
2010	90 euros
2011	GRATUIT
2012	GRATUIT
avec statut de stagiaire (DG ou 1 <sup>ère</sup> année de stage DSO DSP)	GRATUIT
2013	GRATUIT
Etudiant (Bachelier)	GRATUIT
Assistant plein temps	215 euros
+ de 65 ans	165 euros
Membre Honoraire	50 euros
Praticien n'exerçant pas en Belgique	235 euros

→ Le conjoint d'un(e) membre s'acquitte d'une cotisation réduite de 50 %

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

Signature(s)

**ORDRE DE VIREMENT**

*Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case*

Date d'exécution souhaitée dans le futur	Montant	EUR	CENT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Compte donneur d'ordre (IBAN)	<input type="text"/>		
Nom et adresse donneur d'ordre	<input type="text"/>		
Compte bénéficiaire (IBAN)	B E 2 0 0 6 8 2 3 2 7 5 4 4 5 6 <input type="text"/>		
BIC bénéficiaire	G K C C B E B B <input type="text"/>		
Nom et adresse bénéficiaire	Société de Médecine Dentaire Avenue de Fré 191 1180 Uccle <input type="text"/>		
Communication	COTI.:2013 <input type="text"/> n° Membre <input type="text"/>		



- 3 **Edito**  
M DEVRIESE
- 5 **Cotisations 2013**
- 6 **Sommaire**
- 9 **Jeunes, mais... prévento-conscients !**
- 10 **Info produits**

## 11 **Sommaire articles scientifiques**

- 13 **Réhabilitation totale et adhésive d'une denture sévèrement abrasée**  
F VAILATI, U BELSER
- 27 **Vers une orientation esthétique... ou comment démocratiser l'esthétique**  
E BINHAS
- 29 **Conflits et communication**  
F AZDIHMED

# SOMMAIRE



## 31 Sommaire formation continue

- 33 4<sup>ème</sup> Rendez-vous des Cercles  
23 mars
- 35 L'usure dentaire : un problème pour vous ?  
20 avril
- 37 La centrale sous toutes ses facettes  
21 septembre
- 39 7<sup>ème</sup> Congrès de la VVT  
23-25 mai
- 40 Ergonomie  
28 avril
- 41 Améliorer la communication  
par la photo numérique  
28 avril
- 42 Gestion du temps  
25 avril
- 43 Réanimation  
27 mai
- 44 Bien-être au travail  
30 mai

## 45 Sommaire info professionnelle

- 47 Attester les codes de stomatologie  
M DEVRIESE
- 47 Quand un tiers est responsable  
M DEVRIESE
- 48 Enquête SECM INAMI  
M DEVRIESE
- 48 Accréditation 2013 : cours à l'étranger  
M DEVRIESE
- 50 Comment bien démarrer avec du  
personnel... dans un cabinet dentaire

## 52 Biblio

O CUSTERS

## 54 Culture

P MATHIEU

## 57 Study-Clubs

## 60 Petites annonces

## 62 Agenda

WRIGLEY'S  
**Freudent**

PARTENAIRE DE LA SMD  
DEPUIS 15 ANS



SOCIÉTÉ DE  
MÉDECINE  
DENTAIRE

**POUR DES DENTS  
PROPRES ET SAINES,  
APRÈS CHAQUE REPAS\***



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

\*Car mâcher un chewing-gum Freudent sans sucres contribue à neutraliser les acides de la plaque dentaire.

# Jeunes, mais... prévento-conscients !

Le Kot Santé a organisé une journée de prévention dentaire le 27 novembre dernier sur le site UCL à Woluwe.

Interview.

LE POINT : Comment vous est venue l'idée d'organiser cette journée de sensibilisation ?

Alyssa KHEFACHA : Cette année, nous voulions renouveler nos projets au sein du kot Santé. Nous organisons déjà un tas d'évènements comme la collecte de sang aux auditoires centraux, la course aux flambeaux, le concours cuisine, etc..

Il y a trois étudiants en dentaire dans le kot et ceux-ci ont remarqué que la plupart des étudiants (même ceux en médecine) n'ont pas vraiment une technique de brossage qui leur permet d'atteindre l'efficacité.

LP : Comment la journée s'est-elle déroulée ?

A. K. : Nous avons dû demander beaucoup d'autorisations auprès de l'UCL. Le professeur Gaëtane Leloup, de l'école de médecine dentaire, nous a beaucoup aidés et soutenus dans cette action.

Nous nous sommes tournés vers la Fondation pour la Santé Dentaire (Michel Devriese et Françoise Fiasse) pour emprunter leur matériel : des panneaux illustrés, des prospectus, une maxi-mâchoire ainsi qu'une maxi-brosse à dents et... des super-badges Souriez.be !

Avec tout ce matériel nous avons pu rendre nos explications plus compréhensibles, plus ludiques. Oral B et Dentaid nous ont également fourni des brosses à dents, des mini-dentifrices et des brossettes interdentaires à offrir aux participants.

Un tout grand merci à ces personnes qui ont contribué à l'élaboration et à la mise sur pieds de notre projet.

LP : Votre journée de sensibilisation a-t-elle eu beaucoup de succès ?

A. K. : Oui ! Plus ou moins 100 étudiants se sont présentés à nos stands ! Des écoles se sont déplacées jusqu'au site de Woluwe pour y assister. Un énorme succès -donc- pour ce nouveau projet.

LP : Comptez-vous recommencer ?

A. K. : Oui bien entendu, nous n'allons pas laisser tomber ce projet. Nous avons constaté que notre action a marqué les esprits et que les étudiants ont été très réceptifs à nos explications.

Au mois de mars, nous nous rendrons dans une école primaire de Woluwé, question de toucher un tout autre public.



### Nos annonceurs vous informent de leurs dernières nouveautés

# RISKONTROL®

Pierre Rolland est heureux de vous proposer la nouvelle gamme RISKONTROL 

Tout en conservant leurs avantages uniques, les embouts RISKONTROL ont été améliorés :

- **Nouveau design**
  - meilleure prise en main de l'embout pour une mise en place et un retrait facilités
  - embouts plus facile à couder
- **Nouveau système d'attache de l'embout sur l'adaptateur (Perfect system)**
  - positionnement plus aisé de l'embout sur l'adaptateur
  - parfaite circulation de l'eau et de l'air
  - plus aucun risque d'éjection accidentelle de l'embout
- **Packagings relookés**



Laboratoire PIERRE ROLLAND - ACTEON Pharma - 17 avenue Gustave Eiffel - 33708 Mérignac cedex  
E-mail : pierre-rolland.int@acteongroup.com - www.acteongroup.com

## Hemo-Wedges



### Coins interdentaires en bois avec action hémostatique !

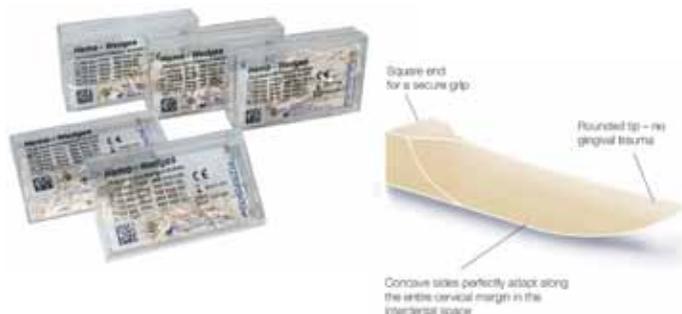
L'expérience productive de Polydentia et son attention pour la **qualité suisse** se concrétisent dans **ces coins interdentaires en bois avec action hémostatique**. Il s'agit de produits composés de bois d'érable certifié, provenant de **forêts cultivées de manière responsable** et contenant du sulfate d'aluminium-potassium, agent reconnu pour l'action astringente sur la gencive. Fabriqués pièce par pièce, ils disposent d'un finissage parfait, en présentant les avantages suivants :

- **Forme anatomique** : pointe courbée, pour protéger la papille gingivale;
- **Gamme complète** : disponibles en 5 différentes tailles (11mm, 12mm, 13mm, 15mm et 17mm);
- **Petite taille (XS, 11mm)** : idéales pour les espaces interdentaires étroits, par exemple en dentisterie pédiatrique;

- **Grande taille (XL, 17mm)** : coins indiqués pour per les traitements sur des dents avec espaces interdentaires larges, surtout en parodontologie;
- **Recharges simples** : nous offrons des recharges, selon la demande et les exigences cliniques quotidiennes (selon taille souhaitée ou assortis). Couleurs naturelles pour toute la gamme.

Pour l'obtention de points de contact parfaits et de restaurations excellentes dans chaque situation clinique - à essayer absolument, en combinant écologie et utilité!

Nouvelle gamme de coins interdentaires « **Hemo-Wedges** » et image d'un exemplaire agrandi. [www.polydentia.com](http://www.polydentia.com)





# ARTICLES SCIENTIFIQUES

**13** Réhabilitation totale et adhésive d'une denture sévèrement abrasée

F VAILATI, U BELSER

**27** Vers une orientation esthétique...  
ou comment démocratiser l'esthétique

E BINHAS

**29** Conflits et communication

F AZDIHMED

# Nobel Biocare Global Symposium 2013 – New York.

20-23 JUIN, WALDORF ASTORIA NEW YORK.

---

Faites l'expérience du meilleur  
en implantologie dentaire.

---

Comment traiter plus de patients  
avec des techniques plus  
efficaces?

---

Plus de 100 experts  
mondialement reconnus.

---

Profitez de la ville fascinante  
de New York.



**Designing for Life: Today and in the future.** Rencontrez les plus grands experts dans le domaine de l'implantologie dentaire lors de l'événement incontournable de 2013! Assistez au symposium Nobel Biocare à New York et profitez de cette opportunité aussi fascinante qu'unique pour obtenir une vue d'ensemble sur "comment augmenter sa patientelle tout en offrant des traitements plus efficaces?". Participez à ce programme autant innovant qu'intéressant, conçu pour un apprentissage optimal.

Découvrez les facteurs décisifs pour une réhabilitation réussie comme le diagnostic et le plan de traitement, les traitements chirurgicaux et prothétiques ainsi que le suivi correct du patient. Comprenez comment restaurer de façon plus efficace l'ensemble des différents édentements. Approfondissez vos connaissances cliniques en implantologie, telles que les traitements moins invasifs, solutions sans lambeaux, mise en fonction/charge immédiate, comment obtenir des tissus mous sains et esthétiques. Egalement au programme: comment mettre vos connaissances en pratique afin d'obtenir de meilleurs résultats.

**Découvrez le programme en ligne!**



[nobelbiocare.com/newyork2013](http://nobelbiocare.com/newyork2013)

Official Partners:

STAR ALLIANCE  
THE WAY THE WORLD CONNECTS



NYC  
& Company  
nycgo.com

AEGIS  
COMMUNICATIONS

TW  
THE WORLD  
TRAVELERS

BDIZ EDI





# Réhabilitation totale et adhésive d'une denture sévèrement abrasée : technique en **trois étapes**

**Francesca VAILATI, MD, DMD, MSc :**

*Conférencière, Département de Prothèse conjointe et d'Occlusion  
École de médecine dentaire, Université de Genève, Suisse  
Cabinet privé, Geneva Dental Studio, Suisse*

**Urs Christoph BELSER, DMD, Prof Dr méd dent :**

*Directeur, département de prothèse conjointe et d'occlusion  
École de médecine dentaire, Université de Genève, Suisse*



Francesca VAILATI



Urs Christoph BELSER

*Reproduit de l'EJED Vol 1 N°1 éditions Quintessence.*

## RÉSUMÉ

L'abrasion dentaire est une pathologie fréquemment sous-estimée qui affecte aujourd'hui un nombre croissant de jeunes patients. La destruction avancée des dents est souvent le résultat d'un diagnostic initial difficile (par exemple, une étiologie multifactorielle de l'abrasion des dents), et d'une intervention tardive.

Un essai clinique testant une technique totalement adhésive chez des patients atteints d'une abrasion dentaire sévère est en cours à l'École de médecine dentaire de l'Université de Genève en Suisse. Tous les patients sont systématiquement et exclusivement traités avec des techniques adhésives en utilisant des onlays pour les secteurs postérieurs, et une combinaison de restauration céramique collée du côté vestibulaire et de restauration indirecte en composite du côté lingual pour le secteur antérieur.

Afin d'obtenir une préservation maximale de la structure dentaire et un résultat prévisible le plus esthétique et le plus fonctionnel possible, un concept innovant a été développé : la technique en trois étapes.

Trois étapes de laboratoire sont réalisées alternativement avec trois étapes cliniques, permettant au clinicien et au prothésiste dentaire une interaction constante au cours du plan de traitement et de l'exécution de la réhabilitation totale adhésive.



## INTRODUCTION

Les patients atteints d'une sévère abrasion dentaire présentent souvent une denture extrêmement compromise, particulièrement dans le secteur antérieur maxillaire. La dimension verticale d'occlusion peut être réduite et/ou une égression des procès alvéolaires respectifs peut se produire. Si l'abrasion n'a pas

été diagnostiquée au plus tôt, une réhabilitation totale, la plupart du temps au moyen de couronnes, peut être nécessaire. Grâce à l'amélioration des techniques adhésives, les indications pour des couronnes ont diminué et une technique plus conservatrice peut être proposée pour préserver la structure dentaire, et remettre à plus tard des traitements plus invasifs, lorsque le patient est plus âgé. Un essai clinique testant une technique totalement adhésive est en cours à l'École de médecine dentaire à l'Université de Genève. Tous les patients atteints d'une abrasion dentaire avancée généralisée sont systématiquement et exclusivement traités par des techniques adhésives, en utilisant des onlays dans les secteurs postérieurs et une combinaison de restaurations céramique collées en vestibulaire et de restaurations indirectes en composite en lingual pour le secteur antérieur.

Comme les première et seconde étapes du concept ont été décrites auparavant en détail<sup>1,2</sup>, cet article met l'accent sur la troisième et dernière étape en expliquant le rationnel de la technique sélectionnée pour restaurer le secteur antérieur maxillaire.

Pour une meilleure compréhension, un bref résumé des deux premières étapes est présenté dans le paragraphe qui va suivre.

### Première étape : cire de diagnostic vestibulaire au maxillaire et plan d'occlusion

La première étape de la technique en trois étapes est conçue pour s'assurer que le clinicien, le prothésiste dentaire et le patient soient d'accord sur le résultat objectif du traitement avant d'entreprendre tout traitement irréversible.

L'objectif majeur est de valider la position sélectionnée pour le plan d'occlusion des restaurations définitives, qui est selon l'auteur le paramètre le plus fréquemment négligé lors d'une réhabilitation totale.

Au cours du premier rendez-vous avec le patient, des photographies, des radiographies et des empreintes à l'alginat sont prises (avec également une anamnèse et un examen clinique global). La séance se termine avec un enregistrement

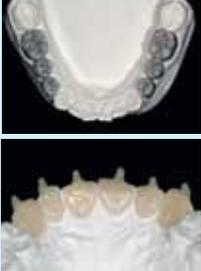
à l'arc facial. Le prothésiste dentaire met les deux modèles d'étude en articulateur semi-adaptable au moyen de l'arc facial, en position d'intercuspidie maximale (PIM). Sans une validation clinique de la position du plan d'occlusion, une cire de diagnostic globale est inutile ; la technique en trois étapes offre au prothésiste dentaire de réaliser une cire de diagnostic seulement sur la face vestibulaire des dents maxillaires. À ce stade, ni les cingula des dents antérieures ni les cuspidés linguales des dents postérieures maxillaires ne doivent être incluses. En s'inspirant des photographies du patient, le prothésiste dentaire se concentre exclusivement sur l'apparence esthétique des faces vestibulaires des dents maxillaires, avec une liberté de création maximale.

L'étape clinique intermédiaire consiste à vérifier que cette réalisation est correcte. La duplication de la cire de diagnostic des faces vestibulaires maxillaires au moyen d'une clé en silicone précisément adaptée, conclut la première étape de laboratoire. Au cours de la première étape clinique, la clé en silicone est chargée avec une résine composite provisoire de la couleur des dents et repositionnée en bouche. Après son retrait, toutes les surfaces vestibulaires des dents maxillaires sont recouvertes d'une fine couche de résine composite qui reproduit la forme définie en vue des restaurations futures (maquettes vestibulaires au maxillaire).

Cette reconstruction totalement réversible des cuspidés vestibulaires des dents postérieures maxillaires ainsi que les bords incisifs des dents antérieures permettent une visualisation parfaite du plan d'occlusion et de l'apparence esthétique globale des restaurations futures.

D'autres paramètres dentaires, tels les niveaux de gencive, sont également cliniquement évalués avec une totale participation du patient, telle que décrite dans un précédent article 1. Grâce à la maquette vestibulaire au maxillaire, le patient est rassuré à un stade précoce sur l'objectif du traitement, ce qui signifie, normalement, que le patient souhaite entreprendre immédiatement le traitement. Avec la maquette en place, de nouvelles photographies sont prises, et le prothésiste dentaire peut par la suite passer à la seconde étape de laboratoire.

**Table 1** : La technique en trois étapes.

	Laboratoire		Clinique	
	Cire de diagnostic vestibulaire au maxillaire	<b>Étape 1 :</b> esthétique	Évaluation du plan d'occlusion	
	Cire de diagnostic occlusale postérieure	<b>Étape 2 :</b> support postérieur	Création d'une occlusion postérieure à une dimension verticale d'occlusion augmentée	
	Onlays linguaux antérieurs au maxillaire	<b>Étape 3 :</b> guidage antérieur	Rétablissement d'un guidage antérieur définitif	

## **Deuxième étape : cire de diagnostic occlusale postérieure et nouvelle occlusion avec une dimension verticale d'occlusion augmentée**

La deuxième étape de laboratoire prend en charge l'occlusion postérieure, car à ce stade, la cire de diagnostic implique seulement les secteurs postérieurs des modèles maxillaire et mandibulaire.

Dans le cas d'une denture sévèrement abrasée, une augmentation de la dimension verticale d'occlusion (DVO) est inévitable pour réduire la nécessité d'une préparation substantielle des dents en général, et éviter des traitements endodontiques supplémentaires.

Pour chaque patient, la nouvelle DVO est décidée arbitrairement sur l'articulateur, en prenant en compte les dents postérieures pour lesquelles une augmentation maximale possible est souhaitable afin de conserver un maximum de tissus minéralisés.

Les dents antérieures ne doivent pas être trop disjointes, car ceci compromettrait le rétablissement des contacts antérieurs interarcades et le guidage antérieur associé.

Comme la nouvelle DVO doit toujours être testée cliniquement avant son acceptation et avant d'entreprendre tout traitement irréversible, la seconde étape consiste à tester l'adaptation du patient à la nouvelle occlusion thérapeutique.

Comme cela a déjà été expliqué par les auteurs dans un précédent article 2, le prothésiste dentaire va réaliser la cire de diagnostic des deux prémolaires et de la première molaire uniquement dans chaque secteur pour recréer le schéma occlusal prévu pour les restaurations définitives<sup>2</sup>.

Quatre clés en silicone translucide sont ensuite fabriquées, chacune dupliquant la cire de diagnostic de chaque secteur postérieur. Un prochain rendez-vous est donné au patient. À ce stade, le praticien explique au patient qu'un autre traitement réversible va être réalisé, tout en changeant l'occlusion du patient.

Les clés en silicone translucide sont chargées de résine composite avant d'être mises en bouche.

Grâce à la translucidité décrite, une résine photopolymérisable peut être utilisée. Sans aucune préparation dentaire (avec seulement un agent de mordantage et un adhésif), les surfaces occlusales de toutes les prémolaires et des premières molaires sont restaurées avec une couche de résine composite, reproduisant la cire de diagnostic respectives.

La technique en trois étapes recommande une période d'observation arbitraire d'environ un mois afin d'évaluer l'adaptation de la nouvelle DVO. La nouvelle occlusion obtenue est particulière, car les dents antérieures ne sont plus en contact.

Le degré de cette béance transitoire dépend d'un côté de la quantité d'augmentation de la DVO nécessaire, et d'un autre côté du recouvrement vertical initial du patient et de la sévérité de destruction des bords incisifs.

Les patients doivent être informés que l'apparence esthétique de leur sourire peut s'aggraver à ce stade de transition du traitement, plus précisément dans le cas d'une denture antérieure particulièrement atteinte.

Ceci est dû au fait que les dents antérieures maxillaires ont été rallongées par de la résine provisoire en postérieur, tandis que les bords incisifs maxillaires n'ont pas été encore restaurés (fig. 1).

Des difficultés d'élocution peuvent également se produire, et davantage d'air peut s'échapper au cours de la prononciation du « s ».

Cependant, les patients sont généralement si motivés après la première étape clinique, qu'ils ne trouvent pas cette phase de traitement particulièrement stressante ou intolérable.

La seconde étape clinique a été conçue pour simplifier le travail du clinicien, sans compromettre le résultat final de la réhabilitation totale.

En conséquence, il a été décidé pour tous les patients de ne pas traiter simultanément les dents antérieures tout en restaurant les secteurs postérieurs avec des provisoires.

Grâce aux maquettes maxillaires de la première étape clinique, les patients sont très confiants, car l'objectif du traitement prévu a été visualisé et totalement expliqué au préalable.

Par conséquent, cette période transitoire est acceptée sans plainte majeure, et aucun patient impliqué dans notre étude n'a demandé une restauration plus précoce des dents antérieures.

L'objection la plus fréquemment émise par des collègues cliniciens à cette technique est que sans un guidage antérieur approprié, une nouvelle occlusion avec une DVO augmentée ne peut être correctement évaluée.

Cependant, il n'existe pas de preuve scientifique disponible solide pour appuyer cette critique. Selon l'expérience de l'auteur, les patients se portent bien pendant une courte période, sans contacts antérieurs.

Pour finir, selon la technique en trois étapes, tous ces patients impliqués dans cette étude doivent consulter un spécialiste des troubles temporo-mandibulaires avant d'entreprendre le traitement, afin d'évaluer l'état clinique de leurs articulations temporo-mandibulaires.

Comme la deuxième étape clinique (résine provisoire sur les dents postérieures) est considérée comme totalement réversible, les restaurations occlusales en résine provisoire peuvent être facilement modifiées ou complètement déposées si des signes et/ou des symptômes de dysfonctionnements temporo-mandibulaires apparaissent.



**Fig 1 (a à f)**

Trois patients avant traitement (à gauche) et à la toute fin de la deuxième étape clinique (à droite). Comme les dents antérieures n'ont pas été restaurées à ce stade, les patients ont perdu leur guidage antérieur et il s'ensuit une aggravation de l'apparence esthétique. Plus les dents antérieures sont atteintes, plus la ligne du sourire est inversée. Cependant, les patients réagissent normalement très bien à cette étape transitoire, car ils visualisent la maquette. Ainsi, ils sont rassurés sur le résultat à terme du traitement prévu.

### Troisième étape : le guidage antérieur

À la toute fin de la deuxième étape, une occlusion postérieure stable est établie. Avec la présence de résine provisoire en postérieur, les dents antérieures sont mises à l'écart. Par conséquent, la troisième et dernière étape de la technique en trois étapes consiste en la restauration des secteurs antérieurs (rétablissement d'un guidage antérieur permanent, fonctionnel et adéquat).

### Restauration des dents antérieures, un traitement à mutilation minimale : la « technique sandwich »

Généralement, la face linguale des dents antérieures maxillaires est très atteinte de par l'association destructrice de l'érosion et de l'attrition, qui conduit à une perte substantielle de la structure dentaire. Une fois l'émail perdu, la dentine exposée est sujette à une abrasion accélérée, qui conduit à

une morphologie concave prononcée et, fréquemment, à un affaiblissement et à une fracture des bords incisifs. En suivant les recommandations de concepts de réhabilitation buccale conventionnelle, de telles dents compromises au niveau de leur structure doivent être totalement couronnées.

Pour placer les limites des couronnes au niveau gingival, l'intégralité de la structure dentaire coronaire est éliminée en mésial et en distal afin de garantir l'axe d'insertion de la couronne (fig. 2).



**Fig 2**  
Les incisives maxillaires sont des dents en forme de ciseau. Afin d'éliminer les zones rétentes et de préparer les limites d'un millimètre au minimum, la préparation coronaire ne peut être considérée comme conservatrice. Seule la préparation en vue de facettes permet de préserver la forme triangulaire de ces dents grâce à un axe d'insertion vestibulaire de la restauration<sup>3</sup>.

Toute la face vestibulaire est également réduite de façon substantielle afin de préparer des épaulements pour céramiques de 1,5 mm en vue de couronnes céramo-métalliques. Même si des couronnes tout-céramique plus conservatrices sont adoptées (avec en fin de compte la préparation d'un congé inférieur à 1 mm), le clinicien devra éliminer les contredépouilles mésiales et distales de la dent et arrondir les angles vifs, ce qui va conduire à une préparation très invasive des parois axiales.

Plusieurs études ont montré l'importance des crêtes marginales des dents postérieures. Les restaurations qui s'étendent jusqu'aux faces mésiale et distale, telle une restauration méso-distale, affectent grandement la résistance des dents postérieures restaurées<sup>4-6</sup>.

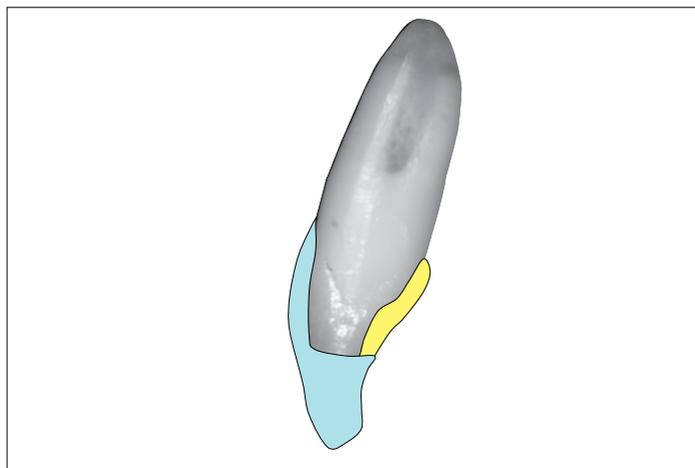
Selon l'opinion de hauteur, les crêtes marginales mésiales et distales des dents antérieures peuvent avoir une importance similaire à celle décrite pour les dents postérieures, en garantissant la résistance de la structure, ce qui représente ainsi une armature pour l'émail. Ainsi, l'élimination des crêtes marginales et distales des dents antérieures pourrait compromettre de façon importante la résistance des dents (« théorie de la raquette de tennis ») (fig. 3). La préparation de ces dents en vue de couronnes va accentuer la destruction initiée par le processus d'abrasion. Des traitements endodontiques supplémentaires vont être souvent nécessaires et des tenons sont alors utilisés pour assurer la rétention des futures couronnes définitives.



**Fig 3**  
Même si la structure de ces dents est fortement compromise, la couche amélaire des crêtes mésiales et distales est encore visible. Comme l'armature externe d'une raquette de tennis, ces bandes d'émail peuvent jouer un rôle important dans la résistance de la dent (théorie de la « raquette de tennis »).

Seuls quelques articles ont été publiés avec pour objectif l'observation des taux de survie de couronnes unitaires sur des dents naturelles. Il n'existe pas d'étude à long terme sur la survie de dents dévitalisées et couronnées chez les patients très jeunes<sup>(7-14)</sup>. Cependant, les problèmes posés par la perte de la vitalité pulpaire des dents telles les lésions périapicales, les colorations, les fractures radicaires, etc., sont bien documentés. Afin d'éviter des traitements agressifs d'un côté, et de garder la vitalité pulpaire de l'autre, une technique expérimentale de restauration des dents antérieures maxillaires chez les patients atteints d'une abrasion dentaire sévère fait l'objet actuellement de recherches à l'École de médecine dentaire de l'Université de Genève. Les concepts de traitements invasifs a minima consistent en la restauration de la face linguale avec des composites, en technique directe ou indirecte (expliquée par la suite dans cet article)<sup>18-19</sup> et la face vestibulaire avec des facettes céramique.

Le résultat final est obtenu en utilisant une technique la plus conservatrice possible, car la structure dentaire restante a été préservée. Elle se situe au centre de deux restaurations différentes. C'est ce qu'on appelle « la technique sandwich » (fig. 4).



**Fig 4**  
Technique sandwich. Grâce à une préparation dentaire minimale, la structure dentaire restante des dents antérieures maxillaires abrasées est maintenue entre deux restaurations adhésives réalisées à deux moments différents dans le temps, c'est-à-dire les composites linguaux en premier et les facettes céramique en second.

C'est une technique encore expérimentale très conservatrice, mais très prometteuse. Elle implique les principes de base de la biomimétique et de la technologie adhésive récemment publiés par Magne et coll.<sup>20-23</sup>.

Des dents antérieures très atteintes ont été restaurées sans suivre les règles classiques de préparation coronaire qui traditionnellement nécessiteraient des limites sur de la structure dentaire saine.

Au contraire, les dents présentant des caries de classe III ont été restaurées directement avec des restaurations en composite avant la réalisation de facettes vestibulaires, en traitant les composites comme une partie intégrale de la dent. En d'autres termes, une partie des limites des facettes se trouve sur les composites.

La technique en trois étapes constitue une application innovatrice, car les dents à restaurer avec des facettes céramique sont auparavant restaurées intégralement sur leur surface linguale avec des composites. Une telle technique ultraconservatrice ne peut correspondre à aucun type de préparation coronaire totale. Pour tous les patients impliqués dans cette étude clinique prospective, un suivi est organisé afin de rassembler les informations sur les taux de survie et les éventuelles complications pour ces restaurations antérieures réalisées.

Le protocole détaillé et les résultats préliminaires de l'étude feront l'objet d'un autre article.

### Face linguale : composites en technique directe et indirecte

Après un mois, les restaurations provisoires occlusales en composite des dents postérieures sont évaluées auprès des patients pour savoir si ces derniers trouvent leur nouvelle occlusion confortable. Deux empreintes à l'alginate sont prises, et un nouvel enregistrement avec l'arc facial est réalisé. Pour monter les modèles en position d'intercuspidie maximale, un enregistrement de l'occlusion antérieure est également requis.

Le prothésiste dentaire contrôle sur les modèles montés que la deuxième étape a été réalisée avec précision. En d'autres mots, il doit vérifier que la position du plan occlusion est localisée, à ce stade, là où elle avait été prévue, et que les dents postérieures restaurées avec les composites provisoires correspondent à la cire de diagnostic initiale. Grâce à la présence des secondes molaires non restaurées, une vérification précise de l'augmentation de la dimension verticale d'occlusion est possible à tout moment.

Le type de restauration qui est le mieux indiqué pour restaurer la face linguale des dents antérieures maxillaires (c'est-à-dire des composites en technique directe ou indirecte) est alors sélectionné, (fig. 5).

Si l'espace est réduit (< 1 mm), les composites peuvent être réalisés directement, avec un gain de temps et d'argent (il n'y a pas d'honoraires pour le laboratoire pour les onlays linguaux et une seule séance est nécessaire au cabinet dentaire).

Si la distance interocclusale entre les dents antérieures est importante, des composites réalisés en technique directe peuvent se révéler être un véritable challenge.

Lorsque les dents présentent une atteinte de la structure en lingual, en vestibulaire et au niveau du bord incisif, il est difficile de visualiser la morphologie finale des dents, particulièrement en restaurant à ce stade seulement la face linguale avec une digue en place. Le résultat peut être imprévisible et demander beaucoup de temps.

Avec de telles conditions, la fabrication d'onlays linguaux au laboratoire représente clairement des avantages, qui incluent une résistance à l'abrasion supérieure et une plus grande précision avec la création d'une forme définitive<sup>24</sup>.



Fig 5

À la fin de la deuxième étape, le patient possède une occlusion postérieure stable. Afin de reconstruire la face linguale des dents antérieures maxillaires, avant la restauration de ces dernières avec des facettes, le clinicien peut sélectionner des composites directs ou indirects. Dans ce cas particulier, les restaurations en composite en technique indirecte ont été préférées, car il a été jugé que l'espace interocclusal était visible et que le guidage antérieur pourrait être mieux recréé au laboratoire.

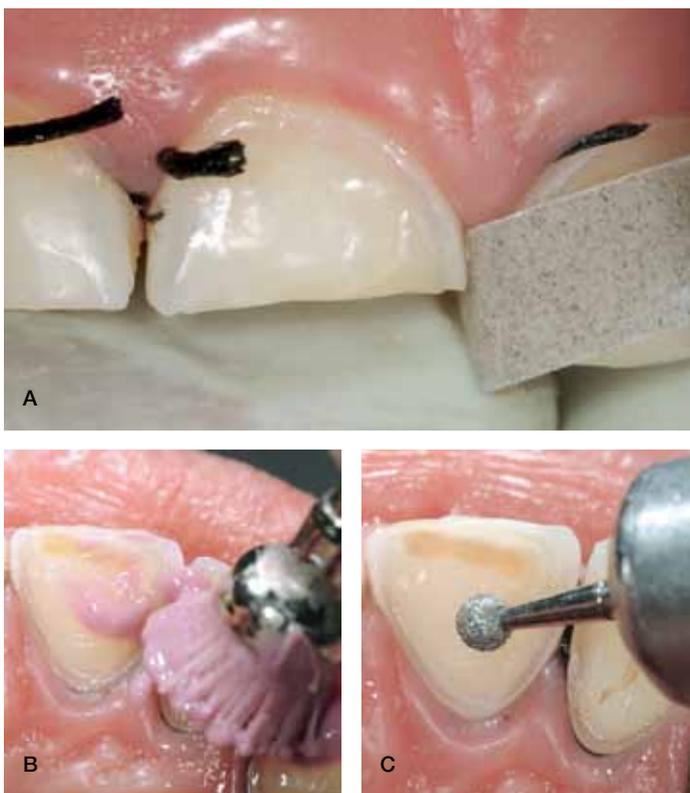
### Onlays linguaux : préparation dentaire

Dans le cas où la technique indirecte est sélectionnée, le clinicien donnera un rendez-vous pour procéder à la préparation des onlays linguaux des six dents antérieures maxillaires. Cette préparation peut être une procédure simple et rapide. En fait, dans le cas d'une abrasion dentaire sévère, la face linguale des dents antérieures maxillaires est généralement la plus atteinte de toute la denture. Dans ces circonstances, l'abrasion et l'attrition peuvent avoir déjà créé un espace nécessaire pour les onlays, et une préparation dentaire supplémentaire n'est pas nécessaire lorsqu'il existe un espace entre les dents antérieures de par l'augmentation de la dimension verticale d'occlusion.

De plus, en observant de plus près, la partie cervicale présente fréquemment une préparation ressemblant à un congé avec une petite bande d'émail encore présente. En raison de l'action tampon du fluide sulculaire et de la plaque, cette fine couche d'émail est souvent préservée de l'attaque acide et sa présence va permettre une adhésion d'une qualité supérieure. Comme le congé est situé en supragingival et qu'il n'est pas

nécessaire d'étendre les limites en sous-gingival, les prochaines étapes de restauration sont également facilitées (c'est-à-dire la prise d'empreintes et le collage des restaurations définitives).

La technique consiste seulement à ouvrir légèrement les contacts interproximaux entre les dents antérieures maxillaires par le biais d'un stripping interproximal, et arrondir les angles incisifs en éliminant les prismes d'émail non soutenus. La dentine linguale est également nettoyée avec de la ponce ne contenant pas de fluor, et la couche la plus superficielle est éliminée avec des fraises diamantées appropriées (fig. 6). Cette préparation dentaire minimale ne provoquera pas de sensibilité. Par conséquent, des restaurations provisoires ne sont pas obligatoires pendant la phase d'élaboration des onlays linguaux au laboratoire. Un rendez-vous est pris pour enregistrer l'occlusion antérieure des patients en position d'intercuspidie maximale.



**Fig 6 (a à c)**

Préparation de l'onlay lingual. La seule préparation dentaire requise est une légère ouverture des points de contact interproximaux pour permettre au prothésiste dentaire d'accéder pour le détournage des dies sur le maître modèle. La dentine est par la suite nettoyée, puis la couche la plus superficielle est éliminée avec une fraise diamantée. Noter que lors d'abrasions, une préparation cervicale semblable à un congé est déjà présente.

### La troisième étape de laboratoire : la fabrication des onlays linguaux

Le maître modèle maxillaire comprenant les préparations pour les onlays linguaux est monté en articulateur en position d'intercuspidie maximale. Un autre enregistrement à l'arc facial n'est pas nécessaire à ce stade, car l'orientation des modèles par rapport à l'axe charnière de l'articulateur a été préservée par le modèle mandibulaire précédemment monté.

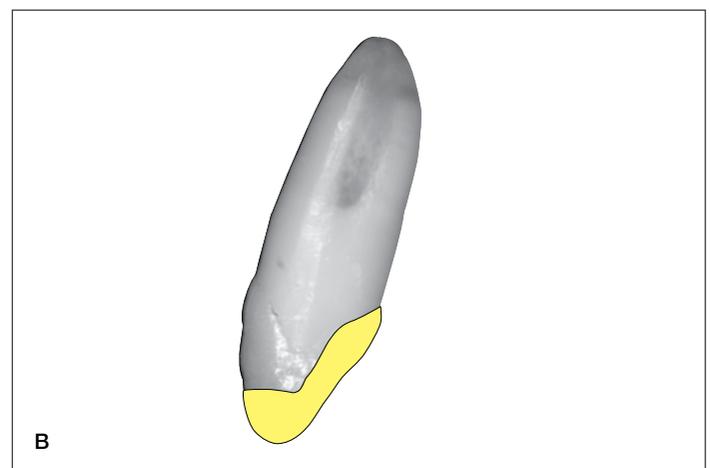
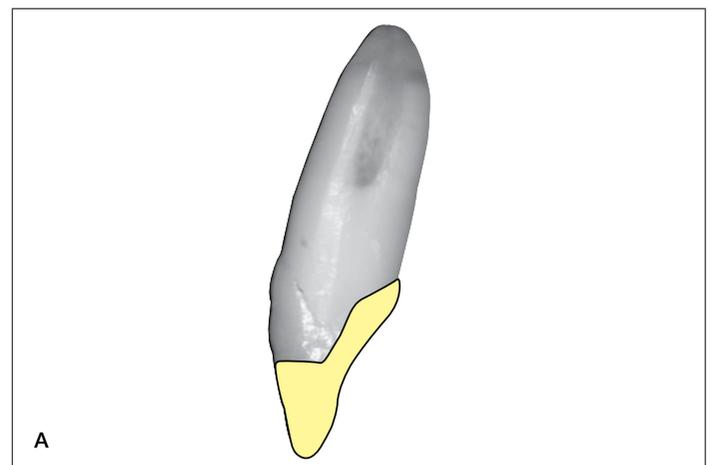
Comme les contacts interproximaux ont été supprimés avant de prendre l'empreinte, les dents antérieures maxillaires sont légèrement séparées les unes des autres sur le modèle de travail, facilitant le détournage des dies.

Le prothésiste dentaire a reçu des instructions précises quant à la forme des onlays linguaux en tenant compte de :

1. l'établissement d'un guidage antérieur fonctionnel approprié ;
2. l'optimisation de la future transition entre l'onlay lingual et la facette.

À ce stade, le prothésiste dentaire peut soit fabriquer directement les onlays linguaux ou décider de réaliser une cire de diagnostic de toutes les dents antérieures maxillaires afin de mieux visualiser la future jonction entre l'onlay lingual et sa facette correspondante. Ceci est une étape exigeante, et chaque prothésiste dentaire qui a participé jusqu'à présent à ce projet, a sélectionné une technique légèrement différente.

Au cours de la fabrication des composites linguaux, le prothésiste dentaire et le clinicien peuvent décider de rétablir la longueur des facettes futures ou de garder des bords incisifs légèrement plus courts (fig. 7).



**Fig 7 (a et b)**

Au cours de la fabrication des composites linguaux, le prothésiste dentaire et le clinicien peuvent décider de rétablir la longueur totale des futures facettes ou de garder les bords incisifs légèrement plus courts.

Dans le cas d'une abrasion dentaire sévère, la face vestibulaire des dents maxillaires peut également être atteinte de façon importante et la couche d'émail est réduite, au point que les dents apparaissent plus jaunes - la dentine elle-même exposée au niveau des bords incisifs peut être également colorée. Par conséquent, les patients avec une abrasion dentaire avancée se plaignent fréquemment de la teinte de leurs dents et deviennent des victimes - comme beaucoup d'autres personnes en ces temps actuels - de l'obsession d'un éclaircissement dentaire. S'il a été décidé d'augmenter la longueur des dents avant la fabrication des facettes au moyen d'onlays linguaux, les patients doivent être informés qu'il est possible que la teinte ne corresponde pas à celle des faces vestibulaires. La couleur des onlays linguaux sera différente, car elle est censée correspondre à la couleur des facettes futures, et non à la face vestibulaire des dents non restaurées.

Généralement, les patients sont si contents du rallongement de leurs dents antérieures qu'ils ne considèrent pas ceci comme un inconvénient majeur.

Il est très important que le prothésiste dentaire fabrique une sorte de butée au niveau du bord incisif (stop incisal), réalisé dans le même matériau que la restauration, qui va aider à positionner et à stabiliser l'onlay au cours du collage (fig. 8).



**Fig 8 (a et b)**

Afin de faciliter le positionnement des onlays linguaux lors du collage, un petit crochet est fabriqué. Ce stop incisal doit être retiré facilement au cours de la finition et du polissage. Noter que chez ce patient la décision de restaurer la longueur totale des dents avec des composites linguaux a été prise.

### Troisième étape clinique : le rétablissement des contacts antérieurs et du guidage antérieur

Lorsqu'une technique indirecte a été sélectionnée, une séance supplémentaire est nécessaire pour poser les restaurations linguales définitives.

Alors que la préparation des dents et l'empreinte des composites linguaux en technique indirecte sont des procédures simples, le collage de ces restaurations peut-être une étape exigeante, non seulement en raison de la difficulté de visualiser le champ opératoire, mais également de la nécessité de garantir un champ opératoire sec.

Les composites postérieurs<sup>2</sup> sont des restaurations provisoires, et ainsi la digue n'est pas nécessaire, tandis que les onlays linguaux sont des restaurations définitives, et les conditions de collage doivent être optimales.

Afin de réaliser un collage dans les meilleures conditions, après la pose de la digue, chaque onlay est collé un par un en utilisant un composite hybride (par exemple, Myris, Coltène/Whaledent), en suivant le protocole proposé par P. Magne pour les facettes céramique. La seule différence est que l'intrados des onlays composites linguaux est microsablé (30 µm, Cojetsand, 3M ESPE), et n'est pas traité avec de l'acide fluorhydrique. Pour isoler correctement les limites, il est nécessaire de placer un crampon sur la dent recevant l'onlay, sinon la digue recouvrira les limites (fig. 9). En considérant que le substrat est la plupart du temps de la dentine sclérotique, et que la longueur des restaurations définitives est quelquefois le double de la longueur initiale de la structure dentaire restante, le collage représente une étape très importante.

Le succès est assuré par des conditions de collage optimales, et par la présence d'émail sur toutes les limites de chaque onlay excepté, bien sûr, au niveau incisal. Une fois que la dent est isolée au moyen de la digue, le collage en lui-même n'est pas compliqué, car les butées incisales aident à positionner les onlays linguaux, les points de contact interproximaux ne sont souvent pas concernés, et les limites sont supragingivales (fig. 10 et 11).



**Fig 9**

Collage d'un onlay lingual. L'utilisation de la digue est cruciale. Pour exposer les limites, il est nécessaire de placer un crampon sur la dent recevant l'onlay. Une fois que le collage de la restauration est achevé, le clinicien retire le crampon et le place sur la dent collatérale pour coller le prochain onlay.



**Fig 10 (a et b)**

Troisième étape clinique. Vues cliniques rapprochées avant et après le collage de six onlays composites linguaux. Chez ce patient, la longueur totale des facettes futures a été reconstruite à ce stade intermédiaire du traitement au moyen d'onlays linguaux. Cette technique est nettement plus exigeante pour le prothésiste dentaire, voir la figure 7a.



**Fig 11 (a et b)**

Troisième étape clinique. Vues cliniques rapprochées avant et après le collage de six onlays composites linguaux. Chez ce patient, la dimension vestibulo-palatine des dents restaurées semble être plus large, et ce, de manière non naturelle. Ceci est dû au fait que les dents n'ont pas été restaurées à leur longueur définitive à cette étape de traitement (fig. 7b).

### Face vestibulaire : les facettes céramique

La restauration de la face linguale des dents antérieures maxillaires termine la technique en trois étapes. À ce stade, l'occlusion du patient est devenue totalement stable (dans les secteurs antérieur et postérieur), de telle sorte que le clinicien peut décider sans aucune pression du rythme à adopter pour continuer le traitement et du type des restaurations.

Généralement, les dents antérieures mandibulaires nécessitent seulement un traitement mineur et peuvent, dans la plupart des cas, être restaurées avec des composites en technique directe.

Avant de remplacer les composites postérieurs provisoires par des onlays en composite ou des onlays en céramique, il est préférable de terminer la restauration de la face vestibulaire des dents antérieures maxillaires. Comme le protocole suivi à l'Université de Genève préconise des facettes céramique vestibulaires comme restaurations définitives, une seconde maquette des six dents antérieures maxillaires est recommandée (fig. 12).

Au cours de la réalisation de la cire de diagnostic, le prothésiste dentaire doit être guidé par la maquette vestibulaire maxillaire réalisée au début de la technique en trois étapes et l'adapter à la nouvelle occlusion du patient.

Comme la position du plan d'occlusion et l'augmentation de la dimension verticale d'occlusion peuvent être légèrement différentes de celles initialement prévues, la longueur des dents antérieures maxillaires doit être confirmée de nouveau, au cours de la séance avec la seconde maquette.

Si le consentement du patient sur la forme future des dents antérieures maxillaires est obtenu, deux autres clés en silicone sont fabriquées en se fondant sur la cire de diagnostic, afin de guider le clinicien lors de la préparation des facettes (clés de réduction) (fig. 13)<sup>25-31</sup>.

La préparation des facettes suit les protocoles standard développés et décrits en détail par d'autres auteurs (fig. 14)<sup>24-30</sup>.

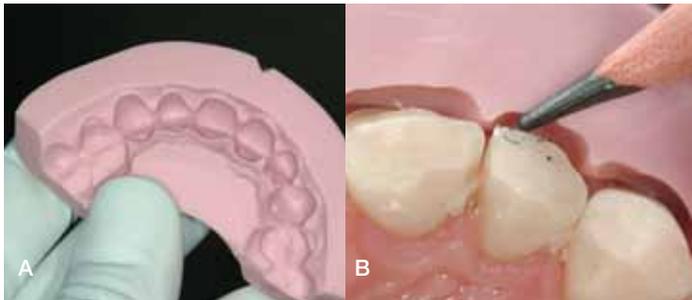
La seule différence entre ce nouveau concept et la technique plus conventionnelle des facettes est que les faces linguales des dents antérieures maxillaires sont considérées comme une partie intégrale des dents respectives. Aucun effort particulier n'est fait pour placer les limites des préparations des facettes sur la structure dentaire.

De plus, le concept décrit comprend un recouvrement du bord incisif, sous la forme d'un épaulement, avec la limite de la facette céramique située au niveau de l'onlay lingual en composite (fig. 15)<sup>32</sup>.



**Fig 12 (a et b)**

À la toute fin de cette troisième étape, un rendez-vous a été donné aux patients pour une simulation finale qui va impliquer seulement les six dents antérieures maxillaires. La cire de diagnostic de ces dents et la simulation ultérieure sont des étapes nécessaires, non seulement pour confirmer la forme définitive des facettes, mais également pour produire des clés en silicone guidant les préparations des facettes et servant de clés pour les restaurations provisoires.



**Fig 13 (a à c)**

Trois clés en silicone sont obtenues à partir de la cire de diagnostic des six dents antérieures maxillaires : une pour la simulation, une autre pour la réduction vestibulaire et la troisième pour la réduction du bord incisif. La clé pour la simulation pourra être utilisée encore après la préparation des dents en vue des facettes pour fabriquer les restaurations provisoires.



**Fig 14 (a à c)**

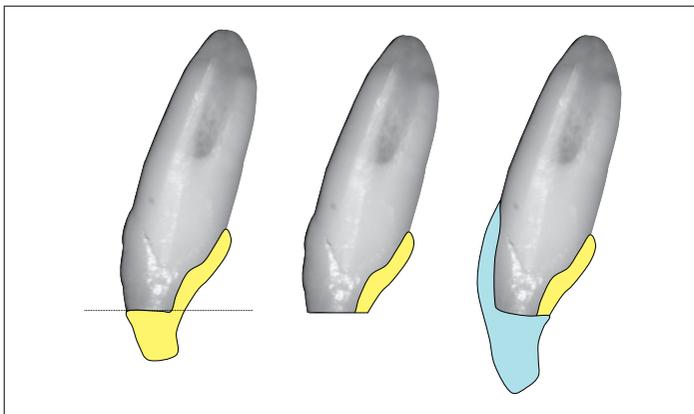
Vue clinique initiale d'un patient âgé de 27 ans avant et après collage de six facettes céramique antérieures maxillaires. Noter la santé gingivale et la préparation dentaire minimale. La réhabilitation a été réalisée selon les principes du concept en trois étapes. La prochaine étape va impliquer le remplacement des composites postérieurs provisoires.

Dans le cas où la longueur des dents antérieures maxillaires est très réduite et que les volumes dentaires respectifs ont été rétablis au moyen d'onlays linguaux, une décision est prise pour éliminer ou non toute la longueur ajoutée à l'aide de composites ou laisser une partie avant de restaurer les dents avec les facettes. Les auteurs préfèrent éliminer complètement la longueur rétablie par les onlays linguaux et laisser seulement la longueur initiale de la dent sur la face vestibulaire

(fig. 16). Un des objectifs de cette technique est d'éviter de placer la limite des facettes sur la concavité linguale des dents, et de la déplacer davantage en direction cervicale (fig. 15)<sup>33</sup>. De plus, sans cette couche de composite, le rendu de la face vestibulaire sera plus uniforme dans la couleur et la fabrication de la facette sera facilitée.



**Fig 15 (a et b)**  
Deux situations cliniques différentes au cours du collage des facettes. Notez que dans la figure 15a l'émail vestibulaire a été préservé. Cependant, dans la figure 15b, l'abrasion a grandement affecté la face vestibulaire de la dent.



**Fig 16**  
Représentation schématique de la préparation recommandée pour des facettes au niveau des bords incisifs. L'augmentation de longueur par l'onlay lingual a été totalement éliminée. La facette céramique va rétablir par la suite la longueur définitive.



**Fig 17 (a à c)**  
Trois patients différents après préparation des facettes avec la clé en silicone in situ reproduisant la longueur des facettes définitives. En suivant le protocole de l'Université de Genève, tous les composites linguaux ayant servi à rallonger les dents ont été éliminés.

Même chez les patients où plus des trois-quarts de la longueur initiale de la dent sont absents, il est recommandé de ne pas conserver une partie de la longueur de l'onlay lingual (fig. 16 et 17). Comme la technique sandwich est encore au stade expérimental, un strict suivi de tous ces types de restaurations est appliqué.

L'interface entre les facettes et les composites linguaux est évaluée avec précaution au moyen de photographies et

d'empreintes. Le temps nous montrera peut-être l'apparition d'éventuels problèmes. Cependant, les données initiales collectées semblent être très prometteuses (fig. 18).

Après le collage des facettes antérieures maxillaires, la réhabilitation peut se poursuivre avec le remplacement des composites postérieurs provisoires.

En raison de la présence d'un guidage antérieur fonctionnel et d'un calage postérieur optimisé, la réhabilitation totale peut être prévue, à partir de ce moment, selon une technique par quadrant qui simplifie la thérapeutique pour le patient et le clinicien. En se basant sur des critères individuels et en fonction du patient, le clinicien et le prothésiste dentaire peuvent décider quel quadrant va être traité.



**Fig 18 (a à c)**

Les deux ans postopératoires chez ce patient traité avec la technique sandwich pour les dents antérieures maxillaires montrent des résultats très encourageants. La santé gingivale est remarquable et toutes les dents sont encore pulpées.

## Conclusion

L'abrasion dentaire est une pathologie fréquemment sous-estimée, qui affecte un nombre croissant de jeunes patients<sup>34,35</sup>.

La destruction avancée de la dent est souvent le résultat non seulement d'un diagnostic initial difficile (par exemple, une étiologie multifactorielle de l'abrasion de la dent), mais également d'une intervention tardive.

Traditionnellement, des thérapeutiques dentaires extensives sont prévues pour ces patients, et les cliniciens préfèrent souvent attendre que la perte du tissu dentaire soit plus visible,

De plus, même quand le plan d'occlusion a été établi avec des restaurations provisoires, il est toujours possible d'apporter des modifications mineures. Les cuspidés vestibulaires des composites postérieurs provisoires peuvent être rallongées en ajoutant du composite, ou être raccourcies par fraisage.

Un des avantages majeurs de la technique en trois étapes est de permettre de faire des modifications tout au long des différentes phases de traitement. Par conséquent, avec de telles conditions, il n'est pas surprenant que le résultat esthétique final de ce type de réhabilitation totale soit satisfaisant (fig. 19).

avant de proposer une réhabilitation totale conventionnelle. L'origine de cette hésitation vient du caractère agressif des thérapeutiques conventionnelles.

En raison de la technique très conservatrice nouvellement décrite, l'École de médecine dentaire de l'Université de Genève est devenue un des centres de référence pour les patients atteints d'une abrasion dentaire avancée. Au cours de ces dernières années, de nombreux patients présentant une denture très abrasée ont été traités selon cette technique encore expérimentale, dont les caractéristiques de base reposent

sur une préparation dentaire minimale et la conservation de la vitalité pulpaire.

La nouvelle technique clinique (réhabilitation totale adhésive) pour le traitement de l'abrasion dentaire généralisée avancée consiste à réaliser exclusivement des onlays postérieurs et des facettes antérieures, et est prévue de manière stratégique pour permettre une réhabilitation par quadrant au lieu de restaurer les deux arcades simultanément.

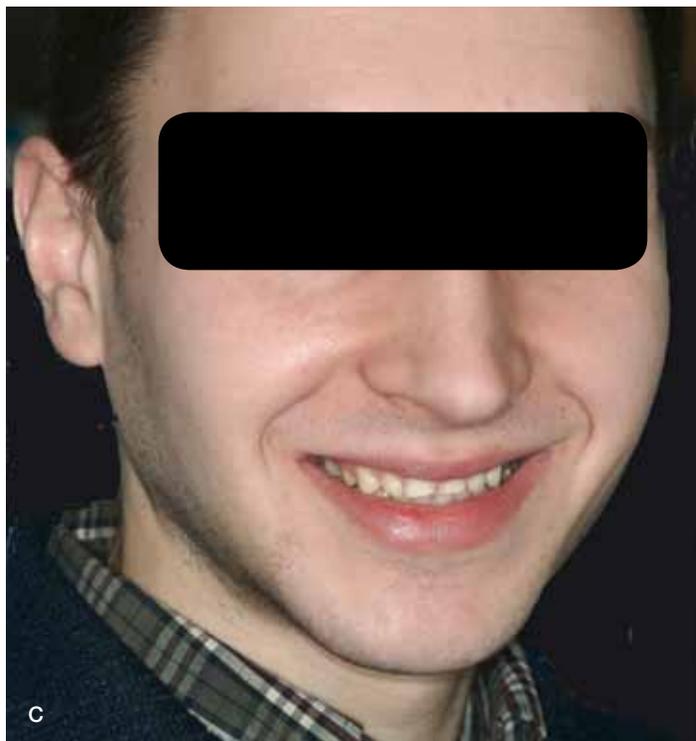
Même si les techniques adhésives simplifient les procédures cliniques et de laboratoire, la restauration de telles dentures est encore un défi en raison de l'importante quantité de destruction dentaire. Afin d'obtenir une préservation maximale de la structure dentaire et un résultat esthétique et fonctionnel le plus prévisible possible, un concept innovateur a été développé : la technique en trois étapes.

Trois étapes de laboratoire alternent avec trois étapes cliniques, permettant ainsi au clinicien et au prothésiste dentaire d'interagir de manière constante au cours du plan de traitement et de la réalisation de la réhabilitation totale adhésive.

Dans cet article, les auteurs ont décrit en détail la troisième et dernière étape de cette technique en trois étapes.

Rappelons que, pour réduire le risque d'une surcharge mécanique sur les restaurations collées, les patients qui présentent des parafunctions n'ont pas été inclus dans cet essai clinique. Cependant, l'augmentation de la demande pour ce traitement va conduire à supprimer ce critère d'exclusion.

Le prochain défi sera donc de traiter cette population de patients et de documenter le taux de survie à long terme de la réhabilitation totale adhésive.



**Fig 19 (a à d)**

Patient âgé de 22 ans à la fin de la réhabilitation adhésive. Grâce à la technique en trois étapes, l'occlusion et la position des bords incisifs sont en harmonie. Elles sont comme il a été déterminé au cours de la première simulation vestibulaire au maxillaire et améliorées en permanence par des modifications mineures au cours du traitement.

## Remerciements

Les traitements des cas complexes décrits résultent d'un travail d'équipe. Par conséquent, les auteurs voudraient remercier tous les prothésistes dentaires et les cliniciens qui ont contribué au résultat final des différentes réhabilitations totales, les prothésistes dentaires et les céramistes : Alwin Schönenberger, Patrick Schnider, Serge Erpen, et Sylvain Carciofo pour leur exécution méticuleuse du travail de laboratoire ; Dr Giovanna Vaglio, Dr Federico Prando et Dr Tommaso Rocca pour leur collaboration enthousiaste et leur excellent travail clinique et enfin le Dr Olivier Marmy pour ses connaissances sur les articulations temporo-mandibulaires.

Traduction : Nadine AIDAN

Titre original : Full-Mouth Adhesive Rehabilitation of a Severely Eroded Dentition : The Three-Step.

Ne manquez pas  
**Francesca VAILATI**  
le 20 avril à Bruxelles



## Bibliographie

1. Vailati F, Belser UC. Full-mouth adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition : the three-step technique. Part I. Eur J Esth Dent 2008;3:30-44. Disponible en anglais sur [www.dentiste.be/Le\\_point/Vailati/3\\_step\\_part\\_1.pdf](http://www.dentiste.be/Le_point/Vailati/3_step_part_1.pdf)
2. Vailati F, Belser UC. Full-mouth adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition : the three-step technique. Part II. Eur J Esth Dent 2008;3:128-146. Disponible en anglais sur [www.dentiste.be/Le\\_point/Vailati/3\\_step\\_part\\_2.pdf](http://www.dentiste.be/Le_point/Vailati/3_step_part_2.pdf)
3. Magne P, Belser UC. Bonded porcelain restorations in the anterior dentition. A biomimetic approach. Chicago : Quintessence Publishing Co 2002;266-267.
4. Panitvisai P, Messer HH. Cuspal deflection in molars in relation to endodontic and restorative procedures. J Endod 1995;21:57-61.
5. Reeh ES, Messer HH, Douglas WH. Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic and restorative procedures. J Endod 1989;15:512-516.
6. Reeh ES, Douglas WH, Messer HH. Stiffness of endodontically treated teeth related to restoration technique. J Dent Res 1989;68:1540-1544.
7. Pjetursson BE, Sailer I, Zwahlen M, Hämmerle CH. A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal-ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years. Part I : Single crowns. Clin Oral Implants Res 2007;18:73-85.
8. Sailer I, Pjetursson BE, Zwahlen M, Hämmerle CH. A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal-ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years. Part II : Fixed dental prostheses. Clin Oral Implants Res 2007;18(Suppl 3) :86-96.
9. Van Nieuwenhuysen JP, D'Hoore W, Carvalho J, Qvist V. Long-term evaluation of extensive restorations in permanent teeth. J Dent 2003;31:395-405.
10. Walton TR. An up to 15-year longitudinal study of 515 metal-ceramic

FPDs : Part 2. Modes of failure and influence of various clinical characteristics. Int J Prosthodont 2003;16:177-182.

11. Walton TR. A 10-year longitudinal study of fixed prosthodontics : clinical characteristics and outcome of single-unit metal-ceramic crowns. Int J Prosthodont 1999;12:519-526.

12. Valderhaug J, Jokstad A, Ambjornsen E, Norheim PW. Assessment of the periapical and clinical status of crowned teeth over 25 years. J Dent 1997;25:97-105.

13. Walton JN, Gardner FM, Agar JR. A survey of crown and fixed partial denture failures : length of service and reasons for replacement. J Prosthet Dent 1986;56:416-421.

14. Coornaert J, Adriaens P, De Boever J. Long-term clinical study of porcelain-fused-to-gold restorations. J Prosthet Dent 1984;51:338-342.

15. Tan K, Pjetursson BE, Lang NP, Chan ES. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. Clin Oral Implants Res 2004;15:654-666.

16. Aquilino SA, Caplan DJ. Relationship between crown placement and the survival of endodontically treated teeth. J Prosthet Dent 2002;87:256-263.

17. Schwartz NL, Whitsett LD, Berry TG, Stewart JL. Unserviceable crowns and fixed partial dentures : life-span and causes for loss of serviceability. J Am Dent Assoc 1970;81:1395-1401.

18. Paul JE. Palatal inlays. Br Dent J 1994;177:239.

19. Bishop K, Briggs P, Kelleher M. Palatal inlays. Br Dent J 1994;177:365.

20. Magne P, Douglas WH. Interdental design of porcelain veneers in the presence of composite fillings : finite element analysis of composite shrinkage and thermal stresses. Int J Prosthodont 2000;13:117-124.

21. Magne P, Douglas WH. Cumulative effects of successive restorative procedures on anterior crown flexure : intact versus veneered incisors. Quintessence Int 2000;31:5-18.

22. Magne P, Douglas WH. Porcelain veneers : dentin bonding optimization and biomimetic recovery of the crown. Int J Prosthodont 1999;12:111-121.

23. Magne P, Douglas WH. Optimization of resilience and stress distribution in porcelain veneers for the treatment of crown-fractured incisors. Int J Periodontics Restorative Dent 1999;19:543-553.

24. Dietschi D, Spreafico R. Adhesive metal-free restorations. Berlin : Quintessence, 1997.

25. Magne P, Belser UC. Novel porcelain laminate preparation approach driven by a diagnostic mock-up. J Esthet Restor Dent 2004;16:7-16.

26. Gürel G. The science and art of porcelain laminate veneers. Chicago : Quintessence Publishing, 2003.

27. Magne P, Perroud R, Hodges JS, Belser UC. Clinical performance of novel-design porcelain veneers for the recovery of coronal volume and length. Int J Periodontics Restorative Dent 2000;20:440-457.

28. Magne P, Douglas WH. Porcelain veneers : dentin bonding optimization and biomimetic recovery of the crown. Int J Prosthodont 1999;12:111-121.

29. Magne P, Douglas WH. Additive contour of porcelain veneers : a key element in enamel preservation, adhesion, and esthetics for aging dentition. J Adhes Dent 1999;1:81-92.

30. Belser UC, Magne P, Magne M. Ceramic laminate veneers : continuous evolution of indications. J Esthet Dent 1997;9:197-207.

31. Garber D. Porcelain laminate veneers : ten years later. Part I : Tooth preparation. J Esthet Dent 1993;5:56-62.

32. Castelnuovo J, Tjan AH, Phillips K, Nicholls JL, Kois JC. Fracture load and mode of failure of ceramic veneers with different preparations. J Prosthet Dent 2000;83:171-180.

33. Magne P, Belser UC. Bonded porcelain restorations in the anterior dentition. A biomimetic approach. Chicago : Quintessence Publishing Co, 2002;30-37.

34. Deery C, Wagner ML, Longbottom C, Simon R, Nugent ZJ. The prevalence of dental erosion in a United States and a United Kingdom sample of adolescents. Pediatr Dent 2000;22:505-510.

35. Linnett V, Seow WK. Dental erosion in children : a literature review. Pediatr Dent 2001;23:37-43.



Dr Edmond Binhas : Chirurgien-dentiste  
Fondateur du Groupe Edmond BINHAS - [www.binhas.com](http://www.binhas.com)

## Vers une orientation esthétique... ou comment démocratiser l'esthétique ?

Alors que les patients sont devenus des consommateurs de santé, et de bien être en général, force est de constater que l'approche exclusivement thérapeutique a ses limites. Il est aujourd'hui fondamental de prendre en compte la demande esthétique des patients. Or, cette demande n'est pas toujours exprimée. Alors comment concilier l'approche thérapeutique et esthétique ?

Le marché de l'esthétique médicale s'est accru de 10% en 2010 et prévoit 11% de croissance par an d'ici 2014<sup>1</sup>. Nous ne pouvons plus passer outre cette lame de fond exprimée chez nos patients. D'ailleurs, les bars à sourire, qui aujourd'hui sèment la polémique et les controverses dans la profession, ont bien compris cette attente esthétique de la population. En revanche, ils ne se préoccupent QUE de cette dernière. Par ailleurs, l'explosion des émissions de relooking ou de coachs en image en est également la preuve.

Ces structures ont parfaitement intégré le fait que **le sourire est un passeport social**. Dans certains pays l'esthétique est même un support à la dignité permettant aux plus démunis de continuer à avoir un lien social. La réalité basique aujourd'hui est que cela peut constituer un critère, inavoué, d'accès à l'emploi. La société impose d'avoir l'apparence d'une bonne santé. D'ailleurs, si l'on s'en tient à la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé, on retrouve bien cette idée : « La santé est un état complet de bien être physique, mental, psychologique et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Il est donc impératif pour nous, dentistes, de nous positionner rapidement, de communiquer, d'informer les patients, pour qu'ils connaissent la différence entre les services proposés par des « bars à sourire » et des experts de la dentisterie confirmés proposant des services de haute qualité.

### REELLES MENACES OU OPPORTUNITES ?

A mes yeux, il faut voir ces évolutions comme des opportunités : l'ouverture de ces chaînes va générer des questions de la part de vos patients qui auront besoin d'information. Le blanchiment est une **porte d'entrée vers la dentisterie esthétique** à condition que vous communiquiez et que vous éduquiez vos patients. Cela doit nous amener à réfléchir et nous positionner sur l'approche globale qui est aujourd'hui, à mes yeux, lorsqu'elle est réalisée de façon éthique, le meilleur service que nous puissions rendre à nos patients.

Aussi, est-il légitime de nous poser la question suivante : pourquoi la dentisterie esthétique n'est-elle donc pas plus développée que cela aujourd'hui ?

Il existe à mes yeux plusieurs facteurs. Tout d'abord, elle nécessite des compétences différentes. En effet, il s'agit de

proposer des prestations de soins et d'esthétique de grande qualité et à la pointe des dernières techniques à une patientèle soucieuse de son image et donc extrêmement exigeante. Evidemment cela doit passer par une amélioration continue de nos aptitudes relationnelles et pédagogiques pour rassurer les patients et créer la confiance : c'est pourquoi, il ne suffit plus seulement de développer votre savoir-faire clinique dans ce domaine. Il est crucial de développer de façon continue votre faire-savoir pédagogique et comportemental (y compris, et peut-être encore plus pour ceux et celles qui s'y sont déjà formés). Enfin, le développement d'une pratique esthétique ne peut aller de pair qu'avec une qualité de service irréprochable et exceptionnelle. Evidemment si vous optez pour une orientation esthétique de votre pratique, ce sont tous les systèmes du cabinet qui s'en trouvent concernés, mais plus particulièrement la gestion des plans de traitement et la qualité de service.

Aussi, je vous propose pour votre équipe et vous-même un plan d'action en 5 étapes qui nous sert de fil conducteur dans les cabinets avec lesquels nous travaillons dans notre programme d'orientation esthétique :

**1/ Optez pour une méthodologie** au niveau de la chronologie des premières consultations esthétiques. Proposez plus de projets de traitement esthétiques. Rien ne doit être laissé au hasard.

**2/ Définissez le rôle de chacun** : chaque membre de l'équipe doit trouver sa place dans la nouvelle orientation du cabinet pour à la fois renforcer la notion d'équipe auprès du patient mais aussi pour offrir un niveau de service optimal vis-à-vis de ces patients avec une demande esthétique.

**3/ Montrez à chaque patient qu'il est unique** : il s'agit de mettre en œuvre des outils pour parfaitement appréhender cette unicité. Cela permettra de créer un lien très fort avec le patient et de susciter son adhésion à votre conception des traitements dentaires. Evidemment cela ne s'improvise pas, cela nécessite de la méthode et des compétences nouvelles.

**4/ Eduquez le patient** : cela passera par l'utilisation d'outils pédagogiques en vue de développer l'information et l'éducation du patient à l'esthétique dentaire. Vous trouverez ci-après un exemple de questionnaire du sourire à proposer à des patients éligibles à l'esthétique. Ces mêmes outils vous permettront d'entrer en connexion avec le patient et d'identifier les éléments clés d'une relation avec une patientèle à haut niveau d'exigence.

**5/ Optimisez le concept de service** : l'objectif est de créer un environnement propice à une communication avec des patients exigeants. Une ambiance « luxe démocratique », j'entends par là, conjuguer l'accessibilité et le prestige, un niveau d'accueil « 5 étoiles », la perception positive du cabinet et l'utilisation de scripts adaptés à la patientèle esthétique

<sup>1</sup> Source = Culture France 2 - chiffres de l'Imcas = International Master Course on Aging Skin.

sont autant d'éléments, sans qu'ils soient exhaustifs, qui vous permettront d'atteindre vos objectifs.

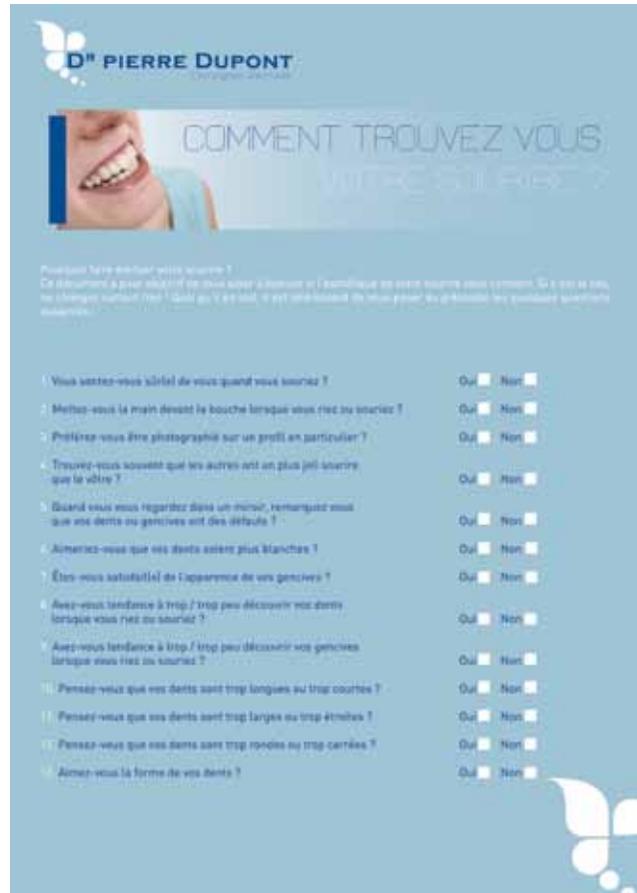
J'espère que ces éléments vous permettront d'affiner votre réflexion vis-à-vis de la pratique esthétique et plus globalement vous aideront à vous épanouir encore plus dans votre pratique professionnelle.

Quelque soit le positionnement que vous adopterez, dites vous que nous sommes des soignants D'ABORD. Et en même temps, profitez des séances de soins pour éduquer et informer vos patients.

Appuyez vous sur une assistante formée aux avantages de l'esthétique dentaire. Utilisez ces moments d'information et d'éducation pour aider vos patients à se projeter objectivement avec un joli sourire.

Attention, toutefois de ne JAMAIS SURPROMETTRE. Là est toute la différence entre informer et manipuler.

**Exemple : Questionnaire du sourire**



W&H – une gamme complète qualité, savoir-faire et service après vente



Scannez le code QR avec votre portable pour plus d'infos sur W&H

W&H Benelux Reepkenslei 44 t +32 (0)475 51 63 63 office.benelux@wh.com  
 B-2550 Kontich f +32 (0)3 844 61 31 wh.com



# CONFLITS ET COMMUNICATION

Fatima AZDIHMED

[www.Mozaik-coaching.be](http://www.Mozaik-coaching.be)

Article inspiré par la conférence du Professeur Jean-Michel Longneaux, de la méthode de Kilmann, des auteurs de « Faire face aux conflits » de Josée Latendresse, et de la programmation neurolinguistique.

Bien communiquer implique d'établir et d'entretenir des relations harmonieuses avec les autres. Et nous avons besoin d'interagir avec les autres.

Seulement, si mes propos sont vagues, si j'ai ou j'exprime des préjugés, si mes attentes ne sont pas claires, le conflit va surgir. Voici 3 points essentiels à méditer et pratiquer face aux conflits ou pour les prévenir.

## 1. Nos croyances et notre perception

Nous ne pouvons pas prétendre vivre dans un monde où il n'y aurait jamais aucun conflit. D'ailleurs, croire que le monde du travail ou privé pourrait être un lieu où règne la sécurité et serait même épanouissant, serait un leurre.

Bref, le monde des « bisounours » n'existe pas et les malentendus ainsi que la violence verbale et même physique, ont toujours fait partie de notre monde privé et/ou professionnel.

Du coup, les conflits nous dérangent, bien sûr. Et, ils nous font même peur parfois car ils nous mènent à croire que nous pourrions aller vers de plus grands malentendus qui, à leur tour, nous mèneraient à des violences petites ou grandes, des disputes, etc. Et pourtant, il y a du positif au conflit mais pour le voir, il nous faut d'abord revoir la définition du mot conflit. Lorsque le conflit est perçu comme étant une tension entre mes désirs et la réalité, je pourrais découvrir l'opportunité qui se cache derrière le conflit.

Tout commence par un conflit intérieur car l'un de mes 3 désirs fondamentaux est touché.

Les 3 désirs fondamentaux sont :

1. La toute puissance ; être à la hauteur de ce que je crois que je dois être.
2. La fusion ; être proche de l'autre ou des autres, se comprendre
3. La reconnaissance ; la récompense, où encore la conviction que cela m'est dû.

La souffrance apparaît parce que la réalité dans laquelle je me trouve est totalement différente de mes désirs.

Il va donc me falloir, tout d'abord, accepter ma finitude, à savoir ; « je suis quelqu'un qui ne peut pas tout et je ne suis pas toujours à la hauteur ».

Il n'est pas question de faire le deuil définitif de nos désirs mais plutôt de les reconnaître comme moteur. Ce moteur va me permettre d'aller vers mon rêve, mon désir tout en acceptant que ce à quoi je vais arriver, est une réalité différente de mon désir. Et, ne pas arriver à mon rêve, n'est pas un échec car le moteur m'aura permis d'avancer sur certains points de mon rêve.

## 2. Comment nous agissons en général face au conflit

Deux facteurs influencent notre façon de faire face aux conflits :

1. Notre motivation à rencontrer nos propres intérêts
2. Notre motivation à coopérer avec l'autre.

Ces deux facteurs vont nous pousser à choisir l'une des cinq façons suivantes de se comporter face aux conflits :

Éviter - Rivaliser - Céder - Compromis - Collaborer (négocier)

1. Tendance à éviter : la personne renonce à ses intérêts personnels, évite les sujets de litige, n'a aucun espoir de résoudre les conflits et préfère se retirer d'un conflit plutôt que d'y faire face.
2. Tendance à rivaliser : la personne va dominer ses adversaires en les forçant à accepter sa solution, cherche à atteindre ses objectifs à n'importe quel prix, ne s'intéresse pas aux besoins des autres, considère que les conflits se règlent par sa victoire sur les autres, gagner lui donne un sentiment de fierté.
3. Tendance à céder : ce qui importe c'est le rapport aux autres, la personne veut être aimée, croit qu'en évitant les conflits elle préservera l'harmonie, a peur que l'autre se sente blessé.
4. Tendance au compromis : la personne s'intéresse modérément à ses intérêts et à leurs rapports avec les autres, abandonne une partie de ses intérêts et convainc l'autre d'abandonner aussi une partie des siens, cherche une solution où tout le monde gagne, cherche un accord en vue du bien des 2 parties.
5. Tendance à collaborer : il faut résoudre le conflit, la personne recherche une solution qui permette à toutes les parties de sortir gagnantes du conflit, conserve les bonnes relations interpersonnelles.

La 5<sup>ème</sup> tendance semble offrir le plus de satisfaction car elle vise à susciter des débats sains et créatifs. Elle propose de canaliser l'énergie contenue dans les conflits de façon positive. Chacune de ces cinq attitudes présente des avantages et des désavantages, selon les situations.

Nous avons tendance à adopter une attitude plutôt qu'une autre car cela nous a servi, à un moment de notre vie. Une meilleure compréhension de mon style dominant va permettre de saisir d'avantage la façon dont je gère mes conflits et d'adapter mes comportements en conséquence.

### 3- Communiquer - Dialoguer

Bien communiquer ou dialoguer implique de se centrer sur les faits, de tenir compte des sentiments de chacun, d'entendre et de faire entendre les besoins et la demande, de s'orienter vers une solution commune où chacun sort gagnant, d'être au clair avec un accord et conclure en communiquant sur le processus et en se disant ; « Merci ».

Bien dialoguer consiste en :

- Ecouter et montrer de l'intérêt
- Accepter les propos de l'autre s'ils sont justes et ne pas dénigrer les autres mais les discuter.
- Vouloir aboutir à quelque chose avec l'autre, ce qui suppose de ne pas considérer ce que l'on dit comme vérité inaltérable.

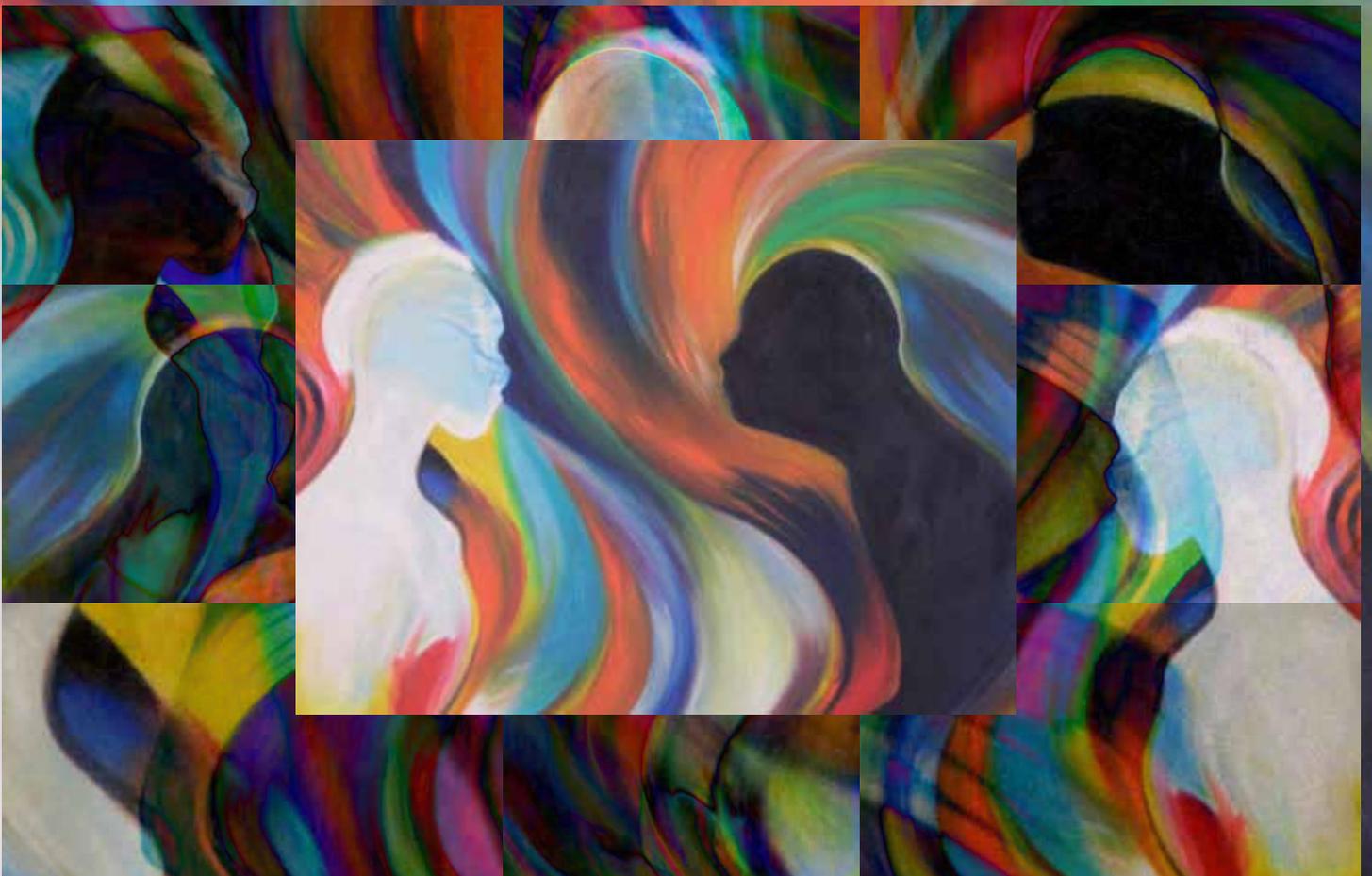
- S'exprimer avec vérité donc sans préjugé.
- Ne pas se lancer dans de longs monologues.
- Ne parler que du sujet et ne pas faire de digressions.
- Ne pas chercher à convaincre, l'essentiel étant de faire réfléchir l'autre et de pousser sa propre réflexion sur ce que l'autre apporte.
- Se rappeler sans cesse que dialoguer n'est pas à confondre avec une joute verbale et qu'il n'y a ici ni gagnant, ni perdant.
- Utiliser la reformulation pour confirmer ce qui a été compris ou pas.
- Donner de la reconnaissance.
- Laisser des silences.
- Poser des questions pour découvrir le monde de l'autre.

Tous ces petits trucs vont de pair avec un travail sur la confiance en soi pour certaines personnes qui n'oseraient pas les utiliser.

Et finalement, lorsque tous ces éléments ont été intégrés, peut-être qu'au prochain conflit, au lieu de vous dire :

« **Zut, encore un conflit** », peut-être que vous vous direz :

« **Ok, voici une opportunité de changer ceci ou cela...** ».



# FORMATION CONTINUE

**33 4<sup>ème</sup> Rendez-vous des Cercles**

23 mars

**35 L'usure dentaire : un problème pour vous ?**

20 avril

**37 La centrale sous toutes ses facettes**

21 septembre

**39 7<sup>ème</sup> Congrès de la VVT**

23-25 mai

**40 Ergonomie**

28 avril

**41 Améliorer la communication  
par la photo numérique**

28 avril

**42 Gestion du temps**

25 avril

**43 Réanimation**

27 mai

**44 Bien-être au travail**

30 mai

Calendrier complet des activités visibles sur :  
[www.dentiste.be/13\\_calendrier\\_scientifique.htm](http://www.dentiste.be/13_calendrier_scientifique.htm)



**50 %\* de vos patients**  
ont parfois mauvaise haleine

**CB12** 

**ELIMINE LA CAUSE  
DE LA MAUVAISE HALEINE**

**RESULTAT IMMEDIAT  
ACTION LONGUE DUREE GARANTIE**



**effet 12h**

**Effet prouvé, sans effets secondaires**

**Formule brevetée**

à base d'**Acétate de zinc** et de **Diacétate de chlorhexidine**

Elimine tous les **composés sulfurés volatils**  
grâce à son **effet synergique** unique



Envoyez sans tarder un courriel à  
[info@omega-pharma.be](mailto:info@omega-pharma.be)  
pour recevoir un échantillon d'1 litre, un carnet de prescriptions  
et des dépliants consommateurs

 Disponible en pharmacie



# 4<sup>ème</sup> Rendez-vous des Cercles

Samedi 23 mars 2013  
de 9:00 à 17:30



Campus  
**ULB**  
Erasme



# 4<sup>ème</sup> Rendez-vous des Cercles

**Samedi 23 mars 2013**  
de 9:00 à 17:30

## ORTHODONTIE

### Mini-vis et Mini-implants

#### Mohssin EL HAJJAJI

- Licencié en Sciences Dentaires à l'Université de Liège (2004)
- D.E.S. en Orthodontie et Orthopédie Dento-Faciale à l'ULg (2008)

### Technique linguale, indications et limitations

#### Bruno MANZO

- Licencié en science dentaire - UCL 1997
- DES en orthopédie dento-faciale - UCL 2001
- FLOS - one year program in lingual orthodontics - 2002
- Pratique privée - Wezembeek-Oppeem et Liège

### Traitement par gouttières successives : mythe ou réalité ?

#### Grégoire SENESE

- Diplômé ULB
- Membre fondateur de la BAED et actif de 1992 à 2005.
- Formation :
- CISCO (Société Bio Progressive)
- CERTOB Philosophie Ricketts transmise par C. Gugino
- SFBSI implantologie à Paris

## STOMATOLOGIE

### Utilisation du piézetome en chirurgie maxillo-faciale

#### Dr Roland GILLES

- Médecin Spécialiste en Stomatologie - UCL 1998
- Médecin Spécialiste en Médecine d'Assurance et Expertise Médicale UCL - 1998
- Certificat Interuniversitaire en Management Médical UCL - ULB 2006

### Troubles respiratoires et conséquences bucco-dentaires

#### Dr Susana MEDIN REY

- Diplôme de Médecine, Université Saint-Jacques de Compostelle - Espagne

- Diplôme de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale U.L.B 2002
- Chef de Clinique en Chirurgie Maxillo-faciale, C.H.U Saint-Pierre
- Pratique privée à la Clinique du Parc Léopold, C.H.I.R.E.C.

### Chirurgie reconstructrice et greffes osseuses

#### Dr Yves GILON

- Docteur en médecine, dentiste
- Docteur en sciences médicales
- Stomatologue et chirurgien maxillo-facial

#### Dr Cora SCHMITZ

- Licenciée en science dentaire ULg 2000
- Docteur en médecine ULg 2006
- Stomatologue et chirurgien maxillo-facial

## PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

### Gestion de l'alvéole d'extraction

#### Michael GABAI

- Dentiste Généraliste ULB 2000
- DU d'implantologie et de biomatériaux (Université de Bordeaux 2)
- DU de génie mécanique (Université de technologie de Troyes)
- Certificat d'Anatomie, de Chirurgie Implantaire et de Techniques Chirurgicales Avancées, SFBSI - Paris.
- Pratique privée d'implantologie, parodontologie et chirurgie pré-implantaire

#### Olivier FRANCOIS

- Dentiste Spécialiste en Parodontologie
- D.E.S Européen en Implantologie (ULg)
- Pratique Privée

#### Didier BLASE

- LSD UCL 1986
- 3<sup>ème</sup> Cycle en Parodontologie UCL 1988
- 3<sup>ème</sup> Cycle en Orthodontie - Paris VI juin 1990
- Diplôme d'Université en Orthopédie - Dento Faciale Appliquée
- Thèse de Doctorat en Sciences Dentaires (DENS)
- Pratique exclusive de parodontologie

## PROTHESE

### Occlusion et DVO

#### Alexandre SUEUR

- LSD ULB 2003
- Post-graduat de prothèse fixe à l'ULB
- Attestation d'étude et de recherche approfondies en implantologie orale dans le cadre de la SFBSI
- Post graduat de prothèse sur implants dans le service du Dr. Malevez à l'ULB
- DES implantologie (ULB)

### L'empreinte optique

#### Gauthier LESCRENIER

- Licencié en Science Dentaire - UCL 2006
- Mercator Université de Montréal - UDEM 2006
- DES en Prothèse Dentaire - DACS UCL 2009
- DU d'Implantologie Orale - Université de Marseille 2011
- Consultante externe - Service de Prothèse UCL
- Pratique libérale Prothèse-Implantologie à Auderghem

### Coordination

### chirurgie - prothèse - laboratoire

#### Olivier DOMKEN

- Licencié en Science Dentaire - ULg 1999
- D.E.S. en Réhabilitation Orale - ULg 2002
- D.E.S. en Implantologie Orale - ULg 2004
- Activité clinique et scientifique à l'ULg jusqu'en 2009
- Domaine de recherche : intégration des tissus mous péri-implantaires
- Pratique privée limitée à l'implantologie et à la prothèse
- Pratique privée limitée à l'implantologie et à la prothèse

Campus  
**ULB**  
Erasme

Accréditation : 10 UA dom 5 (25430) / 20 UA dom 6 (25432 - 25433) / 10 UA dom 7 (25431)

Formation continue 6 hrs.

Détails et inscriptions en encart ou sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

# L'usure dentaire : un problème pour vous ?

Samedi 20 avril 2013  
de 9h00 à 17h30

Dr Francesca VAILATI : Réhabilitation complète d'une denture érodée  
Pr Marc LAMY : Modérateur



UNE REVOLUTION  
EN DENTISTERIE!



## L'usure dentaire : un problème pour vous ?

Samedi 20 avril 2013  
de 9h00 à 17h30

Dr Francesca VAILATI : Réhabilitation complète d'une denture érodée  
Pr Marc LAMY : Modérateur



# L'usure dentaire : un problème pour vous ?

Samedi 20 avril 2013  
de 9h00 à 17h30

## Une révolution en odontologie : le traitement de l'usure par la dentisterie adhésive

Les usures dentaires, le bruxisme et l'érosion, sont de plus en plus fréquents. Face à ces pertes de substance, le dentiste temporise généralement et ne traite pas le patient. Pire, dans les cas plus avancés, des éléments périphériques, le plus souvent avec dépulpation, sont réalisés. C'est méconnaître les possibilités de la dentisterie adhésive moderne.

Nous montrerons qu'il est possible de traiter ces cas, même les plus sévères, par collage de composites, d'inlays ou de facettes. L'objet de cette présentation est de montrer en détail une technique en 3 temps qui a fait ses preuves depuis maintenant plus de 6 ans.

Nous décrivons notamment comment utiliser les critères esthétiques pour harmoniser le secteur antérieur (1er temps), le choix de la référence occlusale et la méthode pour relever la dimension verticale (2<sup>ème</sup> temps) et les moyens à notre disposition pour restaurer les pertes de substance antérieures tout en réalisant une guidance et une esthétique harmonieuse. En fin de journée, les échecs, les difficultés rencontrées ces dernières années ainsi que des traitements expérimentaux sur des cas très sévères seront présentés.



Une conférencière de renommée internationale

### Dr Francesca VAILATI MD, DMD, MSc

- Docteur en médecine Université de Bari (ITA)
- Dentiste Université de Pennsylvanie (USA)
- Certificat de prothèse MSD Université du Connecticut
- Département de prothèse fixe, Prof Urs Belser, Université de Genève (CH)
- Pratique privée à temps partiel

Ne manquez pas dans ce numéro, un article des Docteurs Vailati et Belser !

Réhabilitation totale et adhésive d'une denture sévèrement abrasée : technique en trois étapes. Page 13



Francesca VAILATI, MD, DMD, MSc :  
Chirurgienne Département de Prothèse dentaire et d'Occasion  
École de médecine dentaire, Université de Genève, Suisse  
Chirurgien privé, Geneva Dental Studio, Suisse

Urs Christoph BELSER, DMD, Prof Dr méd dent:  
Chirurgien, Département de Prothèse dentaire et d'Occasion  
École de médecine dentaire, Université de Genève, Suisse

Reproduit de 'REED' Vol 1 N°1 édition Quintessence.

#### RÉSUMÉ

L'abrasion dentaire est une pathologie fréquemment sous-estimée qui affecte aujourd'hui un nombre croissant de jeunes patients. La destruction avérée des dents est souvent le résultat d'un diagnostic initial difficile (par exemple, une étiologie multifactorielle de l'abrasion des dents), et d'une intervention tardive. Un essai clinique testant une technique totalement adhésive chez des patients atteints d'une abrasion dentaire sévère est en cours à l'École de médecine dentaire de l'Université de Genève en Suisse. Tous les patients sont systématiquement et exclusivement traités avec des techniques adhésives en utilisant des ongles pour les secteurs postérieurs, et une combinaison de restauration céramique collée du côté vestibulaire et de restauration indirecte en composite du côté lingual pour le secteur antérieur.

Afin d'obtenir une préservation maximale de la structure dentaire et un résultat prévisible le plus esthétique et le plus fonctionnel possible, un concept innovant a été développé: la technique en trois étapes.

Trois étapes de laboratoire sont réalisées alternativement avec trois étapes cliniques, permettant au clinicien et au spécialiste dentaire une interaction constante au cours du plan de traitement et de l'execution de la réhabilitation totale adhésive.



#### INTRODUCTION

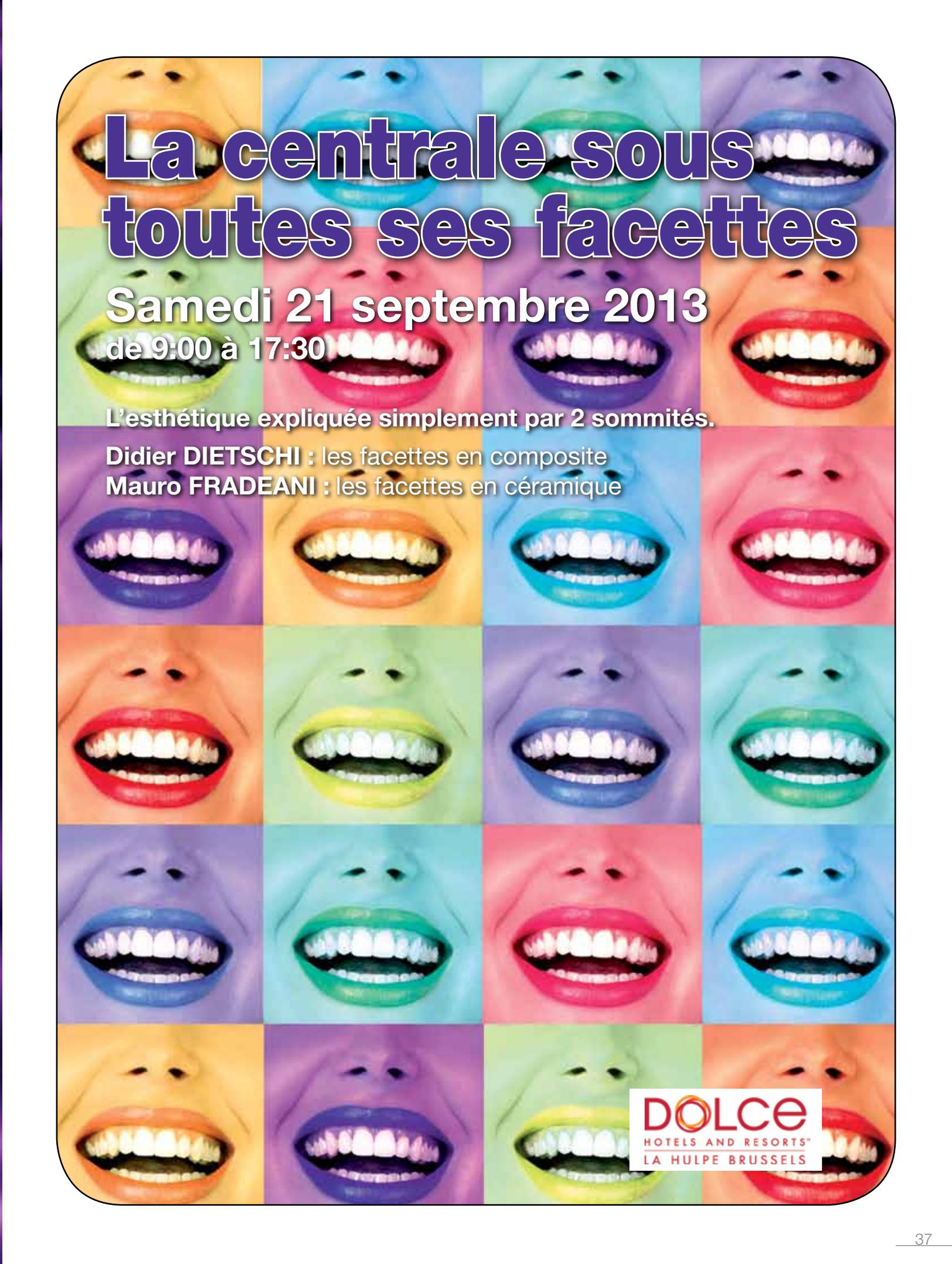
Les patients atteints d'une sévère abrasion dentaire présentent souvent une denture extrêmement compromise, particulièrement dans le secteur antérieur maxillaire. La dimension verticale d'occlusion peut être réduite et/ou une égression des procès alvéolaires respectifs peut se produire. Si l'abrasion n'a pas



Accréditation demandée : 30 UA dom 4 (25395) - 10 UA dom 7 (25449)

Formation continue 6 hrs.

Détails et inscriptions en encart ou sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)



# La centrale sous toutes ses facettes

Samedi 21 septembre 2013

de 9:00 à 17:30

L'esthétique expliquée simplement par 2 sommités.

Didier DIETSCHI : les facettes en composite

Mauro FRADEANI : les facettes en céramique

**DOLCE**  
HOTELS AND RESORTS™  
LA HULPE BRUSSELS

## La centrale sous toutes ses facettes

Samedi 21 septembre 2013  
de 9:00 à 17:30

L'esthétique expliquée simplement par 2 sommités.  
Didier DIETSCHI : les facettes en composite  
Mauro FRADEANI : les facettes en céramique



# La centrale sous toutes ses facettes

Samedi 21 septembre 2013  
de 9:00 à 17:30

## Optimiser les résultats esthétiques dans le secteur antérieur sur dents naturelles

*Mauro FRADEANI*

Un résultat final esthétique prédictible en région antérieure dépend le plus souvent d'une coopération étroite entre le dentiste prothésiste et le parodontologue, spécialement chez les patients qui ont une ligne du sourire élevée. Le management des tissus mous sur dents naturelles durant la phase temporaire sera discuté et son importance sera détaillée afin d'obtenir une intégration antérieure tant esthétique que biologiquement prédictible dans l'environnement oral.

Le choix d'un matériau céramique adapté est primordial pour obtenir un excellent résultat. De nos jours, le rôle indéniable de la technologie CAD-CAM permet au clinicien d'obtenir un contour final de restauration idéal.

*Conférence en anglais avec traduction simultanée vers le français.*

## Dentisterie adhésive dans le cadre du sourire : élargissez votre vision de la réhabilitation du sourire

*Didier DIETSCHI*

L'amélioration considérable de la santé orale de la population dans son ensemble aussi bien que l'intérêt grandissant des patients pour l'esthétique dentaire et la préservation des tissus a reboosté la « technique du collage » et en a fait l'option principale dans le traitement de la structure du sourire. En raison des progrès gigantesques faits dans leurs propriétés optiques et leurs techniques d'application, les résines composites modernes offrent une solution esthétique, mais aussi conservatrices et biocompatible à de nombreux problèmes qui ne pouvaient autrefois être abordés que par les restaurations céramiques chères et plus invasives. En plus, les résines composites permettent de solutionner les problèmes esthétiques de beaucoup de jeunes patients, sans nuire à leur denture en bonne santé. Pratiquement, leur succès dépend uniquement de l'expérience du praticien et de la connaissance de leur potentiel esthétique.

Ce programme couvrira l'exposé raisonné de traitements et l'intégration de composites directs dans une approche complète de l'esthétique dentaire. Une description détaillée des procédures cliniques avec une vaste documentation clinique complètera le programme et fournira aux participants un portrait complet du sujet.

*Conférence en français.*

### Dr Mauro FRADEANI

- Past Président de l'EAED (2003/2004)
- Professeur externe associé en prothèse, Louisiana State University - New Orleans (USA) 1999/2008
- Membre actif de l'AAED,
- Membre AAFP
- Fondateur et directeur de l'ACE Institute, Centre d'Education Continue avancée de Pesaro (Italie).
- Auteur du livre « Esthetic Rehabilitation in Fixed Prosthodontics » Vol 1 and Vol 2, édité par Quintessence.
- Pratique privée limité à la prothèse sur dents naturelles et sur implants à Pesaro (Italie)

### Dr Didier DIETSCHI

- Docteur en Science Dentaire 1988 de l'Univ. de Genève.
- Doctorat en sciences des biomatériaux, en 2003, à l'ACTA Université d'Amsterdam, Pays-Bas.
- Maître de conférences principal et co-directeur du département de dentisterie opératoire et endodontie à l'université de Genève
- Professeur adjoint au département de la prise en charge globale de la Case Western University, à Cleveland (USA) depuis 2005
- Cabinet privé dédié à la dentisterie esthétique réparatrice à Genève.
- Auteur de plus de 70 articles scientifiques et cliniques et chapitres de livres dans le domaine de la dentisterie adhésive.
- Co-auteur du livre "Restaurations adhésives sans métal (Quintessence)
- Membre du conseil de rédaction de plusieurs revues scientifiques internationales.
- Conférencier de renommée internationale, il a donné des centaines de conférences à travers le monde.

**DOLCE**  
HOTELS AND RESORTS™  
LA HULPE BRUSSELS

Accréditation demandée : 20 UA dom 4 - 20 UA dom 7 - Formation continue 6 hrs.  
**Détails et inscriptions en encart ou sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)**

Le congrès s'adresse non seulement aux dentistes généralistes, mais aussi aux spécialistes en parodontologie et en orthodontie, ainsi qu'aux assistants et techniciens dentaires, en leur offrant également un programme spécifique.

Information supplémentaires et inscription\* :

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

<sup>(\*)</sup> Les membres SMD bénéficient des mêmes avantages que les membres VVT.



TIME  
TO  
CHANGE



Kursaal - Oostende

7<sup>ème</sup> Congrès  
VVT

23 - 24 - 25  
Mai 2013

## Ergonomie

Plusieurs fois dans l'année  
de 9h00 à 12h30  
Jeudi 11 octobre

Mme Fabienne PAPAIZAN  
Ostéopathe D.O.



# Ergonomie

Jeudi 28 mars de 9h00 à 12h30

### Objectifs :

Acquérir une bonne prise de conscience du corps et de son mode de fonctionnement, en particulier en milieu dentaire.

Éducation et prévention des problèmes de dos au moyen d'exercices pratiques de type « École du dos » et de bien-être adaptés à chaque praticien dentaire

### Programme de la formation :

#### Notre dos :

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

#### Formation pratique :

- Au moyen d'exercices adaptés pour la prise de conscience du corps et l'obtention d'un renforcement analytique du système musculo-squelettique
- De type "Ecole du dos" en relation avec le métier de dentiste.
- Informations d'hygiène vitale et conseils dans le domaine de la phytothérapie
- Maximum 14 participants - Inscription effective dans l'ordre de réception des paiements.

### Fabienne PAPAIZAN

- Kinésithérapeute  
- Ostéopathe D.O.



Accréditation : 20 UA dom 2 (25400) - Formation continue 3 hrs.

Détails et inscriptions en encart ou sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## Photographie

Améliorer la communication  
par la photo numérique

Plusieurs fois dans l'année  
de 20:00 à 23:00

M. Didier DEBECKER



### Didier DEBECKER

- Prothésiste, spécialisé en esthétique, Labo DentisCeram®
- A suivi de nombreuses formations à l'étranger (M Magne, M Allemand & B Guggisberg, E Egenbarth, D Adolff, Ch Coachman)
- Mentor NobelRondo™
- Passionné par la photographie

# Photographie

**Jeudi 28 mars de 20h00 à 23h00**

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

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

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

### Cette formation pratique vous apprendra :

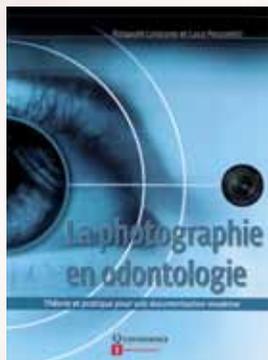
- comment configurer votre appareil photo numérique,
- les meilleurs cadrages pour informer au mieux le prothésiste,
- comment interpréter les images à l'aide de logiciels,
- comment transférer rapidement celles-ci via Internet.

Complétez votre formation par la lecture de l'excellent ouvrage La photographie en odontologie de Loiacono P, Pascoletti L.

La photographie au cabinet dentaire est certainement l'outil de communication le plus expressif pour expliquer et convaincre un patient, pour échanger une information avec le prothésiste et pour transmettre son savoir à d'autres praticiens.

L'avènement du numérique a rendu, en apparence, la prise de photos plus simple et plus facile en laissant croire qu'à partir d'un document une infinité de modifications étaient possibles dans le sens d'une amélioration.

En revanche, ce qui n'a pas changé, c'est l'exigence croissante en terme de qualité de documents qui doivent refléter avec fidélité le niveau élevé de la pratique clinique actuelle. L'ouvrage de P. Loiacono et L. Pascoletti, apporte non seulement une foule d'informations pratiques sur les principes optiques des appareils photo, mais s'appuyant sur le monde du numérique, explique comment exploiter le plus judicieusement les exceptionnelles possibilités offertes par



cette technologie. Description détaillée des divers matériels photographiques adaptés à la prise de vue en odontologie, présentation et utilisation de nombreux accessoires indispensables afin de pouvoir photographier efficacement tous les secteurs des arcades dentaires, position des acteurs - patient-assistante-praticien -, orientation des angles de prise de vue : tout est décrit avec précision afin d'assurer la réussite de chaque cliché.

Même les praticiens les plus exigeants et les plus expérimentés en photographie bucco-dentaire tireront profit de l'analyse extrêmement détaillée de tous les paramètres pouvant conduire à une documentation de haute qualité répondant aux attentes les plus perfectionnistes.

Editions Quintessence - Format 21 x 28 cm - Pages : 333 - Illustrations : 847

Prix : 188 € (frais de port inclus) - membres -10% - ISBN 978-2-912550-78-1

Commande par mail à [brigitte@dentiste.be](mailto:brigitte@dentiste.be) ou par téléphone au 02 375 81 75



**WORKSHOP**



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

Détails et inscriptions en encart ou sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## Gestion du temps

Plusieurs fois dans l'année  
de 9:00 à 17:00

Mme Fatima AZDIHMED

### 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](http://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

**NOUVEAU**

**Jeudi 25 avril de 9h00 à 17h00**

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 demandée : 40 UA dom 2 - Formation continue 6 hrs.

Détails et inscriptions en encart ou sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## Réanimation

Vendredi 27 septembre 2012  
de 9h00 à 16h00



### 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

Lundi 27 mai de 9h00 à 16h00

Olivier STEVENART MEEUS - Gina JEUNIEAUX

Réanimation Cardio-Respiratoire

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

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

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

**CROIX-ROUGE**   
de Belgique



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



Accréditation demandée : 30 UA dom 1 Formation continue 5 hrs.  
Détails et inscriptions en encart ou sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

## Bien-être au travail

Vendredi 21 septembre 2012

Dr Patrick MESTERS  
Mme Fatima AZDIHMED



### 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](http://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).



SOCIÉTÉ DE  
MÉDECINE  
DENTAIRE

# Bien-être au travail

## Comment prévenir stress, épuisement et/ou burnout ?

Vendredi 30 mai de 9h00 à 17h00

Lors de cette journée, vous découvrirez ce qu'est le stress et comment il peut nous mener jusqu'au Burn out : symptômes, risques, diagnostic différentiel, conséquences.

Vous aurez l'occasion de réévaluer l'équilibre entre votre vie professionnelle et votre vie privée et de comprendre combien votre perception de la réalité et ses conséquences peuvent influencer la nature du stress.

Vous aurez l'occasion d'identifier et de confirmer vos priorités et objectifs tant professionnels que personnels qui vous permettront de prévenir, voire de combattre, l'épuisement.

Finalement, vous pourrez vous projeter dans l'avenir et conclure par un plan d'action personnalisé tout en respectant vos priorités et vos valeurs de vie.

### Objectifs de l'atelier-séminaire

Identifier les facteurs et circonstances professionnels qui peuvent fragiliser les personnes dans l'exercice de leur métier.

Reconnaître et anticiper les situations à risques.

Découvrir les leviers d'actions utiles dans le cadre de la prévention.

Définir les actions à mener en cas de situation de stress aigu.

### Méthode

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

Des apports théoriques sont couplés à des exercices en sous – groupes. La pédagogie est participative et impliquante : elle permet d'intégrer le changement recherché.

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

Accréditation : 40 UA dom 2 (25402) - Formation continue 6 hrs.

Détails et inscriptions en encart ou sur [www.dentiste.be](http://www.dentiste.be)

# INFOS PROFESSIONNELLES

47 Attester les codes de stomatologie

M DEVRIESE

47 Quand un tiers est responsable

M DEVRIESE

48 Enquête SECM INAMI

M DEVRIESE

48 Accréditation 2013 : cours à l'étranger

M DEVRIESE

50 Comment bien démarrer avec du personnel...  
dans un cabinet dentaire



Merci à nos 7 900 partenaires et 1 800 000 assurés de leur confiance.

soins dentaires

frais ambulatoires

perte de revenu

dépendance

hospitalisation

DKV vous souhaite de bonnes fêtes et la meilleure santé. Pour toute la vie.

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

a member of **MUNICH HEALTH**

## ATTESTER LES CODES DE STOMATOLOGIE

Les codes de chirurgie - stomatologie ne relèvent pas de la nomenclature dentaire, mais de la nomenclature médicale. De ce fait, elles sont soumises à des règles qui leur sont propres, notamment lors d'interventions multiples dans le même champ opératoire ou un champ distinct.

Il nous paraissait important de vous rappeler cela, si vous pratiquez la chirurgie buccale. Nous pouvons également vous recommander de relire les pages 163 et 164 du guide nomenclature 2013 à ce propos.

### Les champs opératoires

La nomenclature (article 15) précise que :

*§ 3. En cas d'interventions chirurgicales multiples exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire, seule l'intervention principale est honorée.*

*§ 4. Lorsque, au cours d'une même séance opératoire, plusieurs interventions sont exécutées dans des champs nettement distincts, l'intervention principale est honorée à cent pour cent et la ou les autres interventions à cinquante pour cent des valeurs indiquées pour ces prestations, à moins que le libellé de la prestation ou les règles de la nomenclature ne le déterminent autrement.*

La question nous est régulièrement posée à propos de la manière d'attester ce « cinquante pour cent ».

Il suffit de faire suivre le code de nomenclature de la seconde intervention par un « /2 » (divisé par 2) ou un « 50% ».

## QUAND UN TIERS EST RESPONSABLE...

Un coin d'incisive cassé par le petit copain à la cours de récré, un accident de voiture où une dent est restée dans le tableau de bord, un patient, au cours d'une hospitalisation, a vu sa prothèse inférieure jetée à la poubelle par une aide soignante, ...

Autant de situations où les soins nécessaires que vous allez être amenés à prodiguer sont la conséquence d'un tiers responsable. Une question que vous pourriez vous poser est de savoir si c'est à l'INAMI à supporter ces frais par l'intermédiaire de la mutuelle, où est-ce la compagnie d'assurances qui va prendre en charge directement ces frais.

Que dit la Loi ?

*Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.*

*Article 135 § 2. Les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu de cette législation ou du droit commun sont inférieures aux prestations de l'assurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance.*

Vous pourriez comprendre qu'il n'y a pas lieu d'établir en cas d'accident les attestations de soins habituelles. Détrompez-vous :

- Si le patient est dans les conditions (âge, durée de renouvellement, ...) le praticien doit remettre l'attestation de soins donnés.
- C'est au patient que revient l'obligation de signaler à sa mutuelle que ces soins font suite à un accident avec un tiers responsable.
- Et c'est la mutuelle, utilisant son droit légal de subrogation qui se retournera contre le tiers et son assurance.

Références :  
 - Base légale : article 136, §2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (assurance soins de santé et indemnités obligatoire).  
 - Base réglementaire : art.295 de l'AR du 3.7.1996 portant exécution de la loi du 14.7.1994

## ENQUETE SECM INAMI

Il peut arriver que le SECM (Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux) vous contacte. Il peut s'agir d'une enquête à votre égard. Ce n'est pas parce que la Police vous interroge que vous êtes coupable. Toutefois, il y a lieu d'être informé de vos droits et de vos devoirs dans ce cas.

Le SECM publie une brochure informative que vous trouverez sur le site de l'INAMI à l'adresse [www.inami.fgov.be/care/fr/infos/secm-dgec/](http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/secm-dgec/).

Il est toujours utile pour les membres de contacter la SMD ([info@dentiste.be](mailto:info@dentiste.be)), et ce dès l'entame d'une telle enquête. Nous apportons aux membres une aide, OUI. Mais nous refusons aussi de cautionner les actes des praticiens qui entachent l'honneur de la Profession de par leurs comportements.

## ACCREDITATION 2013 : cours à l'étranger

Il n'y a pas de changement important à signaler dans l'accréditation 2013 par rapport à celle de 2012, si ce n'est une précision qui a été apportée pour les cours à l'étranger :

*"Le nombre maximum d'unités obtenues pour les activités à l'étranger s'élève à **50 par année**. Ce nombre peut être augmenté à 80 pour des organisateurs pour lesquels les demandeurs peuvent démontrer qu'ils sont dans un système officiel d'accréditation".*

Les mots "par année" ont été ajoutés pour clarifier.

Si vous participez à des formations à l'étranger qui sont accréditées dans ce(s) pays, vous pouvez donc atteindre 80 UA (unités d'accréditation) rien qu'avec ces activités à l'étranger.

**Nouveau dans votre arsenal thérapeutique**

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

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

82,7 mg sodium / comprimé pelliculé.

Pour la liste complète des excipients,

voir rubrique 6.1. **FORME**

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

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

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

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

**POSOLOGIE ET MODE**

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

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

**Mode et durée d'administration :** A usage oral.

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

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



ou rénale grave. • Diathèse hémorragique. • Troisième trimestre de la grossesse (cf. rubrique 4.6 Grossesse et allaitement) • Insuffisance cardiaque grave. **EFFETS INDESIRABLES :** Les effets indésirables sont principalement liés aux effets pharmacologiques de l'ibuprofène sur la synthèse des prostaglandines. Les effets secondaires les plus fréquemment rapportés sont la dyspepsie et la diarrhée. **C**Edème, 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 :** thrombocytopénie, agranulocytose, anémie aplasique (rare) - **Affections du rein et des voies urinaires :** hématurie (rare) ; néphrite interstitielle, nécrose papillaire, insuffisance rénale (très rare) - **Affections hépatobiliaires :** troubles hépatiques (rare) ; **Affections du système immunitaire :** réaction allergique (peu fréquent) ; anaphylaxie (rare) - **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales :** asthme, asthme aggravé, bronchospasme, dyspnée (rare). **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** Zambon nv-sa - Av. E. Demunter 1 - B - 1090 Bruxelles. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** BE244456. **STATUT LEGAL DE DELIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** Date de la dernière mise à jour du RCP : 06/2010. Date de la dernière approbation du RCP : 06/2011.

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

**Analgesie plus rapide :**

Le taux plasmatique maximal est atteint = 3 X plus vite vs ibuprofène seul.<sup>(1,2,3)</sup>

**Analgesie plus efficace :**

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

**Analgesie plus sûre :**

Protection gastrique optimisée vs ibuprofène seul.<sup>(5)</sup>

**NE  
DONNEZ  
AUCUNE  
CHANCE  
A LA  
DOULEUR**

(1) Notice scientifique Spidifen 400 mg x 24 comprimés. Date de dernière validation du texte: 05/2011.

(2) Notice scientifique Brufen.

(3) Notice scientifique Ibuprofen EG.

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

(5) Novobio J. *Farmacotherapie* 2006.

# Comment bien démarrer avec du personnel... dans un cabinet dentaire

Vous envisagez d'engager du personnel pour votre cabinet ... une assistante administrative, une assistante dentaire, ... ? C'est une grande étape, mais c'est aussi la preuve que votre cabinet marche bien et que vous souhaitez concentrer votre temps sur les soins apportés à vos patients.

Beaucoup de votre précieux temps est aujourd'hui consacré à des travaux qui pourraient facilement être délégué à un/une assistant(e).

En tant qu'employeur, vous aurez toutefois à assumer d'importantes responsabilités qu'il faut bien connaître au préalable.

La Société de Médecine Dentaire, avec son partenaire en gestion du personnel SD Worx, peut vous aider dans ces démarches administratives.

SD Worx met à votre disposition des conseillers au démarrage qui pourront vous aider dans toutes vos questions sur les formalités du premier engagement de personnel.

Beaucoup de questions vous ont probablement déjà traversé l'esprit ... Que va me coûter un travailleur ? Quelles subventions puis-je obtenir en tant que nouvel employeur ? Quels sont mes droits et mes obligations en tant qu'employeur ? Quelles sont les modalités pratiques liées à la commission paritaire de mon activité ? ...

Ces questions sont légitimes et représentent une preuve de votre souci d'améliorer vos performances dans un contexte légal.

Les conseillers au démarrage de SD Worx répondent chaque jour à ce type de questions et pourront vous accompagner et vous encadrer de façon personnelle.

Vous êtes dès lors certain que toutes les formalités seront remplies et que vous disposerez de toutes les informations utiles pour démarrer dans les meilleures conditions.

SD Worx se chargera pour vous de votre immatriculation à l'ONSS, des démarches obligatoires vis-à-vis du précompte professionnel, d'une affiliation à un fonds d'allocations familiales, de la gestion des déclarations Dimona, ...

Parallèlement à ces formalités administratives, SD Worx évaluera de façon précise le coût de cet engagement pour votre entre-

prise. Toutes les procédures de réductions ONSS auxquelles vous pouvez prétendre seront également mise en place pour alléger au maximum le coût du travailleur.

Une fois votre décision prise d'engager votre premier collaborateur, SD Worx deviendra votre partenaire en gestion du personnel, en continuant à vous conseiller au quotidien et en vous fournissant mensuellement les fiches de paie pour votre travailleur et l'ensemble des documents sociaux liés à votre statut de nouvel employeur.

The screenshot shows the SD Worx website interface. At the top, there is a navigation menu with links for 'Partenaires', 'Services', 'Solutions', 'Contact', and 'A propos'. Below the menu is a search bar and a 'Rechercher' button. The main content area features a large orange banner with the text 'Un accompagnement professionnel pour le succès de demain.' and a 'Devenir client?' button. Below the banner, there are several sections of text and lists, including 'Notre approche' and 'Nos solutions'. The website is designed with a clean, professional layout using a color palette of orange, white, and grey.

### EXEMPLE 1

Le cabinet Dupont souhaite engager **une collaboratrice administrative à temps plein**. Cette travailleuse est mariée et mère de 2 enfants. Elle prestera 38h/semaine, répartis sur 5 jours et elle sera payée au barème légal.

La travailleuse profitera d'un salaire brut mensuel de 1.782,77 €. Déduction faite du précompte professionnel, de l'ONSS travailleur et autres cotisations, la travailleuse peut compter sur un **salaire net mensuel de 1.420,35 €**.

Le coût salarial total mensuel pour le cabinet du dentiste sera lui de 2.374,11 €.

Annuellement et en ce compris la prime de fin d'année, les pécules de vacances et les charges patronales, la travailleuse concernée représente un coût annuel total de 32.503,63 € pour l'entreprise.

Item	Value
Salaire brut	1782,77
Salaire annuel	21392,24
Prime annuelle	1782,77
Péc. vac double	1615,36
Péc. vac complémentaire	124,28
Coût patronal	7667,48
<b>Total coût salarial</b>	<b>32503,63</b>

### EXEMPLE 2

Le cabinet Dupont souhaite engager **une collaboratrice administrative à mi-temps**. Cette travailleuse est mariée et mère de 2 enfants. Elle prestera 19h/semaine, répartis sur 5 jours et elle sera payée au barème légal.

La travailleuse profitera d'un salaire brut mensuel de 891,38 €. Déduction faite du précompte professionnel, de l'ONSS travailleur et autres cotisations, la travailleuse peut compter sur un **salaire net mensuel de 834,56 €**.

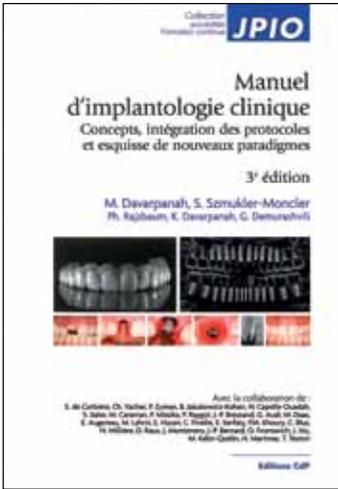
Le coût salarial total mensuel pour le cabinet du dentiste sera lui de 1.187,05 €.

Annuellement et en ce compris la prime de fin d'année, les pécules de vacances et les charges patronales, la travailleuse concernée représente un coût annuel total de 16.251,73 € pour l'entreprise.

Item	Value
Salaire brut	891,38
Salaire annuel	10696,56
Prime annuelle	891,38
Péc. vac double	757,67
Péc. vac complémentaire	62,43
Coût patronal	3843,72
<b>Total coût salarial</b>	<b>16251,73</b>

Plus d'infos ? Contactez le service start-up de SD Worx :  
[www.sdworx.be/deveniremployeur](http://www.sdworx.be/deveniremployeur)  
[startup-service@sdworx.com](mailto:startup-service@sdworx.com)  
 Tél.: 078 150 450  
 Fax: 078 150 460





**MANUEL D'IMPLANTOLOGIE CLINIQUE 3<sup>E</sup> ÉDITION**

M. Davarpanah , S. Sz mukler-Moncler , Ph. Rajzbaum , K. Davarpanah , G. Demurashvili

- Des informations scientifiques exhaustives sur la réponse physiologique des tissus durs et mous péri-implantaires ainsi qu'une description détaillée inédite des traitements de surfaces les plus récents actuellement en usage.
- Les informations plus cliniques sur les diverses formes des implants existant sur le marché, les critères de sélection des formes et des diamètres implantaires, les protocoles de mise en charge immédiate et différée.
- Les techniques chirurgicales et prothétiques sont détaillées, étape par étape. Elles incluent les situations particulières dans les zones postérieures où il est nécessaire de savoir quand et comment s'adapter à la hauteur osseuse résiduelle et quand mettre en œuvre des techniques spécifiques d'augmentation osseuse. La maintenance et les complications chirurgicales et prothétiques sont pleinement exposées.
- Les avancées les plus récentes. Comment l'implantologie peut être mise au service de l'orthodontie, les mini-vis «passe-partout». Concept du platform-shifting et protocoles particulièrement innovants faisant appel à des changements de paradigmes.
- Aspect médico-légal lié à l'exercice de l'implantologie.

**Editions : CdP**

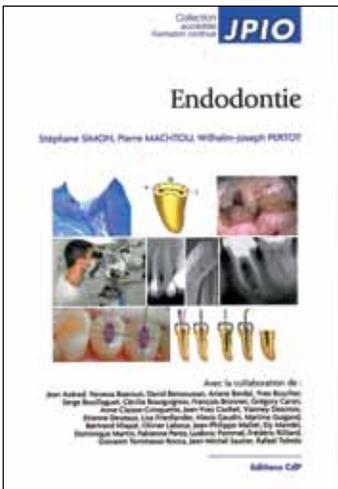
**Collection : JPIO**

**Pages : 680**

**21 x 29,7 cm**

**Prix : 195 € (frais de port inclus) - membres - 10%**

**ISBN : 978 2 84361 227 5**



**ENDODONTIE**

Auteurs : Stéphane Simon , Pierre Machtou , Wilhelm J. Pertot

L'endodontie est souvent restreinte à un problème de mise en forme et d'obturation canalair. Néanmoins, cette discipline est beaucoup plus vaste et son évolution est permanente. Si depuis une quinzaine d'années les progrès technologiques ont permis de faire évoluer l'instrumentation (limes rotatives, localisateur d'apex, dispositifs optiques, radiographie numérique, etc.) une nouvelle ère plus biologique a démarré et représentera probablement l'endodontie de demain.

Ce traité d'endodontie a pour objectif d'aborder tous les domaines de l'endodontie. Les 22 chapitres traitent ainsi de sujets aussi vastes que la biologie et la physiologie pulpaire, l'ingénierie tissulaire et la régénération pulpaire, l'instrumentation, la microbiologie, la chirurgie, les lésions endo-parodontales, l'imagerie, les pathologies sinusiennes, etc.

Très complet et unique en langue française depuis la parution de l'ouvrage de Jean-Marie Laurichesse en 1986, le « JPIO » Endodontie comprend une abondante iconographie composée de schémas didactiques et de nombreux cas cliniques. Il s'adresse aussi bien aux étudiants en formation initiale ou/et de troisième cycle qu'à tous les praticiens, généralistes ou spécialistes.

**Editions : CdP**

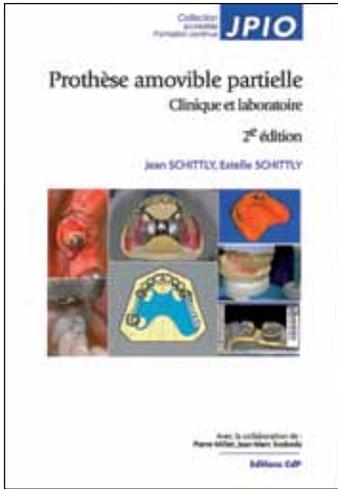
**Collection : JPIO**

**Pages : 544**

**21 x 29,7 cm**

**Prix : 208 € (frais de port inclus) - membres - 10%**

**ISBN : 978-2-84361-177-3**



**PROTHÈSE AMOVIBLE PARTIELLE (2<sup>e</sup> édition revue et mise à jour) - Clinique et laboratoire**

J. Schittly , E. schittly

La prothèse amovible partielle constitue une alternative incontournable aux thérapeutiques de l'édentation par prothèse fixée sur dents naturelles ou sur implants.

Le succès du traitement est lié à la création d'un équilibre biologique et prothétique, aboutissement d'une succession de séquences cliniques et de laboratoire bien codifiées.

Les points forts de cet ouvrage concernent cinq critères de réussite :

- l'assainissement préprothétique des tissus constituant l'environnement de la prothèse ;
- l'exploitation des différents rôles des prothèses transitoires ;
- la réalisation d'empreintes anatomo-fonctionnelles ;
- la maîtrise de l'occlusion à tous les stades du traitement ;
- la conception de prothèses répondant aux exigences fonctionnelles et esthétiques.

Ce dernier point est abordé par l'approche didactique des tracés des châssis, le choix des moyens de rétention : crochets et attachements, fonction de leurs propriétés mécaniques et de leur réponse aux problèmes d'axe d'insertion et d'esthétique.

L'examen des structures d'appui met en évidence l'importance des séquences préprothétiques conduisant à leur préparation. L'analyse et l'aménagement de l'occlusion aboutissent à une intégration fonctionnelle des différents types de prothèse impliqués.

**Editions : CdP**

**Collection : JPIO**

**Pages : 280**

**Format 21 x 29,7**

**Prix : 155 € (frais de port inclus) - membres - 10%**

**ISBN : 978-2-84361-217-6**



**MANUEL DE CHIRURGIE ORALE**

Auteurs : Daniel Perrin , Victorin Ahoissi , Patrick Larras , Arnaud Lafon, Eric Gérard

Technique de réalisation pratique, maîtrise et exercice raisonné au quotidien

Ce livre décrit l'ensemble des techniques chirurgicales concernant la sphère orale et ses tissus environnants, au travers d'une description commune à chaque intervention.

Original tant dans le fond que dans la forme, il aborde de manière exhaustive l'ensemble des gestes chirurgicaux réalisable au niveau de la sphère oro-faciale. Le praticien retrouvera à sa lecture et au travers d'une riche iconographie, leur description clinique lui permettant d'en retirer une conduite à tenir d'application immédiate.

Il s'adresse, en premier lieu, à tout chirurgien dentiste, qu'il soit débutant ou expérimenté en matière de chirurgie orale.

**Editions : CdP**

**Collection : JPIO**

**Pages : 528**

**21 x 29,7 cm**

**Prix : 184 € (frais de port inclus) - membres - 10%**

**ISBN : 978-2-84361-159-9**

# Lundi 4 février 2013

## Remise des prix Docteurs Honoris Causa UCL - Bruxelles

L'UCL a choisi de mettre en avant trois personnes mondialement connues de la scène artistique. Ann Teresa De Keersmaeker, Jean Nouvel et Bryan Eno sur le thème Art et Sciences. Depuis 1974, l'université salue des hommes et des femmes du monde entier œuvrant au travers de la science, la culture et l'engagement à une meilleure humanité.



### Jean Nouvel

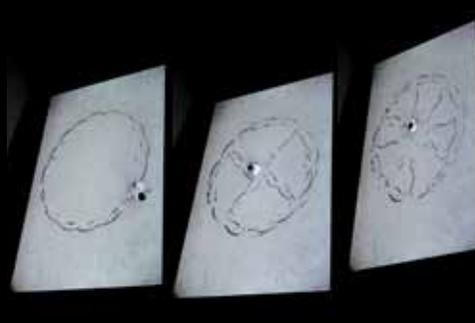


**Jean Nouvel** est né le 12 août 1945 en France. Architecte de renommée internationale après des études dans cette branche à Bordeaux. En 1966, il est admis premier au concours d'entrée à l'école nationale des Beaux-arts de Paris dont il sort diplômé en 1972. L'institut du monde arabe dont la façade à "moucharabiah" terminée en 1987 le fait connaître au grand public. Il réalise ensuite l'Opéra de Lyon qu'il coiffe d'une grande verrière en 1993 et la Fondation Cartier en 1994. Après la construction du Palais de la culture et des congrès de Lucerne, lui sont confiés la DENTSU Tower (building) à Tokyo, l'extension du musée Sofia de Madrid, la Tour Aghan de Barcelone et le théâtre Guthrie de Minneapolis. Jacques Chirac le choisit pour bâtir le musée du Quai Branly inauguré en juin 2006. Il a réalisé également la construction de la Galerie Lafayette à Berlin (1995).

Ses réalisations font la part belle au métal et au verre, jouant sur la transparence et la lumière. Outre l'architecture, il s'intéresse aussi à la scénographie et au design (verres Suze, services à café Alessi et aussi le flacon de parfum "L'homme" de Yves St Laurent).

Jean Nouvel a reçu de nombreuses distinctions dont le fameux prix PRITZKER en 2008. Dans ses projets en cours, un nouvel Hôtel de police de la ville de Charleroi "La Tour Bleue" prévue pour 2014.

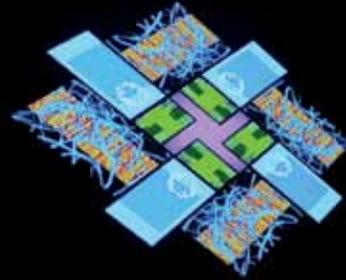
### ATDK



**Ann Teresa De Keersmaeker - ATDK** (surnom de l'artiste) est née à Malines en 1960. Danseuse, chorégraphe belge flamande, l'artiste est une figure majeure de la danse contemporaine belge et mondiale. Ann Teresa passe son enfance à Wemmel, son père est fermier et sa mère professeur. Elle commence à jouer de la flûte traversière dont elle continue toujours la pratique puis prend ses premiers cours de danse dès 10 ans à sa demande. ATDK suit des cours de ballet classique à l'école Lilian Lambert de Bruxelles et fait la connaissance de ses futurs partenaires de création artistique Michel Anne De Mey et son frère le musicien Thierry De Mey. Pendant sa formation à l'école MUDRA (fondée par Maurice Béjart) Ann Teresa assiste aux cours de Fernand Schirren qui constitue une personne essentielle dans son apprentissage de l'analyse musicale, de la structure et du rythme. La chorégraphe part aux Etats-Unis pendant deux ans (bourse de la Fondation belge de la vocation).

Elle étudie à la Tisch School of the Arts pour découvrir la danse postmoderne américaine. En 1982, la danseuse obtient un grand succès avec sa pièce Fase. En 1983 elle fonde la Compagnie Rosas. Le fondateur du Kaaitheater, Hugo De Greef lui permet de rentrer dans le réseau de financement institutionnel et de subvenir aux productions par le théâtre de la ville de Paris, le Hebbel, théâtre de Berlin, le festival d'Avignon et la Brooklyn academy of Music de New-York qui coproduisent et programment ses créations. ATDK est choisie par Bernard Focroulle directeur de la Monnaie en 1992 comme compagnie résidente au théâtre de la Monnaie en 1992. Elle réalise de nombreuses pièces pour le festival d'Aix en Provence entre autres. En 2008, après le départ de nombreux danseurs, la chorégraphe réalise Song, bâtie autour du silence, de quelques bruitages, des lumières et le seul mouvement du corps. L'été passé, dans les ruines de Villers La Ville furent interprétés Cesena et en Attendant déjà présentées au Festival d'Avignon. La chorégraphie en Attendant se termine avec le coucher du soleil.

## Bryan Eno



**Bryan Eno** Musicien, arrangeur, et producteur de rock ambient, et musique expérimentale, Bryan Eno est né en 1948 en Angleterre. Son entourage n'est non moins que Coldplay, Laurie Anderson, David Byrne, U2, Michael Brook.

Depuis sa jeunesse, diplômé de l'école des Beaux-arts de Winchester, Eno s'intéresse à l'art conceptuel, à la sculpture sonore et aux travaux musicaux de John Cale, John Tilbury... Il intègre en 1971 Roxy Music en tant qu'ingénieur du son et joue du synthétiseur.

Après 1973, il travaille avec Robert Fripp guitariste et fondateur du groupe King Crimson. Il enregistre son premier album solo "Her come the warm jets". Eno définit une nouvelle perspective musicale "l'ambient", musique très réfléchie proposant une atmosphère minimaliste parfois sombre, parfois froide. En 1977, il collabore avec David Bowie sur 3 disques "Low" "Heroes" "Lodger" aussi appelée la Trilogie Berlinoise. En 1980, il publie un album en collaboration avec David Byrne (cofondateur et parolier du groupe Talking Heads).

D'autres artistes ont bénéficié de l'intervention d'Eno tels que John Cale, U2 (dont il produit certains albums dont "Joshua Tree" et "Achtung Baby"), Devo et Ultravox en 1976 pour leur album "James". En 1984, il participe avec le groupe Toto à la musique du film Dune de David Lynch. En 2011, il produit et arrange le 5e album de Coldplay "Mylo Xyloto". En 2012, il compose "Lux" après "Drums between the bells".



## Exposition "L'origine de l'œuvre" Namur

L'association Lieux-Communs expose les œuvres d'une dizaine d'artistes belges au Parlement Wallon jusqu'au 30 avril 2013 et ce dans le cadre de l'ancien Hospice St Gilles, rue Notre-Dame à Namur



## Exposition Antoine Watteau (1684-1721) La leçon de Musique Bozar Bruxelles

Le Musée consacre une belle rétrospective au peintre Antoine Watteau qui a marqué le 18ième siècle. L'artiste Dirk Braeckman interviendra dans l'espace de l'exposition avec de nouvelles créations photographiques inspirées d'œuvres de Watteau. Cette intervention du photographe de réputation internationale permet de mettre en lien l'œuvre de Watteau et l'art contemporain. Le photographe belge est né en 1958 à Eeklo. Il vit et travaille à Gand. Ses œuvres sont souvent des photographies noir blanc avec une forte prédominance de gris

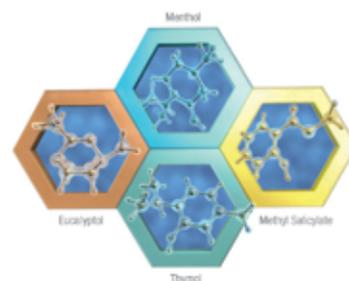
# Une bouche plus saine ? Brossez et combattez le biofilm avec LISTERINE® !

## Le biofilm, une menace pour la santé buccale.

Un brossage intensif avec nettoyage interdentaire ne permet aux patients d'atteindre que 25%\* de la surface buccale. Or, les bactéries qui composent la plaque dentaire (biofilm) se retrouvent partout dans la bouche et se réapproprient rapidement les surfaces dentaires avec, à un stade ultérieur, un risque de gingivites et/ou de parodontites.

## LISTERINE® aux 4 huiles essentielles : la formule unique pour une prise en charge optimale du biofilm.

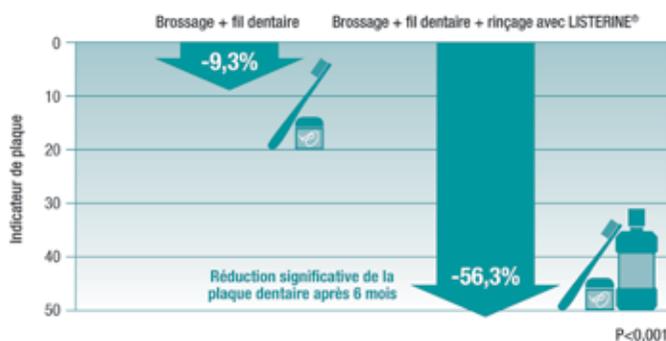
Le brossage des dents et le nettoyage interdentaire restent essentiels, mais LISTERINE® permet d'atteindre le reste de la bouche. Aucun autre produit de rinçage buccal à usage quotidien ne permet de combattre le biofilm plus efficacement que LISTERINE®. Grâce à sa formule unique combinant quatre huiles essentielles, il pénètre la matrice protectrice du biofilm pour détruire la structure cellulaire des micro-organismes nuisibles.



## Scientifiquement prouvé : sûr et efficace pour une prévention au quotidien.

LISTERINE® est le produit de rinçage buccal le plus étudié au monde. Ses effets sur la plaque dentaire et les gingivites ont maintes fois été démontrés scientifiquement\*\*\*. L'usage quotidien de LISTERINE® est sûr et efficace et ne provoque aucun déséquilibre de la flore buccale\*\*\*. Conseillez à vos patients d'utiliser LISTERINE® : ils en retireront une amélioration considérable de leur hygiène buccale!

## LISTERINE® permet une réduction de la plaque dentaire de 56,3% supérieure au brossage seul\*\*



Envie d'essayer vous-même LISTERINE® ? Appelez notre hotline au 0800 49 848 !  
(Gratuit uniquement à partir d'un téléphone fixe.)



\* Kerr WJS, Kelly J, Geddes DAM. The Areas of various surfaces in the human mouth from nine years to adulthood. J Dent Res. 1991; 70(12):1528-1530.

\*\* Sharma N, Charles CH, Lynch MC, et al. Adjunctive benefit of an essential oil-containing mouthrinse in reducing plaque and gingivitis in patients who brush and floss regularly: a six-month study. J Am Dent Assoc. 2004; 135(4):496-504

\*\* Stoeken, Pareskevass, van der Weijden; Journal of Periodontology. July 2007, 87: 1218-1228

**LISTERINE®**  
POUR UNE HYGIENE BUCCALE TOTALE

# Study-Clubs

## Brabant Wallon

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

**Responsables :** Christine VRANCKX -02 354 21 90 • Olivia PAULUIS 082 73 09 42  
Jacques WALENS 02 522 70 95 • Laurence WATTHEE - 02 354 53 51.

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.

**16 avril 2013 :** Va-t-on remplacer toutes les molaires atteintes de parodontite par des implants ?  
*Frédéric DEBEULE*

## Bruxelles

**Lieu : HEB De Fré** - Avenue De Fré 62 - 1180 Uccle

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

**23 avril 2013 :** Sujet à confirmer

## 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.

**15 mai 2013 :** Réhabilitations orales esthétiques et fonctionnelles chez les patients souffrant de désordres du comportement alimentaire - *Marc NACAR*

### NOUVEAU

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.

**28 mars 2013 :** Rappel de la pratique de la radioprotection - *Xavier DELCORPS*

**18 avril 2013 :** Analyse du sourire - *Thomas MOUREAU*

**30 mai 2013 :** Les empreintes optiques - *Bertrand LAMBERT*

## 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.

**21 mars 2013 :** Interview post-mortem - *Pierre PIETTE*

## 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.

**25 avril 2013 :** L'auriculothérapie - *Véronique VARLET*

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



## Mons

**Lieu : Restaurant MARCHAL** - Rampe Ste Waudru, 4 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.

**21 mars 2013 :** Les (r)évolutions des empreintes optiques - *Bart VANDENBERGHE*

**25 avril 2013 :** Les radiographies dentaires responsables de méningiomes - Info ou intox ?  
*Séverine MATEU-RAMIS*

## Namur

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

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

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

**12 mars 2013 :** 2 nouveautés en oncologie : DentalMaps et Denosumab - *Dr Nicolas MEERT*

**23 avril 2013 :** Impact de la maladie parodontale sur la santé systémique - *Selena TOMA*

**8 octobre 2013 :** Trucs et astuces en prothèse sur implant - *Gauthier LESCRENIER*

## Verviers

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

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

Kenton KAISER - 087 67 52 25

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

**21 février 2013 :** Apport de l'aromathérapie en pratique quotidienne - *Julian LHOIR*

**16 mai 2013 :** Evolution des matériaux bioactifs en endodontie - *Jonathan DEGRAVE*

**ACCRÉDITATION DEMANDÉE : 10 UA - Formation continue : 1h30 par SC.** Les membres de la Société de Médecine Dentaire ont accès GRATUITEMENT aux SC (prière de vous munir de votre carte de membre). Le non-membre est le bienvenu au Study Club de sa région, moyennant le paiement d'une participation aux frais de **50 euros**. Toutefois, il est invité à annoncer sa visite à un des responsables du Study-Club concerné (sauf Brabant Wallon et Bruxelles), dont vous trouverez les coordonnées sur ces pages.

# Petites Annonces

## Dentiste - *cherche emploi*

7158 - DG cherche cabinet à Bxl pour collaboration part-time dentiste.brussels@gmail.com

7145 - Bxl : dentiste haut niveau - 7 ans d'expérience cherche CD pour travailler en collaboration ou en location. efbp2679@gmail.com

7345 - Dentiste roumain cherche emploi 5 j/sem afin de s'établir en Belgique. 14 ans d'expérience dans un cabinet en Roumanie. Spécialisé en endodontie. andreitirpea@gmail.com

7274 - Bxl : DG roumain 3 ans expérience cherche cabinet/ clinique autorisé pour stage adapt. (+ agrém) en vue collaboration durable. elenasandulescu32@gmail.com ou +40730035988

## Dentiste - *cherche collaborateur*

9000 - Brabant Wallon - cherche dentiste à long terme, Gaston.hansens@skynet.be

7184 - Charleroi : Centre pluridisciplinaire recherche 1 ou pls dentistes cabinet complètement équipé. santexcharleroi@gmail.com

7354 - Tubize : Pour site CH Tubize-Nivelles cherche dentistes pour cabinet neuf. Potentiel important. Collab avec stomato. 06788 52 13 ou sebastien.bartholomee@entitejolimontoise.be

5555 - Région du Centre : cherche DG, Paro ou Ortho pour 2<sup>e</sup> poste de trav. RVG Pano Unit neuf. Horaire libre. 0475 49 68 68 ou bk137408@skynet.be

9999 - Bxl : Dentimex - Cliniques dentaires cherchent constamment DG & spécialistes. Rejoignez notre équipe. Info : www.dentimex.be

7210 - Dinant : 1 Stomato et 4 Orthos cherchent D.G. parlant français pour collaboration durable dans villa bord de Meuse, sans reprise de patient. Cabinet équipé à louer puis à reprendre si affinités. edaourdbastin@skynet.be

7333 - Ciney : Cherche DG + implanto + pédo. Cabinet moderne et informatisé. Secrétariat et assistance au fauteuil existants. Cadre et confort de travail agréables. orthodontistedewalleffe@gmail.com

7181 - Anderlecht : CD 2 fauteuils, cherche DG (avec expérience si poss) 3 j/sem (voire + si demande) pour compléter une équipe. Rx panoramique, secrétaire, patientèle en attente. Bonnes conditions de travail. 02 520 52 32 ou 0477 75 04 14. Demander Chantal. hahoangthai@skynet.be

7185 - Centre de Bxl : cherche DG pour clinique dentaire, moderne et bien équipée. clinique@skynet.be ou 0472 10 18 08.

7189 - Liège : cabinet privé, cherche DG pour travailler 1 ou 2j/sem. bosa@skynet.be

7254 - Verviers : cabinet numérisé, 2 fauteuils, assistante, cadre agréable, cherche collaborateur 1 ou 2 j/sem. marthe.th@scarlet.be

7126 - Louveigné : dentiste cherche collaborateur

pour périphérie liégeoise mardi et vendredi pm. Trifaux Nathalie. 0477 44 04 48 ou sprtridentist@yahoo.fr.

7307 - Dinant : Cabinet de standing cherche orthodontiste. Patientèle en attente. ladentblanche.26@gmail.com  
7358 - Charleroi Nord : cherche DG pour prestations 1 ou 2 ½ j/sem pour compléter horaire. ffontinoy@mut216.be

7214 - Somzée : cherche DG et spécialiste pour cab. entièrement rénové dans centre médical. Instal neuve, parking aisé, proche gds axes. Patientèle importante. 0476 87 29 99 hennuy.laurence@gmail.com

7116 - Tournai : cabinet de paro exclusif, cherche DG pour tmtt paro et/ou maintenance paro. Bonne rétrocession (possibilité statut salarié). pericare@swing.be

7140 - Bxl : cherche orthodontiste, patients en attente, envoyer candidature par mail : dentisteucl@gmail.com

7286 - Brabant Wallon : cherche collègue min 1 jour/sem pour faire surtout endos/extractions, cabinet équipé (pano, endo-ace e.a.), très bonne rémunération, patientèle agréable. 0499 17 95 60 entre 18 et 19h ou ulrike.lambach@musyck.be

7229 - Cabinet dentaire de Mons recherche dentiste ou spécialiste 2j/sem. Equipement pano, Rx digora, 3 fauteuils récents, 2 assistantes, Parking, proche gds axes. 065 31 81 48 ou cabinetdentairedemons@gmail.com

7167 - Bxl : CD spécialisé cherche DG avec intérêt paro et endo, motivé(e) - 3 j/sem (mar- jeu- vend). 2 fauteuils, Pano numérique, Baltes, Travail sous digue, Microscope, Assistante. dentalhelthg@yahoo.com

7338 - Visé : Cabinet Bolland cherche collaborateur 1 et/ou 2 j/sem. 04/379.62.79 ou bosa@skynet.be

7141 - Liège : cabinet cherche DG mi-temps (4 insts, 5DGs, 4 assists inform..) 0475942640 ou fb683211@skynet.be

7142 - LLN : clinique dentaire avec bonne patientèle cherche collaborateur(trice) les lund-merc-jeud. c.laalriah@gmail.com

7144 - Liège : cherche collaborateur(trice), double instal, informatisé, patientèle en attente. 0475 67 39 69 ou ramine.jalali@gmail.com

7183 - Uccle (prox Cavell) : cabinet hyper équipé (Planmeca, digitalisé et informatisé, secrétariat médical) libre les mercredis pm & vendredi cherche dentiste. dentistevdk@hotmail.com

7132 - Ganshoren : CD avec assistante dentaire, bien équipé, cherche collaborateur(trice) dynamique et motivé(e). dentiste.kabel@skynet.be

7139 - Charleroi centre : CD cherche DG. Equipe composée de dentistes, assistant & secrétaire. dentistebruxelles@hotmail.com

7332 - Anderlecht : cherche une dentiste pour qqes j/sem, horaire à conv. 2 installations dont une

neuve. Patientèle importante. Tarif 1/3 payant. 0475 84 11 32 ou cdldcf@gmail.com

7325 - Andenne : cherche ortho pour consultation existante 1x / sem. 085 84 47 65 ou Huguesgregoire@yahoo.fr

7110 - Mons (Comines) : cherche ortho 1 à 2 j/sem. Patientèle en attente. therese.demeulenaere@belgacom.net

7298 - Berghem St Agathe : CD cherche dentiste pour une collaboration à long terme. Excellent éqmt. Patientèle importante. Horaire à convenir. 0474 60 70 36 ou diep\_hongnhi@yahoo.fr

7348 - Waterloo : cabinet de parodontologie cherche spécialiste en paro (ou stagiaire). info@cabinetdeparodontologie.net

7299 - Liège (Montzen) : cherche stagiaire temps plein pour 2013/2014 dans cabinet de groupe. 0475 51 65 13 ou walter.borauke@skynet.be

## Dentiste - *Cherche assistante, secrétaire*

7334 - Bxl - Jette : cherche assistante, TP, sérieuse, dynamique et motivée, bonne présentation. Atouts = connaissances système Baltes et tiers-payant. Envoyer cv + photo cabinetdentairedumiroir@hotmail.fr

## Assistante - *cherche emploi*

7135 - Bxl : cherche emploi assistante (dentaire). Première expérience. Apprends vite, autonome, prête à poursuivre des formations. nicoleta\_butuc@hotmail.com

7143 - Arlon : Assist. dentaire avec exp, dynamique, sérieuse et motivée, cherche poste assist. dentaire et/ou secrétariat sur Arlon, Bastogne et Luxembourg. Dispo imméd. 0497 81 55 38 ou wolters.v1987@live.be

7119 - Bxl : Assist. dentaire, 14 ans d'expérience, cherche emploi dans la région de Bxl. 0477 48 96 62 ou vero-desmet@hotmail.com

7233 - Liège : cherche emploi assistante dentaire / secrétariat, contrat PFI. Bonnes compétences - dispo imméd. 0491 48 45 93 ou lizati\_anissa@hotmail.com

7356 - Bruxelles : cherche emploi secrétaire - assistante dentaire. Expérience secteur médical + informatique. gerardeva1986@hotmail.fr

7215 - Vottem : cherche emploi secrétaire accueil / assistante. Formation secrétaire accueil en milieu hospitalier. Plan Activa, décret APE et possibilité PFI. Dispo imméd. delarueflore@gmail.com

7306 - Liège : cherche emploi assistante dentaire à mi-temps ou à temps plein. Expérience dans CD avec pls. dentistes + CHU de Liège. sconchain@voo.be

7169 - Bruxelles : Assistant dentaire + de 4 ans d'expérience (Etudes EODEC) cherche emploi TP. 0487 35 86 64 ou christianmuanza@gmail.com

7310 - Bruxelles : cherche emploi de secrétaire médical CDD, CDI ou TP. Diplômée Agent médico social - Expér. 1 an stage Hôp. Erasme. Gharbaoui.Nora@hotmail.com

7353 - Waterloo : Assistante expérimentée, organisée, dynamique, cherche TP sur Bxl/ BW. isabelleroeland@hotmail.com

7320 - Jodoigne Hannut : Assistante dentaire expérimentée (accueil-fauteuil), prog. BALTES. Dispo im-méd. Cynthia Pourtoy 0483/69.30.89 sissipour@gmail.com ou youmes777@hotmail.com

7284 - Bruxelles : cherche emploi administration en CD. xhejlan2004@hotmail.com

7271 - Anderlecht : recherche emploi assistante dentaire (Etudes hors UE) 0492235890 ou nancykips@yahoo.fr

7228 - Bruxelles : assistante dentaire (diplômée & stage). Expériences diverses en CD / chirurgie paro & impl./ secrétariat / fauteuil. delmary2000@gmail.com

## Cabinet à vendre - à remettre

7171 - Bruxelles : Vend local pro 100m<sup>2</sup> avec 1 cab full équipé (RVG, Baltes,...) possibilité 2 autres fauteuils, cause départ à l'étranger. magbressand@hotmail.com

7303 - Luxembourg : Patientèle aisée et agréable parlant français. Faibles charges, fiscalité attrayante. Remet mon cabinet d'excellente rentabilité. Bon CA. 2 fauteuils, Pano digitale, pas assit. à rep. Accomp. poss. ch.gomard@gmail.com

7266 - Wandre : cabinet à céder pour cause de retraite début 2014. Patientèle fidélisée (34 ans). Différentes possibilités. 04 362 59 93 ou croux.fili@gmail.com

7123 - Verviers : Cabinet à vendre 2 Fauteuils, 2 salles - Clim-pano-statim etc... cause départ à l'étranger, accomp.poss le tps néc. Bonne patientèle, prix très attractif pour jeune dentiste voulant s'installer. 0498 42 06 20 ou ixident@gmail.be

7327 - Bxl : polyclinique en société à vendre. Très bonne situation, quartier résid. & de passage avec médecins, dentistes, kinés. Vente des actions. 0478 93 10 02 ou denoville@live.be

7255 - Nivelles : cabinet d'orthodontie exclusif à vendre- fin carrière proche - 2 fauteuils (poss 3ème). Poss. achat immeuble. Lega.ortho@skynet.be

7155 - Namur : cabinet dentaire à remettre fin 2013 (retraite). Importante patientèle. Cherche collaborateur ou repreneur. Accès facile, parking. 2 fauteuils, panor, 90m<sup>2</sup>. 0494 59 53 38 ou dominique.miest@belgacom.net

7336 - Bxl : cabinet dentaire (15 ans), à céder sans reprise, poss. pls fauteuils et prothésiste (install existante). Belle situation. 0475 38 23 83 ou jacky.tol@skynet.be

## Matériel - à vendre

7173 - Bxl : Instal. Sirona parfait état. 0476 78 66 25 ou andrieswilliam@gmail.com

7170 - Braine-L'alleud : meuble sur roulette Dental Art Fringe blanc. PA : 1363 € (12/10/12) PV= 800€. endodontie@skynet.be

7172 - Jambes : Rx pano argentique PLANMECA excellent état. Vendu 2000 € cse digitalisation. 081 30 30 44 ou gaetvern@yahoo.fr

7305 - Bxl : Rx pano argentique Trophy. Très bon état. Prix 1500 €. 0477 37 53 61

7349 - Jambes : compresseur Durr (2011), aspiration chir. sans séparateur ag, daviers, + petit matériel d-francoise@hotmail.com

7270 - Etterbeek : CART ZILFER AURORA avec seringue 3 fonctions, micro moteur "BIENAIR" élect. lumière, 2 tuyaux pour turbine Lumière, démarreur "SATELEC", boîte connexion. 2250 € à discuter. 0477 22 56 67 ou wissem.valerie@gmail.com

7322 - Tubize : fauteuil Flex parfait état, bleu marine, 2 positions auto, 500 € . jardana@skynet.be

7154 - Bxl : Pano et Céphalo CRANEX 3+ de Soredex + développeuse XR24 PRO Durr (+ chambre noire). 2500 € + 500 €. dentiste.ouziel@scarlet.be

7121 - Hainaut (Brye) : appareil radio pano SIEMENS ORTHO 4620 et une développ. auto. DURR XR 24 NOVA, bon état . 1500 €. 0477 46 21 66 ou benedicte.godenir@gmail.com

7257 - Hainaut (Brasménil) : appareil panoramique Trophy. Bon état. dentiste.brunin@gmail.com

7314 - Bxl : siège EMDA, radio Philips, compresseur, aspi. Chir., petits matériels. Photos sur demande. 4500 €. 0488 41 50 17 ou cmparcjosaphat@gmail.com

9500 : A SAISIR - (très peu utilisé pour cause de maladie) Petit et gros matériel, unit entier (sans les murs) Parfait état et fonctionnel 6500 euros Pour question, tel. au 02 771 25 71 après 14h. [25/02/13 16:36:59] Olivier Custers: Photos visibles sur <http://www.dentiste.be/PA/Data/PAPerB.htm>

## Divers

7114 - Bxl : Peugeot cabrio 307cc - 2006 - 160000 km - vert/gris métal - belle carrosserie -1er prop. Prix : 7000 €. 0478 29 93 19 ou cdsm1@skynet.be

7290 - Bxl : A louer Ventoux : bastidon 3 chambres ds centre de vacances. 0479 28 98 70 ou chr\_bebonne@hotmail.com

7236 - Bxl : cherche chambre noire en urgence. 0496 40 23 82 ou dentiste\_be@yahoo.fr

7321 - Hainaut (Moustier) : cherche Dentomat - Bon état -071 78 79 34 ou carpann2002@yahoo.fr

Pour consulter

TOUTES

les annonces,

ou publier

une annonce,

rendez-vous

sur notre site :

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

rubrique

**"Petites Annonces"**

# Agenda



**23 mars 2013**

## **4<sup>ème</sup> Rendez-vous des Cercles**

Lieu : ULB Campus Erasme  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél : 02 375 81 75  
E-mail : info@dentiste.be  
www.dentiste.be



**28 mars 2013**

## **Ergonomie**

Lieu : County House - Uccle  
Info : Société de Médecine Dentaire  
Tél : 02 375 81 75  
E-mail : info@dentiste.be  
www.dentiste.be



**28 mars 2013**

## **Photographie**

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



**28 mars 2013**

## **Tout sur les incisions et sutures**

Lieu : IDM - Uccle  
Info : www.idm-asbl.org



**19-20 avril 2013**

## **Congrès ITI**

Lieu : Anvers  
www.iti.org/congressbenelux



**20 avril 2013**

## **L'usure Dentaire**

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



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



web

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

### **Présidents d'Honneur :**

W. Andries - H. Aronis - J. Vandeneuycken

### **Conseil d'Administration :**

Bureau exécutif :

M. Devriese - Président  
D. Eycken - Past-Président  
O. Custers - Directeur  
B. Gonthier - Secrétaire-Général  
P. Tichoux - Trésorier

### **Administrateurs :**

A. Bremhorst - P. Delmelle - H. Grégoir  
M. Lippert - A. Metz - M. Nacar  
P. Rietjens - 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 - 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 - 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. Safianikoff Th. van Nuijs  
A. Wettendorff - L. Ziwny

### **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  
le.point@dentiste.be  
www.dentiste.be

### **Impression :**

Imprimerie Van der Poorten s.a.  
Diestsesteenweg 624  
3010 Kessel-Lo

### **Publicités :**

Olivier Custers  
Tél.: 0475 376 838  
Fax: 02 375 86 12  
e-mail: olivier.custers@dentiste.be

### **Création & Mise en page :**

DECUBE LOGIC  
www.decubelogic.com  
e-mail : b.vandenbegine@decubelogic.com

### **Photo de couverture :**

Philippe GEENEN - intro.2manypixels.be

# Biodentine™

La première et unique dentine en capsule



ACTIVE  
BIOSILICATE  
TECHNOLOGY

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

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

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

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



SEPTODONT NV-SA • Av. de la Constitution 87 • B-1083 Bruxelles  
Tel. 02 425 60 37 • Fax 02 425 36 82 • [info@septodont.be](mailto:info@septodont.be) • [www.septodont.be](http://www.septodont.be)



Nouveau

# Oral-B® TRIZONE

BROSSAGE FAMILIER, ÉLIMINATION  
EXCEPTIONNELLE DE LA PLAQUE\*<sup>1</sup>



**Idéale pour les partisans du  
brossage manuel qui veulent  
continuer à utiliser leur technique  
de brossage familière**

- Forme familière de la brosette
- Pas besoin de changer ses habitudes de brossage
- 89% des utilisateurs de brosses à dents manuelles affirment qu'ils préféreraient TriZone à leur brosse à dents habituelle<sup>1</sup>

**100% D'ÉLIMINATION DE  
LA PLAQUE EN PLUS\*<sup>1</sup>**

- 8800 changements de direction par minute assurent une élimination parfaite de la plaque
- Nettoyage Triple-Zone avec poils vibrants, mobiles et stationnaires
- Poils Power Tip à angle dynamique

RECOMMANDEZ LA BROSSE **APPROPRIÉE**

Une gamme de brosettes **oscillo-rotatives**, pour tous ceux qui recherchent une hygiène bucco-dentaire parfaite

**TriZone**, pour les personnes qui préfèrent leur technique de brossage familière

\*par rapport à une brosse à dents manuelle ordinaire. <sup>1</sup>Based on 67 subjects in 2 clinical trials. Reference: 1. Data on file, P&G.



poursuivre les soins qui commencent dans vos mains

**Oral-B®**